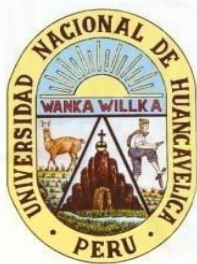


“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES
CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL II ESSALUD CARLOS TUPPIA
GARCÍA GODO DE AYACUCHO, JUNIO
DICIEMBRE DEL 2017.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:
OBSTA. VALENZUELA RETAMOZO, ERIN YANISSA

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

HUANCABELICA – PERÚ
2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los veintiún días del mes de diciembre a las 8:45 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

VALENZUELA RETAMOZO ERIN YANISSA

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Secretaria : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD CARLOS TUPPIA GARCIA GODO DE AYACUCHO, JUNIO DICIEMBRE DEL 2017.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 416-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 9:25 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad de Huancavelica, 21 de diciembre del 2020

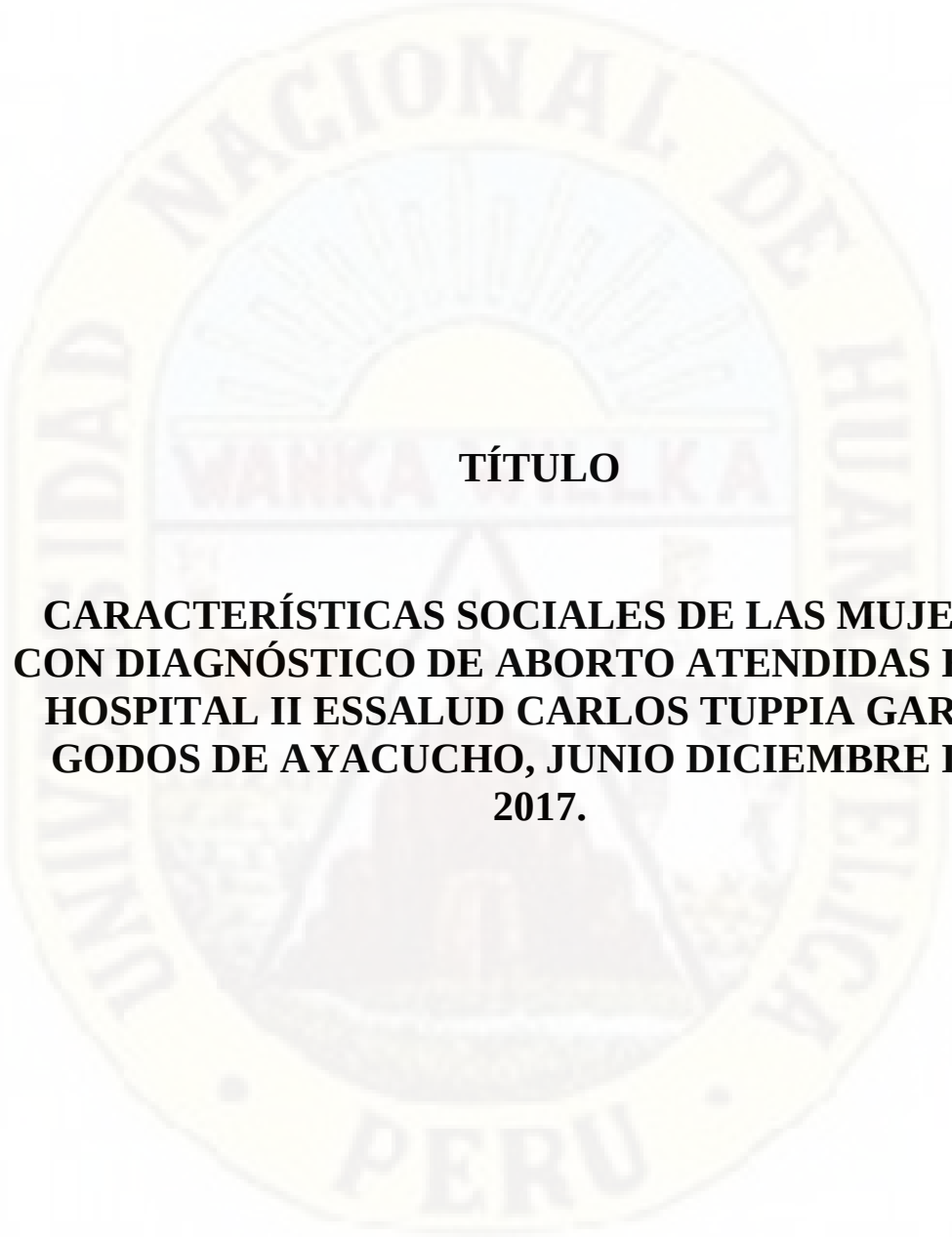
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
SECRETARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE
VOCAL

