"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR: Obsta. Prado Vallejo, Nancy

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

HUANCAVELICA – PERÚ
2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a las 15:00 horas del día 18 del mes de mayo del año 2021, se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis de la Egresada:

PRADO VALLEJO NANCY

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente ***: Mg. TULA SUSANA GUERA OLIVARES***
Secretaria ***: Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE***
Vocal ***: Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN***

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI, CUSCO 2020.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N°302-2021-D-FCS-UNH concluyendo a las 15:35 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que suspendan la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD.**

Observaciones:
.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 18 de mayo del 2021

PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel N. Muñoz De la Torre
DOCENTE
SECRETARIO

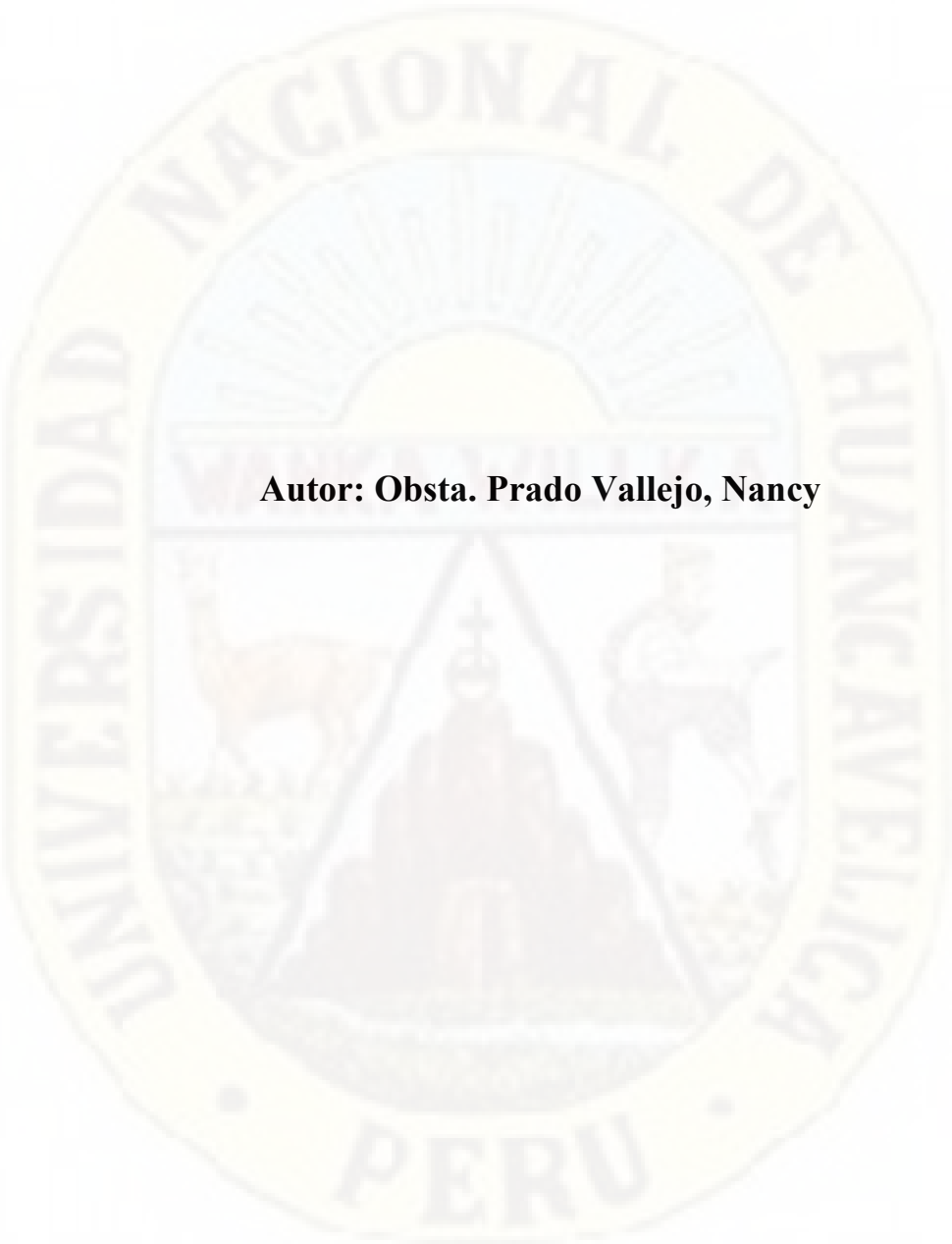
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
VºBº SECRETARIA DOC.

TÍTULO DE LA TESIS

Caracteristicas gíneco-obstétricas de las pacientes con diagnostico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.



Autor: Obsta. Prado Vallejo, Nancy

Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios y a la Virgen María, por permitirme sonreír ante todos mis logros, que son el resultado de su ayuda, sin importar la cantidad de errores y faltas cometidas en mi día a día.

A mi querido hijo Álvaro Joaquím, que es la inspiración de mi día a día y mi motivación para nunca rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para él.

A mi madre Victoria, que es fuente de inspiración y haberme inculcado buenos hábitos y valores lo cual me ha ayudado a seguir adelante en los momentos de dificultad.

Nancy Prado Vallejo

Agradecimiento

Agradezco a mi hijo adorado Álvaro Joaquím, a mis padres y hermanas, por su apoyo brindado en mis logros en mi vida personal y profesional y en cada decisión y proyecto que encamino, son mi motivo de superación.

Agradezco a mis maestros de la Facultad de Ciencias de la Salud por sus enseñanzas; a mi Institución de trabajo “Centro de Salud Pichari”, por darme facilidades para poder recopilar información y poder realizar el presente trabajo.

Nancy Prado Vallejo

Índice

Dedicatoria vi
Agradecimiento vii
Índice viii
Índice de tablas x
Resumen xi
Abstract xii
Introducción xiii
CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1. Descripción del problema 15
1.2. Formulación del problema 17
1.3. Objetivos de la investigación 18
1.4. Justificación 18
1.5. Limitaciones 19
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de la investigación 20
2.2. Bases teóricas 24
2.3. Definición de términos 39
2.4. Identificación de variables 40
2.5. Operacionalización de variables 41
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1. Ámbito temporal y espacial 42
3.2. Tipo de investigación 42
3.3. Nivel de investigación 42
3.4. Métodos de investigación 42
3.5. Diseño de investigación 43
3.6. Población, muestra y muestreo 43
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 44
3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos 44
CAPÍTULO IV
PRESENTACION DE RESULTADOS
4.1. Análisis de información 45
4.2. Discusión de resultados 51
Conclusiones 56
Recomendaciones 57
Referencias bibliográficas 58

Anexos: 63
Anexo 1: Matriz de consistencia 64
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos 67
Anexo 3: Juicio de expertos 70
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar 73

Índice de tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.	45
Tabla 2.	Características ginecológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.	47
Tabla 3.	Características obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.	49

Resumen

Objetivo. Identificar las características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020. **Método.** La investigación fue transversal, descriptiva, retrospectiva. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, de la provincia de La Convención, Cusco en el año 2020; que según registros hospitalarios fueron un total de 51 pacientes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 5.9% tuvieron menos de 20 años, el 21.6% tuvieron de 20 a 24 años, el 33.3% de 25 a 29 años, el 13.7% de 30 a 34 años y el 25.5% más de 34 años. El 2% no tuvieron instrucción, el 37.3% tuvieron primaria, el 49% secundaria, el 7.8% superior técnico y el 3.9% superior universitario. El 92.2% fueron convivientes, el 3.9% solteras y el 3.9% viudas. El 90.2% fueron amas de casa, el 3.9% estudiantes. El 35.3% tuvieron un peso normal, el 39.2% sobrepeso y el 25.5% obesidad. El 23.5% tuvieron su menarquia de 11 a 12 años, el 49% tuvieron su menarquia de 13 a 14 años y el 27.5% tuvieron su menarquia de 15 a 16 años. El 31.4% tuvieron su primera relación sexual de 13 a 14 años, el 47.1% tuvieron su primera relación sexual de 15 a 16 años, el 19.6% tuvieron su primera relación sexual de 17 a 18 años. El 27.5% tuvieron una pareja sexual, el 39.2% dos parejas sexuales, el 17.6% tres parejas sexuales y el 15.7% cuatro a más parejas sexuales. El 35.3% y 5.9% usaron métodos anticonceptivos hormonales y de barrera respectivamente. Comorbilidades: obesidad 25.5%, infección de tracto urinario 21.6%, Anemia 19.6% y en mínimas proporciones el quiste de ovario, sífilis, vaginosis bacteriana, dengue, mioma uterino cada uno en un 2% respectivamente. El 84.3% tuvieron aborto incompleto, el 9.8% aborto retenido, el 3.9% aborto inevitable y el 2% aborto séptico. El 84.3% presentaron el aborto ≤ 10 semanas de gestación, el 94.1% tuvieron el aborto antes de las 13 semanas de gestación. El 39.2% tuvieron antecedentes de aborto. El 68.6% no tuvieron atención prenatal, el 31.4% tuvieron un periodo intergenésico corto, el 31.4% tuvieron un periodo intergenésico largo. El 17.6% fueron primigestas, el 72.5% fueron multigestas y el 9.8% fueron gran multigesta. El 25.5% fueron nulíparas, el 33.3% fueron primíparas, el 37.3% fueron multíparas y el 3.9% fueron gran multípara. **Conclusiones.** Las pacientes con aborto se caracterizaron por menarquia ≤ 14 años, primera relación sexual antes de los 17 años, dos a tres parejas sexuales, no uso de métodos anticonceptivos, obesidad, infección de tracto urinario, anemia, aborto incompleto, no atención prenatal, multigestas y multiparidad.

Palabras clave: Aborto, características ginecológicas, características obstétricas, aborto incompleto.