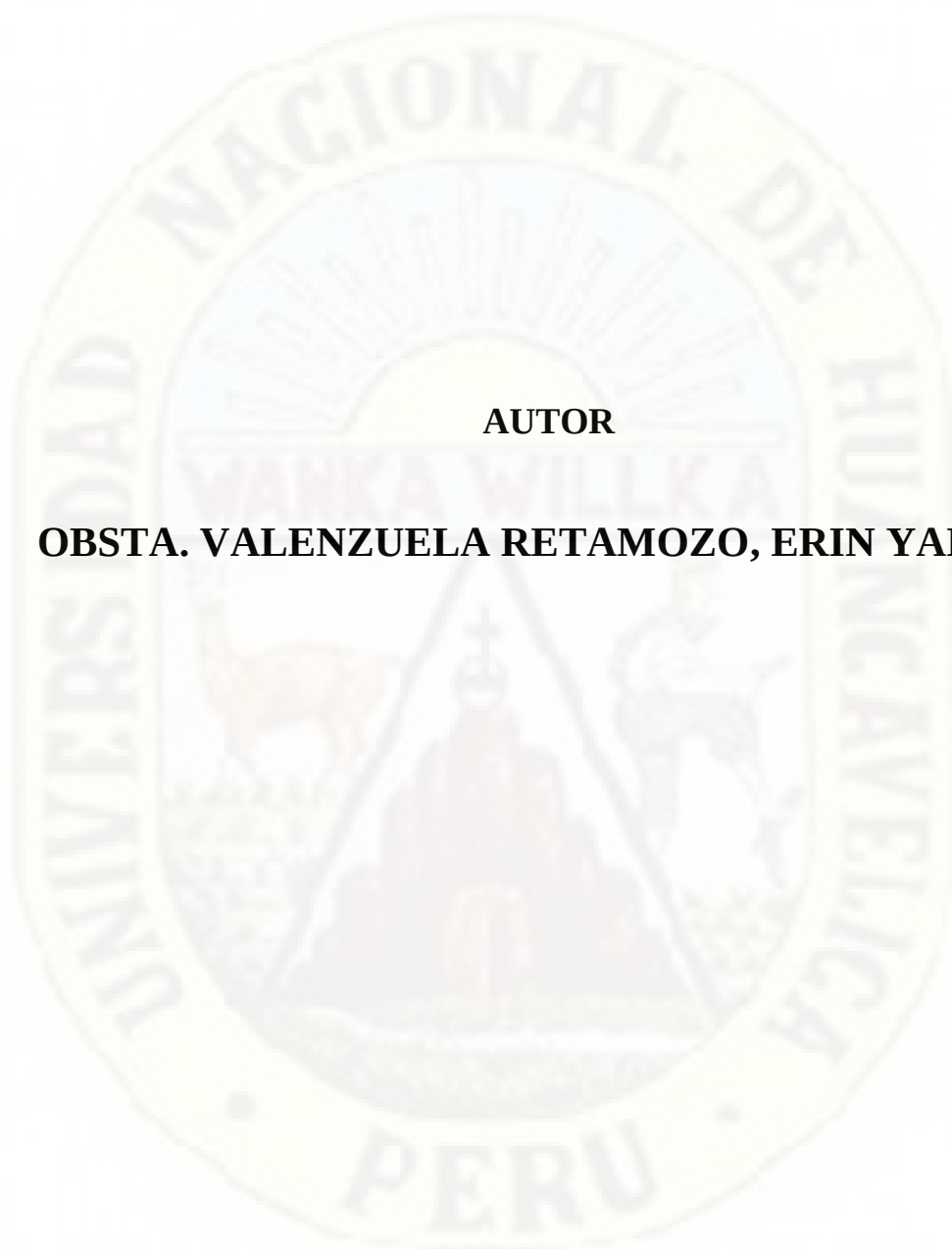
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
Kelly Yacira Riveros Laurente
OBSTETRA
COP: 36759
VºBº SECRETARIA DOC.