Abstract

Objective. Identify the gynecological-obstetric characteristics of the patients with a diagnosis of abortion treated at the Pichari Health Center, Cusco 2020. **Method.** The research was cross-sectional, descriptive, retrospective. The method was inductive, simple descriptive design. The population consisted of all patients with a diagnosis of abortion attended at the Pichari Health Center, in the province of La Convencion, Cusco in 2020; According to hospital records, there were a total of 51 patients. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection sheet. **Results**. 5.9% were less than 20 years old, 21.6% were 20 to 24 years old, 33.3% were 25 to 29 years old, 13.7% were 30 to 34 years old, and 25.5% were over 34 years old. 2% had no education, 37.3% had elementary school, 49% secondary, 7.8% higher technical and 3.9% higher university. 92.2% were cohabiting, 3.9% single and 3.9% widows. 90.2% were housewives, 3.9% students. 35.3% were of normal weight, 39.2% were overweight and 25.5% were obese. 23.5% had their menarche from 11 to 12 years, 49% had their menarche from 13 to 14 years and 27.5% had their menarche from 15 to 16 years. 31.4% had their first sexual relationship between the ages of 13 and 14, 47.1% had their first sexual relationship between the ages of 15 and 16, and 19.6% had their first sexual relationship between the ages of 17 and 18. 27.5% had a sexual partner, 39.2% had two sexual partners, 17.6% had three sexual partners, and 15.7% had four more sexual partners. 35.3% and 5.9% used hormonal and barrier contraceptive methods respectively. Comorbidities: obesity 25.5%, urinary tract infection 21.6%, anemia 19.6% and in minimal proportions ovarian cyst, syphilis, bacterial vaginosis, dengue, uterine myoma each in 2% respectively. 84.3% had incomplete abortion, 9.8% withheld abortion, 3.9% unavoidable abortion and 2% septic abortion. 84.3% had an abortion ≤ 10 weeks of gestation, 94.1% had an abortion before 13 weeks of gestation. 39.2% had a history of abortion. 68.6% did not have prenatal care, 31.4% had a short intergenetic period, 31.4% had a long intergenetic period. 17.6% were primiparous, 72.5% were multigesta and 9.8% were large multigesta. 25.5% were nulliparous, 33.3% were primiparous, 37.3% were multiparous and 3.9% were great multiparous. **Conclusions.** Patients with abortion were characterized by menarche ≤ 14 years, first sexual intercourse before the age of 17, two to three sexual partners, non-use of contraceptive methods, obesity, urinary tract infection, anemia, incomplete abortion, no prenatal care, multigesta and multiparity.

Keywords: Abortion, gynecological characteristics, obstetric characteristics, incomplete abortion.

Introducción

Entre 2015 y 2019 hubo en el mundo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados; en países en desarrollo, cada año hay alrededor de 7 millones de mujeres que son hospitalizadas a consecuencia de un aborto sin condiciones de seguridad, se calcula entre 220 a 520 defunciones por cada 100 mil abortos peligrosos en las regiones en desarrollo y en el África subsahariana (2).

En el Hospital Libolo, Kwansa Sul, en la República de Angola, se encontró que el 68,9% tuvieron aborto incompleto, el 72,8% tuvieron una edad de 15 a 19 años, el 56,3% fueron solteras, las complicaciones inmediatas fueron sepsis en un 88,3%, hemorragias en un 85,4% (4). En el Hospital Gervasio Vera Custodio, de Venezuela, de las pacientes atendidas por aborto; el 42% tuvieron de 20 a 30 años, el 50% una edad gestacional de 1 a 8 semanas, el 93,5% no tuvieron control prenatal, el tipo de aborto más frecuente fue el espontáneo con 98,5% (5).

En el Perú ocurren 400 mil abortos inducidos por año (6). Casi 300 mil abortos inseguros cada año, las razones van desde consideraciones económicas familiares, aspectos de salud materna, violación, sobre todo en poblaciones rurales, amazónicas y dispersas, puede llegar hasta 70% (7). El 19% de mujeres se han realizado un aborto, las mujeres que abortaron se encuentran en todos los niveles socioeconómicos, aunque la mayoría se encuentra en los niveles medios y bajos; el 9% tuvieron inicial o primaria, el 46% secundaria y el 45% superior de algún tipo; la mayoría de estas mujeres que abortaron se encontraban en los grupos de edad de 18 a 24 años y de 25 a 30 años (8).

En el hospital Regional del Cusco, la forma de hospitalización más frecuente de las pacientes con diagnóstico de aborto fue por el servicio de emergencia con el 98,4%; además el 48% de pacientes llegaron referidas de centros de salud de menor

complejidad, la edad promedio de las mujeres con aborto fue de 29,80 años, el 50,4% procedían del área urbana, el 74,8% tuvieron la condición de ser convivientes (9).

La región del cusco, específicamente en el ámbito de atención del centro de salud Pichari, también presenta esta problemática del aborto; así mismo, no existe información sobre las características gineco-obstétricas que presentan las mujeres con diagnóstico de aborto; la cual es muy importantes para intervenciones estratégicas; por esta situación me vi motivada a realizar el presente estudio para conocer las características de una manera más detallada relacionados a los aspectos personales y gineco-obstétricos; que permita comprender esta situación de salud desde un enfoque holístico a fin de plantear intervenciones sanitarias efectivas.

El informe de 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 la presentación de resultados.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El Centro Nacional de Estadísticas de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud definen el aborto como la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado con un peso <500 gramos, aproximadamente un 80% ocurre antes de las 12 semanas (1). Estos abortos pueden ser espontáneas o provocados.

Entre 2015 y 2019 hubo en el mundo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados; en países en desarrollo, cada año hay alrededor de 7 millones de mujeres que son hospitalizadas a consecuencia de un aborto sin condiciones de seguridad, se calcula entre 220 a 520 defunciones por cada 100 mil abortos peligrosos en las regiones en desarrollo y en el África subsahariana (2). Se estima que, durante el período 2010–2014, ocurrieron cada año 36 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años en las regiones en desarrollo, en comparación con 27 en las regiones desarrolladas (3). En gran parte del mundo, las mujeres de 20–24 años de edad tienden a mostrar la tasa más alta de aborto de cualquier grupo de edad, y las mujeres en la veintena representan la mayor parte de los abortos (3).

En África, casi la mitad de los abortos se practican en condiciones muy inseguras; además, la mortalidad relacionada con el aborto peligroso afecta a las mujeres africanas en este continente ocurre el 29% de los de abortos peligrosos en el mundo, pero la proporción de defunciones relacionadas con esta causa asciende al 62%, África tiene el riesgo más elevado de morir a consecuencia de un aborto peligroso (2).

En el Hospital Municipal de Libolo, Kwansa Sul, en la República de Angola, se encontró que el 68,9% tuvieron aborto incompleto, el 72,8% tuvieron una edad de 15 a 19 años, el 56,3% fueron solteras, las complicaciones inmediatas fueron sepsis en un 88,3%, hemorragias en un 85,4% (4).

En el Hospital Gervasio Vera Custodio, de Venezuela, de las pacientes atendidas por aborto; el 42% tuvieron de 20 a 30 años, el 50% una edad gestacional de 1 a 8 semanas, el 93,5% no tuvieron control prenatal, el tipo de aborto más frecuente fue el espontáneo con 98,5%, en relación al manejo, el legrado uterino fue el más utilizado en 97% de los casos, 8,5% presentaron complicaciones, siendo la sepsis la más frecuentemente con 41,2%, seguido de la hemorragia transvaginal con 35,3%, se encontró que la mayoría de las pacientes que abortaron eran jóvenes y no llevaron un control médico del embarazo (5).

En el Perú ocurren 400 mil abortos inducidos por año (6). Casi 300 mil abortos inseguros se producen cada año en el Perú, las razones van desde consideraciones económicas familiares, aspectos de salud materna, violación, sobre todo en poblaciones rurales, amazónicas y dispersas, puede llegar hasta 70% (7).

En el Perú el 19% de mujeres se han realizado un aborto, las mujeres que abortaron se encuentran en todos los niveles socioeconómicos, aunque la mayoría se encuentra en los niveles medios y bajos; el 9% tuvieron inicial o primaria, el 46% secundaria y el 45% superior de algún tipo; la mayoría de estas mujeres que abortaron se encontraban en los grupos de edad de 18 a 24 años y de 25 a 30 años (8).

En el hospital Regional del Cusco, la forma de hospitalización más frecuente de las pacientes con diagnóstico de aborto fue por el servicio de emergencia

con el 98,4%; además el 48% de pacientes llegaron referidas de centros de salud de menor complejidad, la edad promedio de las mujeres con aborto fue de 29,80 años, el 50,4% procedían del área urbana, el 74,8% tuvieron la condición de ser convivientes (9).

La región del cusco, específicamente en el ámbito de atención del centro de salud Pichari, también presenta esta problemática del aborto; así mismo, no existe información sobre las características gineco-obstétricas que presentan las mujeres con diagnóstico de aborto; la cual es muy importantes para intervenciones estratégicas; por esta situación me vi motivada a realizar el presente estudio para conocer las características de una manera más detallada relacionados a los aspectos personales y gineco-obstétricos; que permita comprender esta situación de salud desde un enfoque holístico a fin de plantear intervenciones sanitarias en educación para la salud y prevención que contribuyan a disminuir este problema.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020?
- ¿Cuáles son las características ginecológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020?

- ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar las características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.
- Identificar las características ginecológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.
- Identificar las características obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

1.4. Justificación

En el Perú ocurren 400 mil abortos inducidos por año (6). Casi 300 mil abortos inseguros se producen cada año en el Perú, las razones van desde consideraciones económicas familiares, aspectos de salud materna, violación, sobre todo en poblaciones rurales, amazónicas y dispersas, puede llegar hasta 70% (7).

El 19% de mujeres peruanas se han realizado un aborto, las mujeres que abortaron se encuentran en todos los niveles socioeconómicos, aunque la mayoría se encuentra en los niveles medios y bajos; el 9% tuvieron inicial o primaria, el 46% secundaria y el 45% superior de algún tipo; la mayoría de

estas mujeres que abortaron se encontraban en los grupos de edad de 18 a 24 años y de 25 a 30 años (8).

El aborto en el transcurrir del tiempo se ha convertido en un problema de salud pública, con diversas factores causales o contribuyentes como los biológicos, sociales entre otros; así mismo ciertos factores relacionados que podrían estar influyendo son las débiles estrategias en salud sexual y reproductiva, la atención prenatal y las estrategias comunicacionales, esto por el escaso conocimiento de las características de las pacientes con aborto; por esta situación este tema no escapa de la realidad y de la práctica sanitaria.

Conocer las características gineco-obstétricas, de las pacientes con aborto, permitirán comprender esta situación de salud desde un enfoque holístico a fin de plantear intervenciones sanitarias en educación para la salud y prevención que contribuyan a disminuir este problema; así mismo capacitar al personal de salud para contribuir a la solución del problema según el contexto socio cultural.

1.5. Limitaciones

En trabajo de campo de recolección de información se tuvo demoras para acceder a las historias clínicas y registros de las pacientes; por la situación de pandemia, limitado acceso a la IPRESS y riesgo de contagio de COVID 19.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Rivero y Pintado (10), investigaron la frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús Durant en el periodo de enero y febrero del 2017; con el objetivo de describir y dar a conocer los factores predisponentes, metodología: estudio descriptivo longitudinal corte transversal, en el cual se generó una base de datos de expedientes de historias clínicas de pacientes atendidas durante enero y febrero del 2017, en el Hospital Mariana de Jesús; la recolección de datos se realizó en un libro de Excel 2016 y posteriormente se generaron tablas y análisis estadístico; resultados: el estudio conto con 92 pacientes de los cuales el grupo de edad con mayor frecuencia de aborto con un 46 % fue entre 20-25 años, el 69% de los pacientes no tenía antecedentes, y el 70% de los abortos fue antes de las 12 semanas; conclusiones: el aborto se presenta más frecuentemente antes de las 12 semanas, los antecedentes patológicos ginecológico no son un factor de riesgo para aborto, se requieren búsqueda de otros posibles factores que puedan desencadenar aborto.