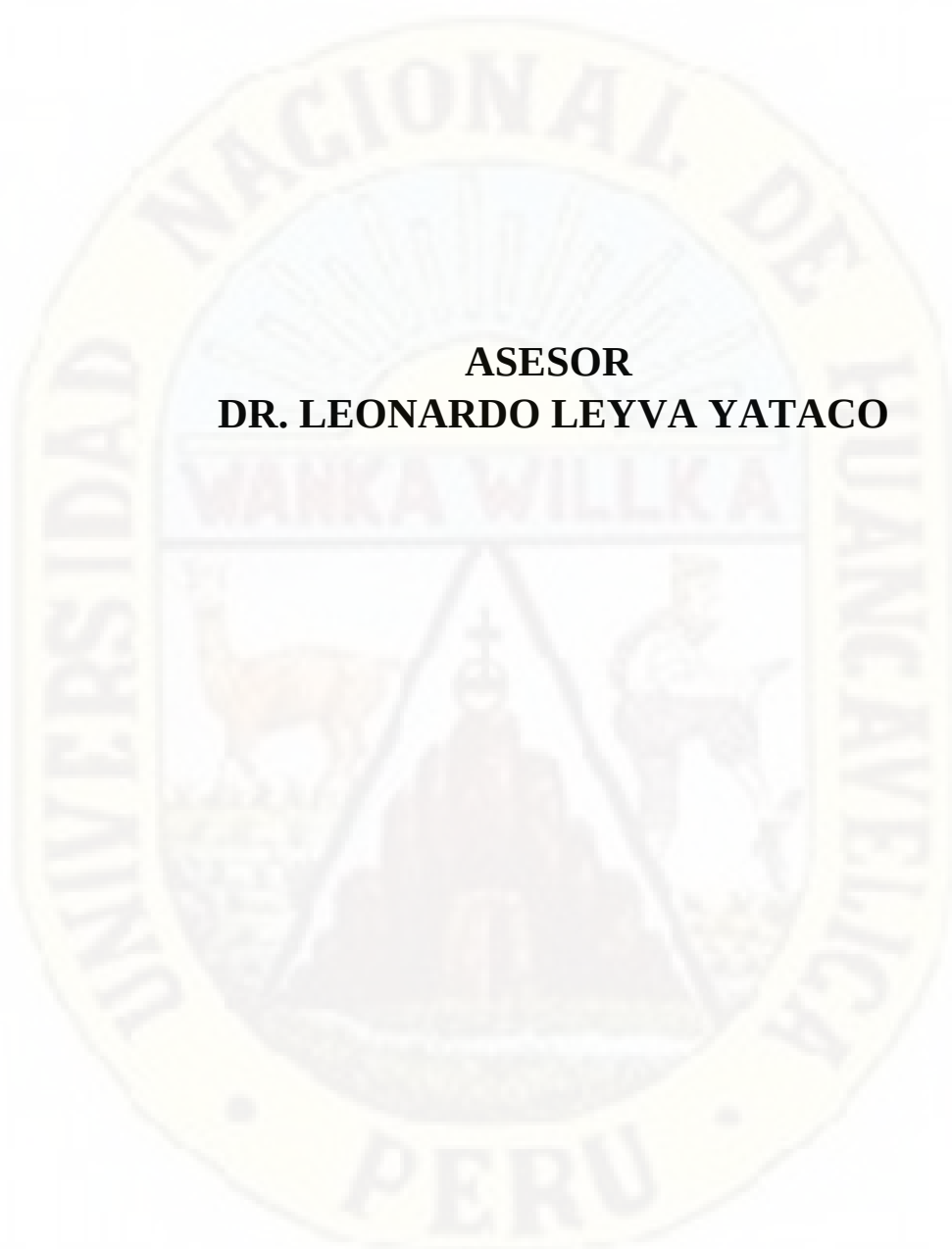
TÍTULO

**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES
CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II ESSALUD CARLOS TUPPIA GARCÍA
GODO DE AYACUCHO, JUNIO DICIEMBRE DEL
2017.**



AUTOR

OBSTA. VALENZUELA RETAMOZO, ERIN YANISSA



ASESOR
DR. LEONARDO LEYVA YATACO

DEDICATORIA

A mi esposo, por su comprensión y apoyo en el logro de mis objetivos profesionales.

A mis hijos, razón de ser y motivo de superación personal y profesional.

A mis padres, por el amor, esfuerzo y sacrificio entregado.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica por brindarnos las facilidades para el perfeccionamiento académico de los profesionales de nuestro país.

A los docentes de la Universidad Nacional de Huancavelica, por compartir su vasta experiencia, la misma que ha servido para consolidar nuestra vocación profesional.

A Dr. Leonardo Leyva Yataco, por el profesionalismo y apoyo desinteresado recibido en todo el proceso de asesoramiento del trabajo de investigación.

A los usuarios del Hospital II ESSALUD Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, por su valiosa colaboración en el recojo de información.

La autora.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
TÍTULO	iii
AUTOR.....	iv
ASESOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
TABLA DE CONTENIDOS	viii
TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema	16
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Objetivos de la investigación.....	19
1.4. Justificación	19

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	21
2.2. Bases teóricas.....	27
2.3. Definición de términos	60
2.4. Identificación de variables.....	61
2.5. Operacionalización de variables	62

CAPÍTULO III

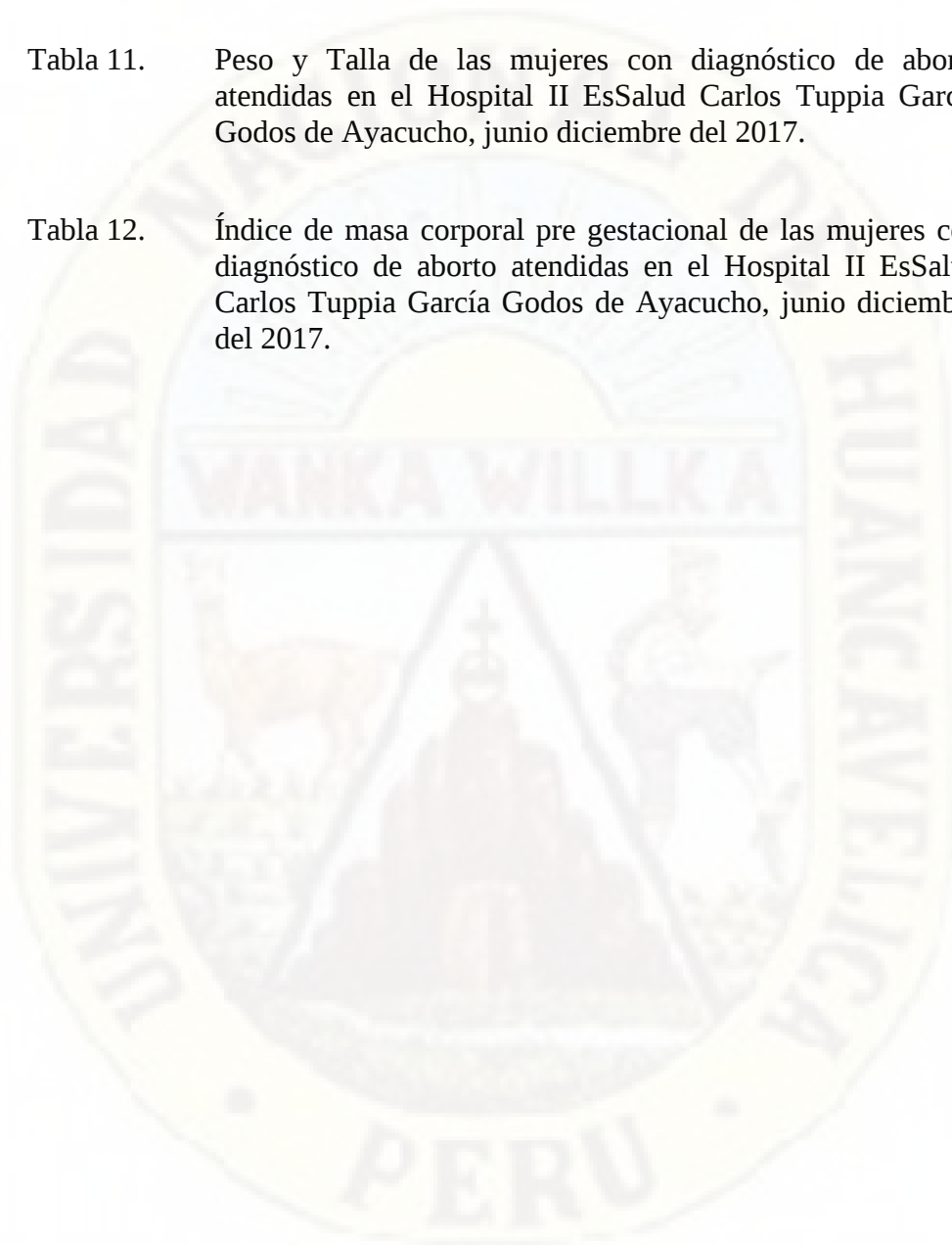
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.....	63
3.2. Nivel de investigación	63
3.3. Métodos de investigación	63
3.4. Diseño de investigación.....	64
3.5. Población, muestra y muestreo	65
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	65
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	66
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos	67
4.2. Discusión de resultados	79
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	87

TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS

Tabla 1.	Edad de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	56
Tabla 2.	Edad de la menarquia en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	57
Tabla 3.	Edad de la primera relación sexual en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	58
Tabla 4.	Número de parejas sexuales en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	59
Tabla 5.	Lugar de procedencia de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	60
Tabla 6.	Tipo de ocupación de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	61
Tabla 7.	Estado civil de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	62
Tabla 8.	Nivel Educativo de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	63
Tabla 9.	Paridad de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	64

Tabla 10.	Antecedente de aborto de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	65
Tabla 11.	Peso y Talla de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	66
Tabla 12.	Índice de masa corporal pre gestacional de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	67



RESUMEN

Objetivo. Determinar las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, junio a diciembre del 2017, que fueron un total de 149. La técnica utilizada fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** De todas las mujeres con diagnóstico de aborto, la edad promedio fue 33.6 años, el 90% tuvieron más de 25 años, el 50% tuvieron más de 34 años, la edad promedio de la menarquia fue 13.46 años, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 18.9 años, el 50% tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años, el 61.1% tuvieron una pareja sexual, el 31.5% tuvieron dos parejas sexuales y el 7.4% tuvieron tres parejas sexuales. El 87.9% fueron de la zona urbana y el 12.1% fueron de la zona rural. El 50.3% fueron profesionales, el 22.8% fueron amas de casa, el 11.4% fueron comerciantes, el 6.7% fueron estudiantes, el 6% fueron técnicas en enfermería o contabilidad y el 2.7% fueron personal de limpieza. El 49% fueron convivientes, el 27.5% fueron casadas y el 23.5% fueron solteras. El 8.7% tuvieron secundaria incompleta, el 12.8% tuvieron secundaria completa, el 13.4% tuvieron superior incompleta y el 65.1% tuvieron superior completa. El 47% fueron multíparas, el 39.6% fueron primíparas y el 13.4% fueron nulíparas. El 84.6% no tuvieron antecedente de aborto, el 15.4% tuvieron antecedentes de aborto, el peso promedio pregestacional fue 57.611 kg, el 50% tuvieron un peso menor de 58 kg, la talla promedio pregestacional fue 1.58 m, el 50% tuvieron una talla menor a 1.58 m, según el índice de masa corporal pregestacional, el 3.4% tuvieron bajo peso, el 91.3% tuvieron un índice de masa corporal normal, el 4.7% tuvieron sobrepeso y el 0.7% tuvieron obesidad. **Conclusiones.** la gran mayoría de las mujeres con diagnóstico de aborto fueron adultas, de nivel educativo superior, profesionales, de procedencia urbana, con un índice de masa corporal normal, la mitad tuvieron más de 34 años y su primera relación sexual fue después de los 18 años. Seis de cada diez tuvieron una pareja sexual y una buena proporción fueron multíparas.