Pérez et al (11), estudiaron los aspectos clínico-epidemiológicos del aborto, con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente el aborto; materiales y métodos, estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital "Gervasio Vera Custodio" Upata-Estado Bolívar, Venezuela, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2013; se recolecto datos de 207 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto, en el análisis estadístico se aplicó la prueba chi2 de Pearson; resultados, se encontró que la edad prevalente de aborto fue de 21 a 30 años con 42%, la edad gestacional más frecuente de las pacientes fue de 1 a 8 semanas con 50%, de

estas 93,5% no cumplieron control prenatal, el tipo de aborto más frecuente fue espontáneo con 98,5%, se realizó legrado uterino a 97%, de las cuales, 8,5% presentaron complicaciones, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la edad materna con la edad gestacional; conclusiones, existió alta prevalencia de aborto espontáneo en el grupo de 21 a 30 años de edad, presentados entre las semanas 1 a 8 de gestación, la técnica más segura fue el legrado uterino, finalmente, se encontró bajo cumplimiento del control prenatal.

Huertas (12), investigo las características generales y obstétricas de pacientes con aborto con el objetivo: determinar las características generales y obstétricas de pacientes con aborto espontáneo en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla – Callao 2018; metodología: diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, resultados: características generales: edades de 20 años a más 73,3%, instrucción básica 79,2%, en unión 71,7% y no remuneradas 78,3%; con edad gestacional entre las 11 a 15 semanas; características sexuales: menarquia 13 a 14 años, 67,5%, iniciaron relaciones sexuales 13 a 18 años, 96,7%; características reproductivas: 65% son multíparas, con edad gestacional, 56,7% entre 11 a 15 semanas y 31,7% con antecedente de aborto; relación entre la edad cronológica y la paridad: 61,5% son nulíparas de 18 a 29 años (p= 0,002), el estado conyugal en relación con la paridad: las nulíparas, el 100% estaban no unidas (p=0,000), sintomatología: manchado/sangrado vaginal 36,7%, dolor abdominal 28,3%; características de prevención post aborto: 70,8% no usaban anticonceptivo previo a la gestación; posteriormente, optaron por usuarios en el post aborto 51,7%, con respecto a la relación entre el uso de anticonceptivo previo, 60% no usaban, y de ellas al final 68,6% solicitaron un anticonceptivo (p=0,004); conclusiones: las usuarias fueron jóvenes, amas de casa, con estudios y pareja fija, con hijo, y que finalmente deciden prevenir un nuevo evento solicitando método anticonceptivo.

Méndez (13), estudio los factores de riesgo para aborto espontáneo con el objetivo de identificar la frecuencia con la que se presentan los factores de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta-Chimbote, 2018, a través de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal; La población estuvo constituida por 446 pacientes con diagnóstico de aborto hospitalizadas, durante el 2018, la muestra estuvo conformada por 205 pacientes que presentaron diagnóstico de aborto espontáneo, de los cuales se procesaron los datos mediante Microsoft Excel 2013; de las 205 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, los resultados obtenidos en la investigación fueron que, la edades entre 25 a 29 años predominaron con un 25% de frecuencia, que el 66% procedían de la Costa, el 55% cursaron secundaria, fueron convivientes el 60%, el 56% fueron ama de casa, el 99% no consumía bebidas alcohólicas dentro de la gestación, el 90% tuvieron un IMC dentro del valor normal, el 84% no tuvieron antecedentes de patología materna Gineco-obstétrica, el 73% no tuvo ninguna complicación médica y/o patología materna, el 65% tuvieron una gestación < 12 semanas y el 76% no tuvieron abortos espontáneos previos; se concluyó que los factores de riesgo para aborto espontáneo con mayor frecuencia, es la edad entre 25-29 años, pacientes procedentes de la Costa, los que presentaron secundaria, pacientes en condición de convivientes, fueron amas de casa, los que presentaron una gestación < 12 semanas y la mayoría no presentaron antecedente de aborto espontáneo.

Guerrero (14), investigo a las pacientes con diagnóstico de aborto; con el objetivo de estudiar 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; el tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional; se encontró una incidencia de 18,49%; el grupo etario con mayor frecuencia de abortos fue de 20 a 24 años con 32,14%, la mayor parte de pacientes presentó nivel de instrucción secundario 56,4%, la mayoría de pacientes procedía de zona urbana marginal

60,7%; el 78,6% tenían estado civil conviviente, la ocupación más frecuente fue la de ama de casa con 84,3%, la mayoría fueron multigestas y presentaban abortos previos (72,1% y 32,8% respectivamente), la edad gestacional con mayor frecuencia fue menor a 8 semanas con 50%; el aborto más frecuente fue el espontáneo (99,3%), y la forma clínica predominante fue el aborto incompleto (85,7%); el síntoma más frecuente fue la asociación sangrado más dolor abdominal (51,4%), el tratamiento frecuentemente utilizado fue el legrado uterino (59,3%), la principal complicación fue anemia (47,14%), la condición al alta en su totalidad recuperadas (99,3%), La conclusión fue una incidencia mayor; edad promedio fue de 27,3 años, ama de casa, procedencia de zona urbana Marginal, nivel socioeconómico bajo, grado de instrucción secundaria, condición conviviente, El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto, El tratamiento más utilizado fue el legrado uterino, No hubo complicaciones en la mayoría de pacientes.

Ruiz (15), investigo sobre el aborto, con el objetivo de identificar características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino (LU) en el María Auxiliadora durante el periodo de enero a diciembre de 2014 a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad y determinar las acciones pertinentes a considerar en los servicios de prevención y tratamiento; materiales y métodos: estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal con diseño observacional y descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Aborto Incompleto y el traslado de datos a una ficha de recolección e ingreso de estos al programa de SPSS versión 22; conclusiones: Las características clínicas y epidemiológicas de un total de 1070 pacientes con diagnóstico de Aborto Incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el período de enero a diciembre de 2014, determinan que 929 fueron sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (86,82%) y 141 a Legrado Uterino (13,18%), en cuanto a edad, es significativa la incidencia de 495 pacientes de 20 a 29 años (46,5%) y de 175 pacientes adolescentes de entre 15 y 19 años (16,4%), Al

Grado de Instrucción, 938 pacientes son estudiantes (87,66%), 724 de Educación Superior Técnica (67,66%) y 189 de Educación Superior Universitaria (17,66%), Estado civil, 716 pacientes son convivientes (66,91%), 354 pacientes son solteras (33,08%), y ninguna casada, Con relación a los Antecedentes Obstétricos, es recurrente la incidencia de 231 pacientes que no tienen gestaciones previas (21,59%), 246 pacientes que han tenido una gestación (22,99%) y 242 pacientes que han tenido dos gestaciones (22,62%) y también significativa la incidencia de pacientes multíparas (entre tres a ocho gestaciones previas), Sobre antecedentes de aborto previo, 642 4 pacientes no tienen antecedente (60%), 318 de un aborto previo (29,72%), 94 de dos abortos previos (8,78%), 14 de tres (1,31%) y una con cuatro (0,09%), Los resultados obtenidos permiten observar insuficiente y/o inexistente Educación Sexual y Salud Reproductiva, desconocimiento, desinformación o ignorancia en cuanto a información sobre métodos anticonceptivos que están disponibles y son ofrecidos gratuitamente por el Estado.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto

El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal; por tanto, es apropiado que el aborto espontáneo y el aborto sean términos intercambiables; sin embargo, el uso popular del aborto por parte de laicos implica la finalización prevista del embarazo, y muchos prefieren el aborto espontáneo por pérdida espontánea; por el contrario, el aborto inducido describe la terminación quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad (1).

El Centro Nacional de Estadísticas de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud definen el aborto como la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado con un peso <500 gramos, estos criterios, sin embargo, son algo contradictorios

porque el peso promedio al nacer de un feto de 20 semanas es de 320 gramos, mientras que 500 gramos es el promedio de 22 a 23 semanas (Moore, 1977); la confusión adicional puede derivar de los criterios establecidos por las leyes estatales que definen el aborto aún más ampliamente (1).

La interrupción del embarazo hasta las 10 semanas, recibe el nombre de aborto precoz; la que ocurre desde la semana 11 hasta la 20, se denomina aborto tardío (16). El aborto es más frecuente en los primeros 2-3 meses que en los meses posteriores; las probabilidades de un nuevo aborto crecen de acuerdo con el número de los ocurridos anteriormente; si se produjo un aborto previo, se tiene un 20 % de probabilidad de riesgo para un segundo aborto; si ya ha habido dos abortos, el riesgo sube al 38 %, y cuando han ocurrido tres, el riesgo llega al 75 % (16).

2.2.1.1. Aborto espontaneo

Se define como la pérdida del producto de la concepción sin intervención externa antes de la viabilidad. El término "pérdida" es un término utilizado por las mujeres para referirse a un aborto espontáneo; se emplea a menudo porque las pacientes asocian la palabra "aborto" con la terminación electiva del embarazo. Otra terminología, de uso clínico, que se ha recomendado para evitar la palabra aborto, y que reconoce los aspectos emocionales asociados es "falla precoz del embarazo" (early pregnancy failure) (17).

El aborto espontáneo es lejos la complicación más frecuente de cualquier gestación, estimándose que un 15% de los embarazos clínicos terminan en aborto, y que aproximadamente el 25% de las mujeres experimentarán un aborto clínicamente reconocido a lo largo de su vida reproductiva; esta cifra podría estar subvalorada si consideramos que hasta 30 a 50% de los embarazos se

detienen precozmente en su desarrollo, los llamados abortos bioquímicos o subclínicos, que generalmente la mujer no alcanza a reconocer por presentar escaso o ningún atraso menstrual; dichos abortos obedecen principalmente a un desorden cromosómico esporádico de esa gestación en particular y no constituyen un factor de riesgo para embarazos futuros (17).

2.2.1.2. Etiología y Factores de Riesgo

La principal causa de aborto son las alteraciones genéticas del embrión; un meta-análisis encontró que las anomalías cromosómicas involucran al 49% de los abortos espontáneos; la anomalía más común identificada fue la trisomía autosómica (52%), seguida por la poliploidía (21%) y la monosomía X (13%) (17).

La mayoría de las anormalidades cromosómicas que resultan en aborto espontáneo son eventos aleatorios, como errores en la gametogénesis materna o paterna, dispermia (fertilización de un óvulo normal por 2 espermatozoides), y la no disyunción cromosómica; anomalías estructurales de cromosomas individuales (ejemplo por translocaciones, inversiones) se registraron en un 6% de las mujeres que tuvieron abortos espontáneos, y aproximadamente la mitad de estas anormalidades eran hereditarias; las anomalías cromosómicas tienen tendencia a asociarse con el aborto espontáneo recurrente, pero incluso en ese escenario son poco comunes (5%) (17).