Palabras clave: características sociales, aborto, diagnostico de aborto, aborto en mujeres.

ABSTRACT

Objective. To determine the social characteristics of women diagnosed with abortion treated at Hospital II EsSalud Carlos Tupppia García Godos de Ayacucho, June December 2017. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional, and descriptive. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all women with a diagnosis of abortion attended at the II EsSalud Hospital of Ayacucho, June to December 2017, which was 149. The technique used was the documentary analysis; the instrument was the data collection card. **Results:** Of all the women with a diagnosis of abortion, the average age was 33.6 years, 90% were more than 25 years old, 50% were over 34 years old, the average age of the menarche was 13.46 years, the average age of the first sexual intercourse was 18.9 years, 50% had their first sexual intercourse before age 18, 61.1% had a sexual partner, 31.5% had two sexual partners and 7.4% had three sexual partners. 87.9% were from the urban area and 12.1% were from the rural area. 50.3% were professionals, 22.8% were homemakers, 11.4% were merchants, 6.7% were students, 6% were nursing or accounting techniques and 2.7% were cleaning staff. 49% were cohabiting, 27.5% were married and 23.5% were single. 8.7% had incomplete secondary education, 12.8% had complete high school, 13.4% had incomplete upper secondary education and 65.1% had complete upper secondary education. 47% were multiparous, 39.6% were primiparous and 13.4% were nulliparous. 84.6% had no antecedent of abortion, 15.4% had antecedents of abortion, the average pre-pregnancy weight was 57.611 kg, 50% had a weight less than 58 kg, the average pre-pregnancy height was 1.58 m, 50% had a size less than 1.58 m, according to the pre-pregnancy body mass index, 3.4% had low weight, 91.3% had a normal body mass index, 4.7% were overweight and 0.7% had obesity. **Conclusions:** The vast majority of women diagnosed with abortion were adults, of higher educational level, professionals, of urban origin, with a normal body mass index, half were over 34 years old and their first sexual relationship was after 18 years. Six out of ten had a sexual partner and a good proportion were multiparous.

Keywords: social characteristics, abortion, diagnosis of abortion, abortion in women.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informo que del 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año; La OMS y el Instituto Guttmacher publicaron en The Lancet, que la mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (2).

En Europa y Asia; de los 45 países estudiados sobre la distribución de los abortos por grupos de edad, encontraron que para 18 de estos países, la mayor proporción de abortos ocurrió en mujeres en edades de 20–24 años (21–34%), para otros 13 países, la mayor proporción de los abortos tuvieron lugar en las mujeres de 25–29 años (22–34%); y para seis países, las proporciones más grandes se observaron en mujeres en edades de 30–34 años (22–26%) (4).

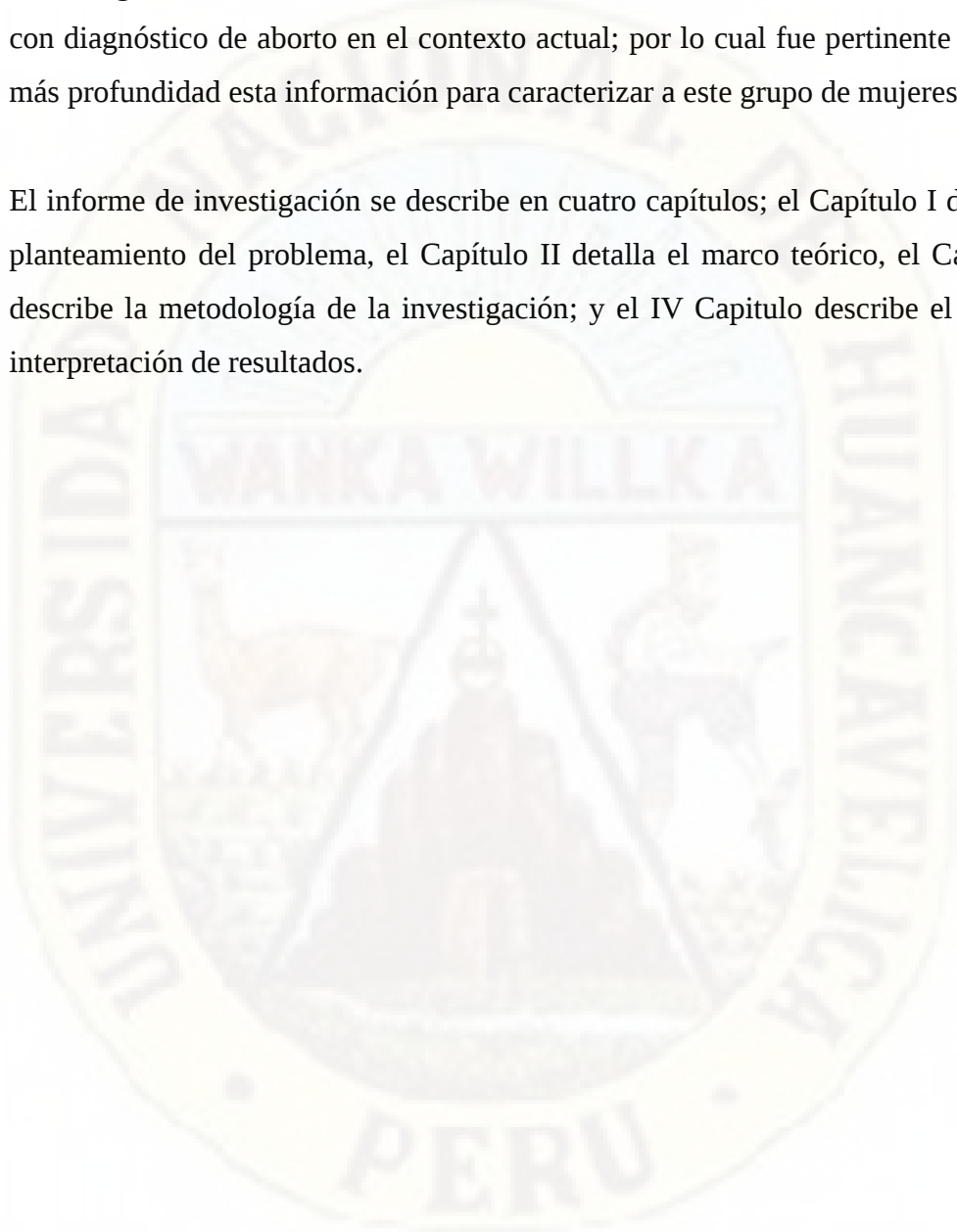
En América Latina y el caribe, la tasa de aborto fue aproximadamente de 48 por 1,000 para las mujeres casadas y 29 por 1,000 para las mujeres solteras (5).

Luis Távara Orozco, plasmó en un informe que, de un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400.000 mil terminan en abortos que generan la muerte de un 15% de mujeres; la probabilidad de hospitalización es más alta si la mujer es pobre: el 13,6% de las mujeres que abortan viven en de poblaciones urbanas y el 18,5 % en poblaciones rurales. Según los servicios de salud, un 62% son mujeres menores de 30 años, y de este porcentaje, un 14% son menores de 20 años. Más del 50% de las mujeres recurre al aborto porque no desea ser madre, y un 28% es por razones económicas (7).

Existen múltiples factores y diferentes características de las mujeres que abortan lo que involucra no solo aspectos emocionales y psicológicos; sino también los aspectos personales, culturales, sociales, demográficos, económicos, biomédicos, ambientales entre otros.

En la región Ayacucho y específicamente en la jurisdicción del Hospital II EsSalud de Huamanga; no se tiene información sobre las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto en el contexto actual; por lo cual fue pertinente conocer a más profundidad esta información para caracterizar a este grupo de mujeres.

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 Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

El aborto se define como la expulsión o extracción uterina de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos; peso que corresponde a una gestación menor de 22 semanas, debido a que es un problema de salud pública, que ha tomado mayor importancia en la última década debido a ser también una problemática social (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), del 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Guttmacher publicado por The Lancet. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (2). Según la OMS Hubo 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad. Un 25% de los embarazos acabaron en aborto provocado. Según los cálculos, cada año hubo en el mundo unos 25 millones de abortos sin condiciones de seguridad, casi todos ellos en países en desarrollo; 3 de cada 4 abortos practicados en África y América Latina discurrieron sin condiciones de seguridad (3).

En Europa y Asia; de los 45 países estudiados sobre la distribución de los abortos por grupos de edad, encontraron que para 18 de estos países, la mayor proporción de abortos ocurrió en mujeres en edades de 20–24 años (21–34%), para otros 13 países, la mayor proporción de los abortos tuvieron lugar en las mujeres de 25–29 años (22–34%); y para seis países, las proporciones más grandes se observaron en mujeres en edades de 30–34 años (22–26%). En los

tres países restantes los patrones por edad son algo diferentes: en Hong Kong y Letonia, las mismas proporciones de abortos ocurrieron en los grupos etarios de 20–24 y 25–29 años; 21% cada uno en Hong Kong y 23% cada uno en Letonia, respectivamente. Las adolescentes, definidas aquí como personas de 15–19 años de edad, representaron una mayor parte de los abortos en relación con su población en 11 países (4).

En América Latina y el caribe, la tasa de aborto es aproximadamente de 48 por 1,000 para las mujeres casadas y 29 por 1,000 para las mujeres solteras. La proporción del total de embarazos que terminan en aborto aumentó entre 1990–1994 y 2010–2014, de 23% a 32% (5).

Souza encontró que las adolescentes se encuentran con cuatro veces más riesgo de terminar en un aborto provocado, otros factores que se relacionaron con el aborto fueron la no utilización de métodos anticonceptivos, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el no apoyo de la familia, de la pareja y la falta de recursos económicos (6).

Luis Távara Orozco coordinador del Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), plasmó en un informe que, de un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400.000 mil terminan en abortos que generan la muerte de un 15% de mujeres; la probabilidad de hospitalización es más alta si la mujer es pobre: el 13,6% de las mujeres que abortan viven en de poblaciones urbanas y el 18,5 % en poblaciones rurales. Según los servicios de salud, un 62% son mujeres menores de 30 años, y de este porcentaje, un 14% son menores de 20 años. Más del 50% de las mujeres recurre al aborto porque no desea ser madre, y un 28% es por razones económicas (7).