La probabilidad de aborto depende principalmente del número de abortos e hijos previos y de la edad materna; así, la probabilidad de tener un aborto en mujeres sin historia previa de embarazo es de 12%, pero a medida que aumenta

el número de abortos el riesgo va aumentando; después de 3 abortos (aborto recurrente) existe un quiebre en la curva que implica que esa tasa de aborto sea probablemente por alguna alteración orgánica más que por una causa idiopática (17).

Factores de riesgo de aborto espontáneo

- Edad materna avanzada.
- Aborto espontáneo anterior.
- Consumo de alcohol.
- Uso de gas anestésico.
- Consumo excesivo de cafeína.
- Enfermedades crónicas maternas: diabetes mal controlada, enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes (particularmente SAF) (17).
- Tabaquismo.
- Consumo de cocaína.
- Concepción luego de 3-6 meses después de un parto (17).
- Embarazo con DIU.
- Infecciones maternas: vaginosis bacteriana, micoplasmosis, virus herpes simple, toxoplasmosis, listeriosis, Clamidia, VIH, sífilis, parvovirus B19, malaria, gonorrea, rubéola, Citomegalovirus (17).
- Medicamentos: Misoprostol, retinoides, Metotrexato, AINES (17).
- Múltiples abortos electivos previos.
- Toxinas: arsénico, plomo, etilenglicol, disulfuro de carbono, poliuretano, metales pesados, disolventes orgánicos (17).
- Anomalías uterinas: anomalías congénitas, adherencias, leiomioma submucoso (17).

2.2.1.3. Presentación clínica.

La principal presentación clínica es la metrorragia y algia pélvica, permitiendo el diagnóstico final de una de las siguientes opciones (17):

1. Síntomas de aborto.

2. Aborto incompleto.

3. Aborto completo.

4. Aborto inevitable.

5. Aborto en evolución.

6. Aborto retenido.

Síntomas de aborto (amenaza de aborto)

Se caracteriza por dolor cólico hipogástrico, metrorragia de cuantía variable, con un tamaño uterino adecuado a la edad gestacional y ausencia de modificaciones cervicales, entre las mujeres con síntomas de aborto, sin certificar vitalidad fetal mediante ecografía, el 50% tendrá un aborto espontáneo, y no hay medidas preventivas ni terapéuticas para impedir su evolución; entre aquellas que han evidenciado la vitalidad embrionaria mediante ecografía, el riesgo de aborto es menor al 1% cuando presentan síntomas de aborto (17).

Aborto incompleto

Aborto en que no todos los productos de la concepción han sido expulsados; los productos retenidos pueden ser parte del feto, la placenta, o las membranas; se caracteriza por cuadro de dolor cólico hipogástrico intenso, con metrorragia abundante, modificaciones cervicales (cuello permeable) e incluso palpación de restos ovulares en el canal cervical y con altura uterina levemente menor de la que corresponde a

la edad gestacional; la ecografía vaginal muestra restos en la cavidad endometrial (grosor endometrial ≥ 15 mm); se produce con mayor frecuencia en abortos > a 10 semanas (17-19).

Aborto completo

Aborto en que todos los productos de la concepción han sido expulsados sin la necesidad de una intervención quirúrgica o médica; el cuadro se caracteriza por historia previa de dolor cólico intenso, acompañado de metrorragia y eliminación de restos ovulares, pero que en el momento de la consulta presenta escaso dolor, escasa metrorragia, generalmente un cuello uterino cerrado o poco modificado y un tamaño uterino similar al de un útero no grávido; se da más comúnmente en abortos que se producen precozmente, antes de las 8 semanas, ya que el producto de la gestación es más pequeño y se elimina en forma íntegra; la ecografía vaginal muestra un endometrio de < de 15 mm de grosor (17-19).

Aborto inevitable

Condición irreversible, que lleva al diagnóstico de la inminencia de un aborto; los productos de la concepción aún no han sido expulsados; clínicamente se manifiesta por metrorragia abundante y cuello uterino dilatado; es discutible si considerar la rotura de prematura de membranas < 20 semanas con feto vivo como sinónimo de aborto inevitable, dado existencia de sobrevida perinatal; en aborto de mayor tamaño, las contracciones uterinas pueden generar modificaciones cervicales (cuello en forma de trompo sin púa, en que se dilate el OCI, pero no el OCE), que también pueden permitir el diagnóstico de aborto inevitable; el útero tiene el tamaño esperable para la edad gestacional (17-19).

Aborto en evolución

Cuadro clínico caracterizado por dolor cólico intenso en hipogastrio, frecuente y regular, de intensidad creciente, acompañado de metrorragia y de cambios progresivos del cérvix, corresponde a un proceso activo y progresivo en el tiempo e irreversible; el útero tiene el tamaño esperable para esa edad gestacional, el aborto en evolución se diferencia del aborto incompleto en que en el primero la paciente ya ha expulsado parte de los restos ovulares (17).

Aborto retenido

Ausencia de vitalidad fetal, en la que no se ha producido ninguna actividad uterina que expulse los productos de la concepción; es un cuadro asintomático, diagnosticado por ecografía; la presentación clínica sólo consiste en un tamaño uterino adecuado o levemente menor al esperado para la edad gestacional; puede formularse el diagnóstico en dos escenarios (17):

- **Embrión sin LCF:** en la ecografía TV es posible la detección de LCF en embriones > 3 mm, para mayor seguridad, hacemos el diagnóstico de aborto retenido en presencia de un embrión >5 mm de LCN en que no se detectan LCF. Cuando se hace una ecografía, y se observa un embrión de 3-4 mm, sin LCF, se solicita repetir la ecografía en 2 semanas (mínimo 10 días) para verificar el desarrollo embrionario o confirmar la sospecha de aborto retenido (17).
- **Huevo anembrionado:** corresponde a un embarazo en que se desarrolla el saco gestacional, pero el embrión no es visible en la ecografía; es posible formular el diagnóstico de huevo anembrionado si el saco

gestacional es > 30 mm (algunos autores hablar de > a 20 mm) y el embrión no es visible; si detectamos un saco gestacional de 10-30 mm, y el embrión no es visible, solicitamos repetir la ecografía en 2 semanas para verificar el crecimiento normal y aparición del embrión, o confirmar la sospecha de aborto retenido; recordar: si en una mujer con embarazo de 7 semanas según FUM, se observa un saco gestacional de 1-2 cm (no se visualiza el embrión), existen dos posibilidades: un embarazo normal de 5 semanas, o un huevo anembrionado (de 7 semanas), el diagnóstico definitivo se efectúa repitiendo la ecografía en dos semanas (17).

2.2.1.4. Aborto recurrente

Se define como la presencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos (embarazo ectópico y embarazo molar no se incluyen) antes de las 20 semanas de gestación; tiene una incidencia de 0,5 a 4% de las mujeres; mientras más edad gestacional se haya alcanzado antes del aborto, mayor es la probabilidad de que exista una patología asociada que explique el aborto recurrente; se reserva el término de abortadora recurrente primaria si la pareja no ha tenido embarazos viables entre sí, y abortadora secundaria, si ha existido al menos uno viable; vale tener en cuenta que sólo el 5% de las parejas en edad reproductiva experimenta 2 abortos espontáneos clínicos consecutivos, y entre 1-3% sufren 3 o más abortos (17).

2.2.1.5. Aborto séptico

Se define como la invasión y colonización microbiana del embrión y anexos ovulares, lo que da lugar al desarrollo de un cuadro séptico de gravedad variable; se trata de una

condición potencialmente grave, que requiere de tratamiento adecuado y oportuno (1, 17).

Tipos de Aborto Séptico

- **Espontáneo (poco frecuente):** Se refiere a un aborto espontáneo con una infección (causante del aborto o secundaria); la infección suele ser ascendente y facilitada por la presencia de un DIU, aunque también puede ser de origen hematógena; existen casos en que un cuadro séptico sistémico (diverticulitis, colecistitis, apendicitis) produce una colonización uterina y se produce un aborto séptico secundario (17, 18).
- **Provocado:** Se denomina así a abortos sépticos secundarios a maniobras abortivas; habitualmente se presentan en contextos socialmente vulnerables, en que el aborto es inducido mediante la introducción al útero de sondas o tallos vegetales; el uso difundido de Misoprostol (análogo sintético de la PGE1) como método abortivo ha disminuido la tasa de abortos sépticos en países desarrollados (17).

2.2.1.6. Microbiología

Flora mixta inespecífica (aerobios y anaerobios) proveniente de la vagina, habitualmente un origen polimicrobiano (Bacteroides, Coccus, anaerobios y E Coli); además se debe considerar la presencia de gérmenes de transmisión sexual (Neisseria gonorrhoeae, y Clamidia trachomatis); el tratamiento antibiótico debe cubrir esta amplia flora microbiana; maniobras abortivas con vegetales o con instrumentos no esterilizados, se asocian a la infección uterina por el Clostridium Perfringens; bacteria gram positiva y anaerobio estricto trascendente por su gravedad y mal pronóstico, tiene una alta letalidad (1, 17).

En términos generales los microorganismos proliferan y producen toxinas que dañan los genitales internos produciendo miometritis y/o salpingitis, que favorecen un medio anaerobio para continuar su replicación; el grado de daño y repercusiones sistémicas depende de la precocidad con que se haga el diagnóstico y se inicie el tratamiento; en el caso de bacterias provenientes de la flora vaginal, no suelen provocar peritonitis o pelviperitonitis a diferencia de Clostridium Perfringens, el cual además se disemina a riñón, hígado y cerebro por vía hematógena (1, 17).

2.2.1.7. Características gineco obstétricos

Las características gineco obstétricos son los que mayor información aportan y en los que se puede establecer con mayor fidelidad el riesgo obstétrico (20).

a) Menarquia: Se identifica la fecha en la que la paciente presentó su primer período menstrual; con esta información se puede establecer si existió alguna causa que alteró la presentación de esta (20).
b) Fecha de última menstruación: Tiene como objetivo calcular de forma adecuada el tiempo de embarazo y anticipar situaciones como resoluciones pre o postérmino (20).
c) Inicio de la vida sexual y el número de parejas sexuales: estas cuestiones en muchas ocasiones guardan relación entre sí, por lo general cuanto menor sea la edad de inicio de la vida sexual mayor será el número de parejas sexuales; esto repercute en la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual que en muchas ocasiones aumentan los riesgos de embarazo ectópico, aborto o enfermedades transmitidas al producto (20).

d) Gestaciones anteriores: es de crucial importante establecer lo siguiente (20):
    a. Año de la gestación y el tiempo transcurrido con relación al embarazo actual.
    b. Tipo de resolución (aborto, parto, cesárea).
    c. Edad gestacional a la resolución (aborto, parto pretérmino, término, postérmino).
    d. Complicaciones en la gestación o en la resolución (enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, macrosomía y sufrimiento fetal, entre otros) (20).
    e. Sexo del recién nacido.
    f. Peso del recién nacido.
    g. Estado de salud del recién nacido.
e) Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos (21).
f) Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos, y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente entre otros (21).
g) Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo (21).
h) Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc (21).
i) Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos y a otros factores (21).

j) Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar (21).

k) Rh negativo sensibilizado: es un importante riesgo, aunque no es frecuente; también debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones (21).