Existen múltiples factores y diferentes características de las mujeres que abortan lo que involucra no solo aspectos emocionales y psicológicos; sino

también los aspectos personales, culturales, sociales, demográficos, económicos, biomédicos, ambientales entre otros.

En la región Ayacucho y específicamente en la jurisdicción del Hospital II EsSalud de Huamanga; no se tiene información sobre las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto en el contexto actual; por lo cual fue pertinente conocer a más profundidad esta información para caracterizar a este grupo de mujeres con la finalidad de poder implementar diversas acciones estratégicas acordes al contexto socio cultural que permitan contribuir a la salud de la mujer de manera integral, mejorar la calidad de atención conociendo las características de nuestra población pacientes. Conociendo las características de las mujeres las acciones implementadas pueden contribuir a prevenir y/o evitar el porcentaje de abortos y sus complicaciones.

Esta patología ha sido poco estudiada tanto a nivel regional, local y como problema de salud pública; por lo cual requiero investigarse de manera concienzuda desde sus diferentes aristas; ya que sus resultados permitirán tomar decisiones, implementar estrategias integrales en salud y monitorear las acciones que aporten a la reducción de abortos. En el nivel comunitario, distrital, provincial y regional.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la distribución por grupos etarios de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017?

- ¿Cuál es la distribución por características sociales de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la distribución por grupos etarios de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.
- Determinar la distribución por características sociales de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

1.4. Justificación

El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características sociales de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017, ya que el aborto en si es un problema de salud que puede conducir a una muerte materna por sus complicaciones y sus implicancias constituyen un problema de salud pública, que afecta a gran parte de las mujeres en edad fértil.

Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características sociales en su contexto actual; lo que permitirá implementar

mejoras en las actividades de intervención; que contribuyan a la disminución del aborto en las mujeres en edad fértil, fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción de una vida saludable y la prevención de la enfermedad, adoptando incluso una actitud más responsable hacia la vida sexual; por otra parte servirá para que los profesionales tengan un conocimiento de las condiciones sociales en las que viven las mujeres en edad fértil. Del mismo modo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Andrade (8); investigo sobre el perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, El estudio lo realizo en el hospital general Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena durante el periodo del 2014 a 2016, Su objetivo fue analizar el perfil epidemiológico y clínica del aborto en pacientes de 15 a 25 años de edad en pacientes ingresadas al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Métodos: La investigación fue descriptiva con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, corte transversal y retrospectivo con el método de observación y analítico para dar una información sobre el tema del aborto, Se escogió una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de aborto, Resultados: De las 100 pacientes con diagnóstico de aborto el 55% fueron estudiantes, el 20% comerciantes, el 12% no tenían ocupación, el 11% tenían de ocupación el hogar y el 1% fueron profesionales y otros, El 61% fueron de procedencia rural y el 39% del área urbana, En cuanto al nivel de instrucción de las pacientes en estudio con diagnóstico de aborto, el 41% estaban cursando o aun no culminan la secundaria, el 30% terminaron la primaria, pero por algunos factores no han ingresado a secundaria, el 25% lo ocupa aquellas que están en su nivel superior de educación y el 4% no han recibido algún tipo de educación, El 74% fueron solteras, el 15% mujeres con unión libre, el 10% fueron casadas y el 1% divorciadas, Con respecto al rango de edad de las pacientes el 41% estuvieron en el grupo de 15 a 16 años, el 17% estuvieron en el grupo de 17 a 18 años, el 14% estuvieron en el grupo de 19 a 20 años, el 11% estuvieron en el grupo de 21 a 22 años y las ultimas proporciones se encontraron en los grupos comprendido de 23 a 24 años con el 7%, Conclusión: El aborto

sigue siendo un problema de alto impacto en Salud Pública debido a su incidencia y eventuales complicaciones (relacionadas diversos factores de riesgo maternos, ovulares o fetales, entre otros, Su manejo general debe ser, por lo tanto, de ser un tema importante a tratar de todo el equipo de salud, particularmente a nivel de atención primaria y urgencia.

Adjei et al (9); Investigaron sobre Predictores de abortos en Ghana rural: un estudio transversal, Ghana, 2015, El estudio exploró la influencia de las características sociodemográficas en los abortos en 156 comunidades dentro del área de Kintampo Health and Demographic Surveillance System (KHDSS) ubicada en la parte central de Ghana, De este total, 2197 mujeres informaron sobre los resultados de 2723 embarazos ocurridos durante el período, El número de casos de abortos (inducidos y espontáneos) y abortos inducidos fue de 370 (13,6%) y 101 (3,7%) respectivamente, Las mujeres solteras tenían más probabilidades de tener un aborto en comparación con las mujeres casadas (aOR = 1,77, IC del 95% [1,21-2,58], p = 0,003), Las mujeres de 20 a 29 años tuvieron un 43% menos de probabilidades de tener un aborto en comparación con aquellas de edades comprendidas entre 13 y 19 años (aOR = 0,57, IC del 95% [0,34-0,95], p = 0,030), Las mujeres con educación primaria, intermedia y secundaria (JHS) y al menos la educación secundaria tenían mayores probabilidades de tener aborto en comparación con las mujeres sin educación, En comparación con las mujeres más pobres, las mujeres más ricas tenían tres veces más probabilidades de tener aborto, Las mujeres solteras tenían mayores probabilidades de tener un aborto inducido en comparación con las mujeres casadas (aOR = 7,73, IC del 95% [2,79-21,44], p <0,001), Las mujeres entre 20-29 años, 30-39 años y 40-49 años tenían menos probabilidades de tener aborto inducido en comparación con los 13-19 años de edad.