2.2.1.8. Antecedentes heredofamiliares

Diferentes enfermedades hereditarias pueden afectar al embarazo, la diabetes mellitus, por ejemplo, es una de las enfermedades crónicas que se diagnostican con mayor frecuencia durante la gestación; otros antecedentes de relevancia incluyen pérdidas fetales, consanguinidad, embarazos múltiples, anomalías congénitas, cromosómicas o metabólicas (20).

2.2.1.9. Características socio demográficas

a) Origen y residencia. Se debe establecer el grupo étnico al que pertenece la paciente, ya que este puede asociarse con enfermedades específicas; el lugar de residencia es importante, ya que en algunos casos el acceso a los servicios de salud está restringido por distancia, tiempo o ambos (20).

b) Escolaridad y ocupación. La ocupación debe determinarse con precisión, ya que existen riesgos potenciales asociados con esta, como inhalación o contacto con agentes tóxicos (20).

   La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de

matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres (22).

c) Consumo de sustancias. Es importante establecer el uso y abuso de sustancias como café, tabaco, alcohol o drogas ilícitas; estos factores se han asociado a patología obstétrica como aborto, malformaciones fetales, restricciones de crecimiento, partos pretérmino y síndromes de abstinencia en el recién nacido (20).
d) Religión. Su importancia radica en que algunas ideologías se oponen a la administración de productos sanguíneos, lo cual puede complicar el curso del embarazo o puerperio en caso de presentarse hemorragia obstétrica (20).
e) Automedicación. Es importante identificar qué medicamentos ingiere, motivo por el que lo hace, dosis y frecuencia (20).

2.2.2. Factores o morbilidades presentes en el embarazo

2.2.2.1. Infecciones de tracto urinario

Las infecciones de tracto urinario son más frecuentes en el embarazo y puerperio, y están entre las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo; esta incidencia elevada parece ser consecuencia de factores hormonales y mecánicos que aumentan la estasis urinaria; las infecciones urinarias durante la gestación pueden ser asintomáticas o sintomáticas (por ejemplo: cistitis, pielonefritis); por definición, la bacteriuria asintomática es la presencia de al menos 100000 organismos por mililitro de una muestra de orina obtenida con técnica limpia de una paciente asintomática (23).

Casi 20% de las embarazadas desarrolla cistitis aguda o pielonefritis más adelante en el embarazo; el tratamiento inicial consiste en nitrofurantoína, ampicilina o una cefalosporina; después del tratamiento, es conveniente el seguimiento con urocultivos porque hasta 25% de las pacientes tienen una recurrencia más adelante durante el embarazo (23).

2.2.2.2. Infección cérvico vaginal

Es una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo; se ha descrito la existencia de cierta relación entre la infección cérvico vaginal y los resultados adversos del embarazo como parto prematuro y rotura prematura de membranas ovulares; la mitad de los microorganismos aislados en el líquido amniótico se relacionan con vaginosis bacteriana, lo que sugiere que esta infección puede desempeñar un papel fundamental en la infección del líquido amniótico en las mujeres con parto pretérmino y membranas intactas (23).

La mayoría de las bacterias aisladas a partir del estudio de las membranas pertenecen al grupo de las que se asocian con la infección cérvico vaginal; algunos autores consideran la vaginosis bacteriana como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de endometritis posparto, especialmente tras cesárea. También se ha relacionado con el aumento del índice de infección de la herida abdominal (23).

2.2.2.3. Anemia

La anemia es un síndrome agudo o crónico caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina(Hb) circulante en relación con valores límites

definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiológicos (gestación, tabaquismo) y condiciones medio-ambientales (altitud); en relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal según las normas técnicas peruanas se clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina y hematocrito (24): Anemia Severa (Menor de 7,0 g/dL).

Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL).

Anemia Leve (10,0 – 10,9 g/dL).

Sin Anemia (≥ 11,0 g/dL).

2.2.2.4. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrolló físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (25).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (25).

2.2.2.5. Índice de masa corporal (IMC) pregestacional

El IMC es una útil herramienta que es utilizada comúnmente por los profesionales de la salud para determinar si una persona está por debajo su peso normal, exceso de peso u obesidad en adultos (26, 27).

Índice de masa corporal:

Bajo peso (< 18,5).

Peso normal (18,5 a 24,9).

Sobrepeso (25 a 29,9).

Obesidad (≥30).

El índice de masa corporal (IMC) pregestacional afecta a la salud de la madre durante y después del embarazo, y se relaciona con un aumento del riesgo a sufrir diabetes gestacional, preeclampsia o muerte fetal; además, el IMC pregestacional elevado aumenta los niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que conlleva al aumento de riesgo de aborto, bajo peso al nacer y prematuridad (28).

2.3. Definición de términos

Características gineco obstétricas. Son rasgos o singularidades de naturaleza biológica, social dentro del aspecto ginecológico u obstétrico que identifica a una paciente o a un grupo de pacientes (29).

Paciente. Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

Aborto. Interrupción o pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado con un peso <500 gramos (1).

Morbilidad. Es cualquier enfermedad física o mental, discapacidades o mala salud debido a cualquier causa (15).

Comorbilidad. También conocido como "morbilidad asociada", se define como dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona; estos pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro (16).

Embarazo. El embarazo o gestación es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre (29).

Atención en Salud. Es el conjunto de procesos o asistencia sanitaria a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población (30).

2.4. Identificación de variables

- **Variable:** Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto.
  - **Dimensión: Características sociodemográficas**
    - Edad de la paciente.
    - Nivel de instrucción de la paciente.
    - Estado civil de la paciente.
    - Tipo de ocupación de la paciente.
    - Índice de masa corporal pregestacional.
  - **Dimensión: Características ginecológicas**
    - Grupo de edad de la menarquia de la paciente.
    - Grupo de edad de la primera relación sexual.
    - Número de parejas sexuales.
    - Uso de métodos anticonceptivos hormonales.
    - Uso de dispositivos intrauterinos.
    - Uso de métodos anticonceptivos de barrera.
    - Comorbilidad que presento la paciente.
  - **Dimensión: Características obstétricas**
    - Diagnóstico del tipo de aborto.
    - Semanas de gestación al presentar el aborto.
    - Número de atenciones prenatales.
    - Periodo intergenésico de la paciente.
    - Número de embarazos incluido el actual.
    - Paridad de la paciente antes del embarazo actual.
    - Antecedente de la paciente.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características gineco-obstétricas.	Son rasgos o singularidades de naturaleza biológica, social dentro del aspecto ginecológico u obstétrico que identifica a una paciente o a un grupo de pacientes (29)..	Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de aborto y registro en la ficha de recolección de datos.	Características sociodemográficas	Edad de la paciente en años.	Edad de la paciente en años. Registrada en la historia clínica.	Menor o igual a 19 años (1). De 20 a 24 años (2). De 25 a 29 años (3). De 30 a 34 años (4). De 35 a más años (5).
				Nivel de Instrucción de la paciente.	Nivel de Instrucción de la paciente registrada en la historia clínica.	Sin Instrucción (1). Inicial (2). Primaria (3). Secundaria (4). Superior técnico (5). Superior universitario (6).
				Estado civil de la paciente.	Estado civil de la paciente registrada en la historia clínica.	Soltera (1). Conviviente (2). Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5).
				Tipo de ocupación de la paciente.	Tipo de ocupación de la paciente registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Índice de masa corporal pregestacional.	Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla))	Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (≥30) (4).
			Características ginecológicas.	Grupo de edad de la menarquia de la paciente.	Grupo de edad de la menarquia de la paciente en años, registrada en la historia clínica.	Nominal
				Grupo de edad de la primera relación sexual	Grupo de edad de la primera relación sexual en años, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Número de parejas sexuales.	Número de parejas sexuales, registrada en la historia clínica.	Numérico.
				Uso de métodos anticonceptivos hormonales antes del embarazo.	Uso de métodos anticonceptivos hormonales antes del embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Uso de dispositivos intrauterinos antes del embarazo.	Uso de dispositivos intrauterinos antes del embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Uso de métodos anticonceptivos de barrera antes del embarazo.	Uso de métodos anticonceptivos de barrera antes del embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Comorbilidad que presento la paciente.	Comorbilidad que presento la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.
			Características obstétricas.	Diagnóstico del tipo de aborto en la paciente.	Diagnóstico del tipo de aborto en la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Semanas de gestación al presentar el aborto.	Semanas de gestación al presentar el aborto, registrada en la historia clínica.	Numérico.
				Antecedentes de la paciente.	Antecedentes de la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Numero de atenciones prenatales.	Numero de atenciones prenatales, registrada en la historia clínica.	Numérico.
				Periodo intergenésico de la paciente.	Periodo intergenésico de la paciente, registrada en la historia clínica.	Sin periodo intergenésico (1). Corto (menor a 18 meses) (2). Normal (de 18 a 60 meses) (3). Largo (mayor a 60 meses) (4).
				Número de embarazos incluido el actual.	Número de embarazos incluido el actual, registrada en la historia clínica.	Numérico.
				Paridad de la paciente.	Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.	Nulípara (1) Primípara (2) Multípara (3) Gran Multípara (4)

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto; se desarrolló en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco; ubicado en el distrito peruano de Pichari, es uno de los catorce distritos de la provincia de La Convención, ubicada en el departamento de Cusco, bajo la administración el gobierno regional del Cuzco; limita por el norte con el distrito de Pangoa, provincia de Satipo, departamento de Junín; por el sur con el distrito de Kimbiri; por el este con el distrito de Echarate; por el oeste con el río Apurímac y con los distritos de Sivia y Llochegua; provincia de Huanta del departamento de Ayacucho (31).

3.2. Tipo de investigación

La investigación realizada fue transversal, descriptiva, retrospectiva (32-34). Fue transversal porque los datos se obtienen en un solo momento, en un tiempo único; descriptiva por ser una variable compuesta para el estudio, retrospectivo porque los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (fuentes secundarias); su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (32-34).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable y sub variables en forma independiente; es decir, busco caracterizar la variable (35, 36).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se empleó el método inductivo. Según Pimienta (37), es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Es el método científico más utilizado, se distinguen cuatro pasos esenciales:

la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación; esto permite elaborar conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares (37).

3.4.2. Método Básico

Se utiliza el método descriptivo porque describe las características de la población de investigación en forma natural a partir de observaciones (37).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea (36). El diseño de la investigación fue descriptiva simple; se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental es obtener una interpretación correcta de la situación (35, 36).

Donde:

M O

M: Pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari de La Convención, Cusco en el año 2020.

O: Características gineco-obstétricas de las pacientes.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, de la provincia de La Convención, Cusco en el año 2020; que según registros hospitalarios fueron un total de 51 pacientes.

Una población es el conjunto total de elementos que comparten por lo menos una propiedad en común, circunscritos en un tiempo y espacio definidos (34, 38, 39).

3.6.2. Muestra

El estudio fue censal (34, 38, 39).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental; la cual permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros (33, 40, 41); de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, de la provincia de La Convención, Cusco en el año 2020.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos; este instrumento permitió recolectar datos sobre la variable; la cual fue elaborada en base al propósito, objetivo, variables entre otros del estudio (33, 40, 41).

3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Para el estudio de utilizaron técnicas mixtas (cuantitativas y cualitativas); la ficha de recolección de datos permitió recabar información de las historias clínicas y registros; estas fueron ordenados, codificados y clasificados. Se ingreso los datos a una hoja de cálculo en el software Microsoft Excel 2013; esto se hizo debido a la facilidad de uso y la familiaridad con las aplicaciones de Office.

Para realizar el análisis estadístico, se importó la base de datos de Excel al programa estadístico de Windows SPSS versión 17; a fin de realizar todo el proceso de análisis con estadística descriptiva como frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupo etareo			
Menor o igual a 19 años	3	5.9%	5.9%
De 20 a 24 años	11	21.6%	27.5%
De 25 a 29 años	17	33.3%	60.8%
De 30 a 34 años	7	13.7%	74.5%
De 35 a más años	13	25.5%	100.0%
Nivel de Instrucción de la paciente			
Sin instrucción	1	2.0%	2.0%
Primaria	19	37.3%	39.2%
Secundaria	25	49.0%	88.2%
Superior técnico	4	7.8%	96.1%
Superior universitario	2	3.9%	100.0%
Estado civil de la paciente			
Conviviente	47	92.2%	92.2%
Soltera	2	3.9%	96.1%
Viuda	2	3.9%	100.0%
Tipo de ocupación de la paciente			
Ama de casa	46	90.2%	90.2%
Estudiante	2	3.9%	94.1%
Comerciante	1	2.0%	96.1%
Docente	1	2.0%	98.0%
Técnica en enfermería	1	2.0%	100.0%
Índice de Masa Corporal			
Peso normal (18,5 a 24,9)	18	35.3%	35.3%
Sobrepeso (25 a 29,9)	20	39.2%	74.5%
Obesidad (> o igual 30)	13	25.5%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

Tabla 1. Del total de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020. El 5.9% (3) tuvieron una edad menor o igual a 19 años, el 21.6% (11) tuvieron una edad de 20 a 24 años, el 33.3 (17) tuvieron una edad de 25 a 29 años, el 13.7% (7) tuvieron una edad de 30 a 34 años y el 25.5% (13) tuvieron una edad igual o mayor a 35 años. El 60.8% tuvieron una edad menor o igual a 29 años.

El 2% (1) no tuvieron instrucción, el 37.3% (19) tuvieron primaria, el 49% (25) tuvieron secundaria, el 7.8% (4) tuvieron superior técnico y el 3.9% (2) tuvieron superior universitario. El 39.2% no llegaron a tener educación secundaria. El 92.2% (47) fueron convivientes, el 3.9% (2) fueron solteras y el 3.9% (2) fueron viudas.

El 90.2% (46) fueron amas de casa, el 3.9% (2) fueron estudiantes y en mínima proporción fueron comerciantes, docentes, técnica en enfermería en un 2% (1) cada uno respectivamente.

Según el índice de masa corporal pregestacional, el 35.3% (18) tuvieron un Peso normal, el 39.2% (20) tuvieron sobrepeso y el 25.5% (13) tuvieron obesidad. El 64.7% tuvieron sobrepeso u obesidad.

Tabla 2. Características ginecológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

Características ginecológicas	Frecuencia	Porcentaje
Edad de la menarquia de la paciente	Frecuencia	Porcentaje
De 11 a 12 años	12	23.5%
De 13 a 14 años	25	49.0%
De 15 a 16 años	14	27.5%
Edad de la primera relación sexual		
De 13 a 14 años	16	31.4%
De 15 a 16 años	24	47.1%
De 17 a 18 años	10	19.6%
Mas de 18 años	1	2.0%
Número de parejas sexuales		
Una pareja	14	27.5%
Dos parejas	20	39.2%
Tres parejas	9	17.6%
Cuatro a más parejas	8	15.7%
Uso de métodos anticonceptivos		
Anticonceptivos hormonales	18	35.3%
Anticonceptivos de barrera	3	5.9%
Comorbilidad de la paciente		
Obesidad	13	25.5%
Infección de Tracto Urinario	11	21.6%
Anemia	10	19.6%
Quiste de ovario	1	2.0%
Sífilis	1	2.0%
Vaginosis bacteriana	1	2.0%
Dengue	1	2.0%
Mioma uterino	1	2.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

Tabla 2. Del total de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

El 23.5% (12) tuvieron su menarquia de 11 a 12 años, el 49% (25) tuvieron su menarquia de 13 a 14 años y el 27.5% (14) tuvieron su menarquia de 15 a 16 años.

El 31.4% (16) tuvieron su primera relación sexual de 13 a 14 años, el 47.1% (24) tuvieron su primera relación sexual de 15 a 16 años, el 19.6% (10) tuvieron su primera relación sexual de 17 a 18 años y el 2% (1) tuvieron su primera relación sexual después de los 18 años.

El 27.5% (14) tuvieron una pareja sexual, el 39.2% (20) tuvieron dos parejas sexuales, el 17.6% (9) tuvieron tres parejas sexuales y el 15.7% (8) tuvieron cuatro a más parejas sexuales.

El 35.3% (18) usaban anticonceptivos hormonales, el 5.9% (3) usaban anticonceptivos de barrera.

Las comorbilidades de las pacientes con aborto fueron: obesidad en un 25.5% (13), infección de tracto urinario en un 21.6% (11), Anemia en un 19.6% (10) y en mínimas proporciones el quiste de ovario, sífilis, vaginosis bacteriana, dengue, mioma uterino cada uno en un 2% (1) respectivamente.

Tabla 3. Características obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

Características obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
Aborto incompleto	43	84.3%
Aborto retenido	5	9.8%
Aborto inevitable	2	3.9%
Aborto séptico	1	2.0%
Menor o igual a 10 semanas	43	84.3%
De 11 a 12 semanas	5	9.8%
De 13 a 14 semanas	3	5.9%
Antecedente de la paciente		
Antecedente de aborto	20	39.2%
Antecedente de cesárea	5	9.8%
Número de atenciones prenatales		
Sin atención prenatal	35	68.6%
Una atención prenatal	16	31.4%
Periodo intergenésico de la paciente		
Sin periodo intergenésico	9	17.6%
Periodo intergenésico corto (menor a 18 meses)	16	31.4%
Periodo intergenésico normal (de 18 a 60 meses)	10	19.6%
Periodo intergenésico largo (mayor a 60 meses)	16	31.4%
Primigesta	9	17.6%
Multigesta (2 a 5 gestaciones)	37	72.5%
Gran multigesta (6 a más gestaciones)	5	9.8%
Nulípara	13	25.5%
Primípara	17	33.3%
Multípara (2 a 5 partos)	19	37.3%
Gran multípara (6 a más partos)	2	3.9%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

Tabla 3. Del total de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

El 84.3% (43) tuvieron aborto incompleto, el 9.8% (5) tuvieron aborto retenido, el 3.9% (2) tuvieron aborto inevitable y el 2% (1) tuvieron aborto séptico. El 94.1% tuvieron aborto incompleto o retenido.

El 84.3% (43) presentaron el aborto a las 10 semanas o menos de gestación, el 9.8% (5) presentaron el aborto de 11 a 12 semanas y el 5.9% (3) presentaron el

aborto de 13 a 14 semanas. El 94.1% tuvieron el aborto antes de las trece semanas de gestación.

El 39.2% (20) tuvieron antecedentes de aborto, el 9.8% (5) tuvieron antecedente de cesárea. El 68.6% (35) no tuvieron atención prenatal, el 31.4% (16) tuvieron una atención prenatal.

El 17.6% (9) no tuvieron periodo intergenésico, el 31.4% (16) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 19.6% (10) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 31.4% (16) tuvieron un periodo intergenésico largo.

El 17.6% (9) fueron primigestas, el 72.5% (37) fueron multigestas y el 9.8% (5) fueron gran multigesta.

El 25.5% (13) fueron nulíparas, el 33.3% (17) fueron primíparas, el 37.3% (19) fueron multíparas y el 3.9% (2) fueron gran multípara.

4.2. Discusión de resultados

Del total de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

El 5.9% tuvieron una edad menor o igual a 19 años, el 21.6% tuvieron una edad de 20 a 24 años, el 33.3% tuvieron una edad de 25 a 29 años, el 13.7% tuvieron una edad de 30 a 34 años y el 25.5% tuvieron una edad igual o mayor a 35 años. El 60.8% tuvieron una edad menor o igual a 29 años. Los resultados fueron similares a lo hallado por Rivero y Pintado (10), Pérez et al (11), Huertas (12), Méndez (13), Guerrero (14) y Ruiz (15); quienes en su mayoría encontraron una mayor proporción de mujeres que abortaron en los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años; incluso en mayores proporciones; así mismo seis de cada diez mujeres que abortaron tuvieron menos de 30 años; Esto porque las mujeres a esta edad tienen una vida sexualmente activa, así mismo puede existir limitado acceso a información y uso de métodos anticonceptivos; por las características propias del contexto socio cultural.

El 2% (1) no tuvieron instrucción, el 37.3% (19) tuvieron primaria, el 49% (25) tuvieron secundaria, el 7.8% (4) tuvieron superior técnico y el 3.9% (2) tuvieron superior universitario. El 39.2% no llegaron a tener educación secundaria. Estos resultados son similares a lo hallado por Huertas (12), Méndez (13), Guerrero (14), quienes también encontraron una mayor proporción de mujer con educación secundaria; así mismo difiere de los hallado por Ruiz (15), quien encontró un mayor nivel de instrucción en las mujeres que tuvieron aborto. Se puede mencionar que todas las mujeres que tuvieron aborto tienen un nivel de instrucción aceptable, lo cual le permite un mejor entendimiento de la información sanitaria sobre las salud sexual y reproductiva; esta es una oportunidad para que el sistema de salud pueda intervenir con estrategias integrales en educación para la salud; para disminuir esta problemática.

El 92.2% (47) fueron convivientes, el 3.9% (2) fueron solteras y el 3.9% (2) fueron viudas. El 90.2% (46) fueron amas de casa, el 3.9% (2) fueron estudiantes y en mínima proporción fueron comerciantes, docentes, técnica en enfermería en un 2% (1) cada uno respectivamente. En cuanto a la característica más resaltante estado civil conviviente y ocupación ama de casa; los resultados fueron similares a lo hallado por Huertas (12), Méndez (13), Guerrero (14), Ruiz (15), aunque en proporciones un tanto menores; esta particularidad encontrada en el estudio y por otros investigadores indicarían que son mujeres jóvenes o parejas jóvenes en inicio o proceso de constitución. Según el índice de masa corporal pregestacional, el 35.3% (18) tuvieron un peso normal, el 39.2% (20) tuvieron sobrepeso y el 25.5% (13) tuvieron obesidad. El 64.7% tuvieron sobrepeso u obesidad. Estos resultados fueron diferentes a lo hallado por Méndez (13), quien encontró que solamente el 10% tuvieron un peso fuera de lo normal. Esta diferencia o característica de tener más de la mitad de las pacientes con malnutrición (sobrepeso u obesidad), probablemente se deba a que en el contexto de estudio los estilos de vida, la alimentación, limitaciones de acceso a las mismas, débil educación sanitaria entre otras, estén relacionadas a esta malnutrición. Las situaciones de sobrepeso u obesidad pueden conllevar a riesgos para la salud, por lo cual merece intervenciones sanitarias efectivas en promoción de la salud.

El 23.5% (12) tuvieron su menarquia de 11 a 12 años, el 49% (25) tuvieron su menarquia de 13 a 14 años y el 27.5% (14) tuvieron su menarquia de 15 a 16 años. El 31.4% (16) tuvieron su primera relación sexual de 13 a 14 años, el 47.1% (24) tuvieron su primera relación sexual de 15 a 16 años, el 19.6% (10) tuvieron su primera relación sexual de 17 a 18 años y el 2% (1) tuvieron su primera relación sexual después de los 18 años. Estos resultados son coincidentes con lo hallado por Huertas (12). Lo cual indica que, en su mayoría, estas pacientes inician su vida sexual a edad temprana.

El 27.5% (14) tuvieron una pareja sexual, el 39.2% (20) tuvieron dos parejas sexuales, el 17.6% (9) tuvieron tres parejas sexuales y el 15.7% (8) tuvieron

cuatro a más parejas sexuales. No se encontró estudios similares para analizar este resultado; pero podemos mencionar que siete de cada diez mujeres con aborto tuvieron dos o mas parejas sexuales; lo cual puede deberse al inicio temprano de las relaciones sexuales y al contexto socio cultural.

Las pacientes con aborto usaban métodos anticonceptivos hormonales y de barrera en un 35.3% (18) y 5.9% (3) respectivamente; por lo cual la mayoría no usaba métodos anticonceptivos antes de su embarazo. Los resultados fueron similares a lo encontrado por Huertas (12), quien también encontró que una elevada proporción de mujeres con aborto no usaron métodos anticonceptivos antes de su embarazo. Esta situación indicaría en el caso de los embarazos no deseados un limitado acceso a los métodos anticonceptivos, consejería en salud sexual y reproductiva, y planificación familiar.

Las comorbilidades de las pacientes con aborto fueron: obesidad en un 25.5% (13), infección de tracto urinario en un 21.6% (11), Anemia en un 19.6% (10) y en mínimas proporciones el quiste de ovario, sífilis, vaginosis bacteriana, dengue, mioma uterino cada uno en un 2% (1) respectivamente. Estos resultados fueron diferentes a los hallado por Méndez (13) y Guerrero (14); quienes encontraron una menor proporción de comorbilidades; probablemente la mayor proporción de comorbilidad en estas pacientes tengan que ver con la mayor exposición a ciertos factores de riesgo, estilos de vida y al contexto socio cultural; por lo cual la atención preconcepcional es clave para prevenir y controlar estos factores que influyen en la salud de la futura madre.

El 84.3% (43) tuvieron aborto incompleto, el 9.8% (5) tuvieron aborto retenido, el 3.9% (2) tuvieron aborto inevitable y el 2% (1) tuvieron aborto séptico. El 94.1% tuvieron aborto incompleto o retenido. En cuanto a la elevada proporción del aborto incompleto los resultados del estudio son similares a lo hallado por Pérez et al (11) y Guerrero (14); estos resultados indicarían que el aborto incompleto es uno de los problemas obstétricos más frecuentes en las

IPRESS; lo cual amerita un replanteamiento adecuado de estrategias sanitarias integrales para prevenir y/o controlar este problema.

El 84.3% (43) presentaron el aborto a las 10 semanas o menos de gestación, el 9.8% (5) presentaron el aborto de 11 a 12 semanas y el 5.9% (3) presentaron el aborto de 13 a 14 semanas. El 94.1% tuvieron el aborto antes de las trece semanas de gestación. Los resultados coinciden con lo hallado por Rivero y Pintado (10), Pérez et al (11), Méndez (13), Guerrero (14); quienes en su mayoría encontraron que la mayor proporción de abortos ocurrieron antes de las doce semanas de embarazo; por otra parte, en el estudio se encontró que ocho de cada diez tuvieron aborto precoz (≤ 10 semanas).

La elevada proporción de abortos precoces e incompletos mencionados en párrafos anteriores no guardan relación con el marco teórico; donde se menciona que en el aborto precoz comúnmente espontaneo, el producto de la gestación es más pequeño y se elimina en forma íntegra (17-19). Esta situación requiere de una investigación detallada de este aspecto para acciones de prevención y manejo clínico.

El 39.2% (20) tuvieron antecedentes de aborto, el 9.8% (5) tuvieron antecedente de cesárea. El 68.6% (35) no tuvieron atención prenatal, el 31.4% (16) tuvieron una atención prenatal. En cuanto al antecedentes de aborto los resultados fueron similares a lo hallado por Huertas (12), Méndez (13), Guerrero (14) y Ruiz (15); pero en menores proporciones. En relación a la falta de atención prenatal los resultados fueron similares a lo hallado por Pérez et al (11), pero en mayores proporciones. En estas dos situaciones se hace necesario realizar intervenciones sanitarias integrales que incorpore estrategias comunicacionales a fin de contribuir mejorar el acceso a los servicios de consejería y salud sexual y reproductiva.

El 17.6% (9) no tuvieron periodo intergenésico, el 31.4% (16) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 19.6% (10) tuvieron un periodo intergenésico

normal y el 31.4% (16) tuvieron un periodo intergenésico largo. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados; pero podemos mencionar que seis de cada diez mujeres que tuvieron aborto tuvieron un periodo intergenésico corto o largo.

El 17.6% (9) fueron primigestas, el 72.5% (37) fueron multigestas y el 9.8% (5) fueron gran multigesta. El 25.5% (13) fueron nulíparas, el 33.3% (17) fueron primíparas, el 37.3% (19) fueron multíparas y el 3.9% (2) fueron gran multípara. Los resultados fueron similares a lo hallado por Huertas (12), Guerrero (14) y Ruiz (15); quienes también encontraron como característica una mayor proporción de multigestas y multíparas; que tuvieron aborto. Esto indica que la mayor proporción de mujeres que abortaron, tuvieron embarazos previos. Por lo cual es importante mejorar el acceso a los servicios de salud en relación a la consejería en salud sexual y reproductiva; impulsando estrategias comunicacionales acordes al contexto socio cultural.

Conclusiones

1 Las características sociodemográficas mas relevantes de las mujeres con aborto fueron edad menor de 30 años, nivel educativo secundario o superior, ser convivientes, amas de casa, con sobrepeso u obesidad.

2 Las características ginecológicas más resaltantes fueron menarquia antes de los 15 años, primera relación sexual antes de los 17 años, dos a tres parejas sexuales y no uso de métodos anticonceptivos.

3 Las comorbilidades presentes en las pacientes fueron obesidad, infección de tracto urinario y anemia.

4 Las características obstétricas más relevantes que presentaron las pacientes con aborto fueron el aborto incompleto, aborto a las 10 semanas o menos de gestación, antecedentes de aborto, falta de atención prenatal, periodo intergenésico corto o largo, ser multigestas y multíparas.

Recomendaciones

Al gobierno regional.

Se deben fortalecer las políticas de acceso a la educación, para toda la población a fin de que logren un nivel educativo adecuado. Un nivel educativo aceptable permite un mejor entendimiento de la información sanitaria sobre las salud sexual y reproductiva; esta es una oportunidad para que el sistema de salud pueda intervenir con estrategias integrales en educación para la salud; para disminuir esta problemática.

Al sector salud.

El estudio mostro que en su mayoría las mujeres que tuvieron un aborto, fueron jóvenes menores de 30 años, con un nivel de instrucción aceptable y vida sexualmente activa, por lo cual es pertinente mejorar el acceso a la información en salud sexual y reproductiva; así como sobre el uso de métodos anticonceptivo, con estrategias comunicacionales acordes al contexto socio cultural, servicios de consejería preconcepcional de calidad, que muestren privacidad y confianza.

Las situaciones de sobrepeso u obesidad, comorbilidades pueden conllevar a riesgos para la salud, por lo cual merece intervenciones sanitarias efectivas en promoción de la salud, atención primaria de salud y acceso a una alimentación saludable. La atención preconcepcional es clave para prevenir y controlar estos factores que influyen en la salud de la futura madre.

Referencias bibliográficas

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetricia. 25 ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2019. 1346 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso.Centro de prensa.Notas descriptivas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [updated 25 de septiembre del 2020; cited 26 de noviembre 2020]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.
3. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. Abortion worldwide 2017: uneven Progress and unequal AccessAbortion worldwide 2017: uneven Progress and unequal Access. 2018.
4. Favier Torres MA, Calzado Begué D, Manuel Yoba ÁH, Maynard Bermúdez R, Barbier Leyva A. Caracterización de adolescentes con aborto inducido en el Hospital Municipal de Libolo, Kwansa Sul, Angola. Revista Información Científica. 2018;97(2):244-52.
5. Pérez-Arciniegas E, Godoy-Albornoz D, Quiroz-Figuera D, Quiroz-Figuera D, Tovar-Thomas C, Romero-Herrera A, et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. Revista biomédica. 2016;27(1):3-9.
6. Guevara Ríos E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013. JRevista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016;62(1):19-30.
7. Guzmán Changanaquí A. La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y la salud pública. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017;63(3):409-11.
8. Instituto de Opinión Pública (IOP-PUCP). El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. 2018.
9. Aiquipa Durand YM. Características clínico-epidemiológicas y manejo del aborto en el hospital Regional del Cusco: abril-junio 2016. [Tesis de titulación].

Cusco-Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.

10. Rivero Navia MJ, Pintado Abad SV. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús Durant en el periodo de enero y febrero del 2017. [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
11. Pérez-Arciniegas E, Godoy-Albornoz D, Quiroz-Figuera D, Quiroz-Figuera D, Tovar-Thomas C, Romero-Herrera A, et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. Revista biomédica. 2016;27(1):3-9.
12. Huertas Toro MdlN. Características generales y obstétricas de pacientes con aborto espontáneo en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla – Callao 2018. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2019.
13. Mendez Carbonell RP. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia, Hospital La Caleta, 2018. [Tesis de titulación]. Chimbote-Perú: Universidad San Pedro, Facultad de Medicina Humana; 2019.
14. Guerrero Córdova I. Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes-Paita durante el período julio a diciembre 2017. [Tesis de titulación]. Piura-Perú: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
15. Ruiz de Somocurcio Cruzado CC. Caracteristicas clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas al procedimiento de la aspiración manual endouterina (AMEU) y legrado uterino, en el Hospital Maria Auxiliadora, en el período enero a diciembre de 2014. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
16. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. 478 p.
17. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2017. 624 p.

18. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 784 p.
19. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
20. Balandra Ortiz JI. Obstetricia y ginecología. 7 ed. Mexico: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla; 2017.
21. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
22. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
23. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
24. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial 250-2017/MINSA. Jesús María - Lima: MInisterio de Salud del Perú; 2017.
25. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
26. Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, et al. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. American journal of obstetrics and gynecology. 2015;213(5):688. e1-. e9.
27. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso ML, Boyle JA, Harrison CL, et al. Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. BMC medicine. 2018;16(1):153.
28. Romero-González B, Caparrós-González R-A, Strivens-Vílchez H, Peralta-Ramírez M-I. ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? Nutrición Hospitalaria. 2018;35:332-9.

29. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
30. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
31. Wikipedia. Distrito de Pichari. La Convención, Cusco. Wikipedia. The free encyclopedia: Fundación Wikimedia, Inc; 2018 [updated 28 feb 2021; cited 2021 10 marzo]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Pichari.
32. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
33. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
34. Martinez Montaño MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
35. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
37. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
38. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
39. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística

y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.

40. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.

41. Pimienta J, De la Orden A. Metodología de la investigación (3a. ed.): Pearson Educación; 2017.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020? **Problemas específicos** ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020? ¿Cuáles son las características ginecológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020? ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020?	**Objetivo general** Identificar las características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019 **Objetivos específicos** Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020. Identificar las características ginecológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020. Identificar las características obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.	El aborto en el transcurrir del tiempo se ha convertido en un problema de salud pública, con diversas factores causales o contribuyentes como los biológicos, sociales entre otros; así mismo ciertos factores relacionados que podrían estar influyendo son las débiles estrategias en salud sexual y reproductiva, la atención prenatal y las estrategias comunicacionales, esto por el escaso conocimiento de las características de las pacientes con aborto; por esta situación este tema no escapa de la realidad y de la práctica sanitaria. Conocer las características gineco-obstétricas, de las pacientes con aborto, permitirán comprender esta situación de salud desde un enfoque holístico a fin de plantear intervenciones sanitarias en educación para la salud y prevención que contribuyan a disminuir este problema; así mismo capacitar al personal de salud para contribuir a la solución del problema según el contexto socio cultural.	Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto.	Características sociodemográficas.	Edad de la paciente en años.	Edad de la paciente en años. Registrada en la historia clínica.	Menor o igual a 19 años (1). De 20 a 24 años (2). De 25 a 29 años (3). De 30 a 34 años (3). De 35 a más años (4).	**Nivel de investigación.** El nivel de investigación fue descriptivo. **Tipo de investigación.** Investigación transversal, descriptiva, retrospectiva. **Diseño de Investigación.** El diseño de la investigación fue descriptiva simple; se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental es obtener una interpretación correcta de la situación (35, 36). Donde: **M O** **M:** Pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari de La Convención, Cusco en el año 2020. **O:** Características gineco-obstétricas de las pacientes. **Población, muestra, muestreo** **La población.** La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, de la provincia de La Convención, Cusco en el año 2020; que según registros hospitalarios fueron un total de 51 pacientes. **Muestra.** La muestra fue censal.
					Nivel de Instrucción de la paciente.	Nivel de Instrucción de la paciente registrada en la historia clínica.	Sin Instrucción (1). Inicial (2). Primaria (3). Secundaria (4). Superior técnico (5). Superior universitario (6).	
					Estado civil de la paciente.	Estado civil de la paciente registrada en la historia clínica.	Soltera (1). Conviviente (2). Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5).	
					Tipo de ocupación de la paciente.	Tipo de ocupación de la paciente registrada en la historia clínica.	Nominal.	
					Índice de masa corporal pregestacional.	Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla)).	Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (≥30) (4).	
				Características ginecológicas.	Grupo de edad de la menarquia de la paciente.	Grupo de edad de la menarquia de la paciente en años, registrada en la historia clínica.	Nominal	
					Grupo de edad de la primera relación sexual.	Grupo de edad de la primera relación sexual en años, registrada en la historia clínica.	Nominal.	
					Número de parejas sexuales.	Número de parejas sexuales, registrada en la historia clínica.	Numérico.	
					Uso de métodos anticonceptivos hormonales antes del embarazo.	Uso de métodos anticonceptivos hormonales antes del embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal.	
					Uso de dispositivos intrauterinos antes del embarazo.	Uso de dispositivos intrauterinos antes del embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal.	
					Uso de métodos anticonceptivos de barrera antes del embarazo.	Uso de métodos anticonceptivos de barrera antes del embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal.	
				Características obstétricas.	Comorbilidad que presento la paciente.	Comorbilidad que presento la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.	
					Diagnóstico del tipo de aborto en la paciente.	Diagnóstico del tipo de aborto en la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.	
					Semanas de gestación al presentar el aborto.	Semanas de gestación al presentar el aborto, registrada en la historia clínica.	Numérico.	

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
					Antecedentes de la paciente. Numero de atenciones prenatales. Periodo intergenésico de la paciente. Número de embarazos incluido el actual. Paridad de la paciente.	Antecedentes de la paciente, registrada en la historia clínica. Numero de atenciones prenatales, registrada en la historia clínica. Periodo intergenésico de la paciente, registrada en la historia clínica. Número de embarazos incluido el actual, registrada en la historia clínica. Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.	Nominal. Numérico. Sin periodo intergenésico (1). Corto (menor a 18 meses) (2). Normal (de 18 a 60 meses) (3). Largo (mayor a 60 meses) (4). Numérico. Nulípara (1) Primípara (2) Multípara (3) Gran Multípara (4)	

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

FORMATO Nº 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS GÍNECO-OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO

Investigación: Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas y registros de atención en el año 2020; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrones o enmendaduras, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones, en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra observación.
Revisar las historias clínicas, luego en la ficha de recolección de datos, llenar la información solicitada o marque con una "X" según corresponda.

I. DATOS GENERALES

1.1. Ficha N° _____
1.2. Nombre del investigador de campo _____
1.3. Fecha del llenado: ____ /____/2020. Hora del llenado: ___:____ horas
1.4. Región de procedencia: _____
1.5. Provincia de procedencia: _____
1.6. Distrito de procedencia: _____
1.7. N° de Historia Clínica: _____

II. Características sociodemográficas:

2.1. Edad de la paciente con diagnóstico de aborto _____ años.
2.2. Nivel de Instrucción de la paciente:
  2.2.1. Sin instrucción (1)
  2.2.2. Inicial (2)
  2.2.3. Primaria (3)
  2.2.4. Secundaria (4)
  2.2.5. Superior técnico (5)
  2.2.6. Superior universitario (6)
2.3. Estado civil de la paciente:
  2.3.1. Soltera (1)
  2.3.2. Conviviente (2)
  2.3.3. Casada (3)
  2.3.4. Viuda (4)
  2.3.5. Divorciada (5)
2.4. Tipo de ocupación de la paciente: _____
2.5. Peso pregestacional de la paciente: _____ kilogramos.
2.6. Talla de la paciente: _____ metros.

III. Características ginecológicas de la paciente:

3.1. Edad de la menarquia de la paciente: _____ años.
3.2. Edad de la primera relación sexual: _____ años.
3.3. Número de parejas sexuales: _____
3.4. Uso de métodos anticonceptivos hormonales antes del embarazo.
Si (1) No (2)
3.5. Uso de dispositivos intrauterinos antes del embarazo.
Si (1) No (2)
3.6. Uso de métodos anticonceptivos de barrera antes del embarazo
Si (1) No (2)
3.7. Comorbilidad que presento la paciente.
1._____
2._____

IV. Características obstétricas de la paciente:

4.1. Diagnóstico del tipo de aborto en la paciente:
_____
4.2. Semanas de gestación al presentar el aborto: _____ semanas.
4.3. Antecedentes de la paciente:
a) Antecedente de aborto en la paciente (1)
b) Antecedente de cesárea en la paciente (2)
c) Antecedente de defectos congénitos en el producto de la concepción (3)
d) Otro antecedente (4) detallar: _____
4.4. Número de atenciones prenatales: _____
4.5. Periodo intergenésico de la paciente:
a) Sin periodo intergenésico (1)
b) Corto (menor a 18 meses) (2)
c) Normal (de 18 a 60 meses) (3)
d) Largo (mayor a 60 meses) (4)
4.6. Número de embarazos incluido el actual: _____
4.7. Número de partos de la paciente (antes del embarazo actual): _____

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020.
Investigador: Obsta. Prado Vallejo Nancy

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la **"Ficha de recolección de datos sobre características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto"** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
Variable general: Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto.						
Dimensión: Características sociodemográficas						
1	Edad de la paciente.					
2	Nivel de instrucción de la paciente.					
3	Estado civil de la paciente.					
4	Tipo de ocupación de la paciente.					
5	Índice de masa corporal pregestacional.					
Dimensión: Características ginecológicas						
1	Grupo de edad de la menarquia de la paciente.					
2	Grupo de edad de la primera relación sexual.					
3	Número de parejas sexuales.					
4	Uso de métodos anticonceptivos hormonales.					
5	Uso de dispositivos intrauterinos.					
6	Uso de métodos anticonceptivos de barrera.					
7	Comorbilidad que presento la paciente.					
Dimensión: Características obstétricas						
1	Diagnóstico del tipo de aborto.					
2	Semanas de gestación al presentar el aborto.					
3	Número de atenciones prenatales.					
4	Periodo intergenésico de la paciente.					
5	Número de embarazos incluido el actual.					
6	Paridad de la paciente antes del embarazo actual.					
7	Antecedente de la paciente.					

Recomendaciones:

……
……

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		**DNI N°**	
Dirección:		**Teléfono/Celular:**	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

_____

Firma

Lugar y Fecha ……..……

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creado por Ley Nº 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

……..……..
Director
Centro de Salud Pichari
Cusco

SD.

Yo, Obsta. Prado Vallejo, Nancy identificado (a) con D.N.I. N°……., Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las "Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2020".

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Pichari, 29 de octubre del 2020.

_____
Firma del Interesado