López y Morales (10); investigaron sobre la frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital

“Homero Castanier Crespo” en el año 2013, Cuenca-Ecuador, Objetivo: Establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficos asociados en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre Enero – Diciembre de 2013, Metodología: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues y en su departamento de Emergencia y Gineco Obstetricia; se revisaron todas las historias clínicas de pacientes atendidas por aborto durante el periodo enero de 2013 hasta diciembre de 2013, se recolectaron las siguientes variables edad, residencia, estado civil, instrucción, religión, características obstétricas, tipo de aborto y anticoncepción; la información fue procesada a través de una base de datos elaborada y codificada en el programa SPSS versión 19, Resultados: La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%, Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%, El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido, Conclusiones: La prevalencia de aborto es elevada en el Hospital Homero Castanier Crespo y su caracterización no es diferente a la reportada en la bibliografía.

Guerrero (11); investigo sobre las 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, Su objetivo fue 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, Metodología: El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional,

Resultados: 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.

Sandoval (12); investigo sobre la prevalencia de aborto en usuarias atendidas en el centro de salud I – 4 Santa Clotilde - río Napo entre enero y setiembre del 2017, Su objetivo fue determinar la prevalencia y características de usuarias atendidas que tuvieron aborto en el C,S, I – 4 Santa Clotilde, Metodología: El presente estudio es de tipo no experimental de diseño descriptivo transversal retrospectivo, Resultados: El aborto es un problema de salud presente y real en Santa Clotilde – río Napo, debido a los casos considerables de estas, 88 en total, durante los meses de enero a setiembre del 2017, fue mayor en el mes de julio con una frecuencia de 14 (15,9%) y la menor fue en el mes de febrero solo con una frecuencia de 5 (5,8%) entre mujeres de 18 y 35 años con una frecuencia de 67 (76,1 %), el 80,7 % fueron convivientes y solo el 6,8 % eran casadas, el 80,7 % fueron convivientes y solo el 6,8 % eran casadas, el mayor porcentaje de abortos se dio entre las semanas <12 con una frecuencia de 69 (78,4%) y la

menor fue a las 17 y 22 semanas (6,9%), y que la mayoría de usuarias ya tuvo una experiencia previa con el aborto evidenciándose una frecuencia de 61 (69,3%) y aquellas que tuvieron igual o más de cuatro solo 3 usuarias (3,4%), está claro que aquellas mujeres que ya tuvieron experiencias previas con el aborto ya sea provocado o no (no es motivo de estudio) son las que están más propensas a volver a repetir el episodio, Conclusión: El aborto es un problema de salud presente y real en Santa Clotilde – río Napo, debido a los casos considerables de estas, 88 en total, durante los meses de enero a setiembre del 2017, motivo por el cual necesita priorizarse campañas de educación sexual y métodos anticonceptivos.

Huanca y Quispe (13); investigaron sobre las características personales, familiares, sociales y gineco-obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora, Objetivo: determinar las características personales, familiares, sociales y gineco- obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora - Lima, 2017, Método: el estudio fue observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, cuantitativo y básico, La población estuvo constituida de 45 adolescentes en el periodo de abril a junio del 2017, La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento, un cuestionario, Resultados: la edad promedio fue de $17,2 \pm 1,5$ años, 30 (66,7%) eran solteras; 29 (64,4%) tenían secundaria, En relación, a quién le comunicaron su embarazo, 18 (40,0%) comunicó a su madre, 17 (37,8%) a su pareja, Referente, a reacción de los padres a la noticia de embarazo, 35 (77,8%) mostraron rechazo y 10 (22,2%) lo apoyaron, Con respecto a la reacción de los padres al aborto, 29 (64,4%) brindaron consuelo, 8 (17,8%) mostraron apoyo, En relación a violencia familiar, 39 (88,7%) no violencia familiar, 6 (13,3%) si lo tuvo, Respecto al motivo de la primera relación sexual, 14 (31,1%) por decisión propia, 8 (17,8%) por deseo de ser madre, En lo referente a, orientación temas de planificación familiar, 20 (44,4%) respondieron que no, 25 (55,6%) que sí, La edad gestacional promedio, fue de $7,87 \pm 3,1$ semanas; la edad promedio del inicio de relaciones

sexuales, fue de $15,36 \pm 1,7$ años; el número promedio de parejas sexuales, $1,38 \pm 0,65$; y, el número promedio de abortos fue de $1,09 \pm 0,28$, Sobre el uso de algún método anticonceptivo, 37 (82,2%) lo negaron, 8 (17,8%) respondieron que si utilizaban un método, Conclusiones: en características personales: en promedio 17 años, la mayoría eran solteras, con grado de instrucción secundaria, procedentes de la costa y de ocupación ama de casa, Características familiares: la mayoría vivían con sus padres, comunicaron su embarazo a su madre, la reacción de los padres ante la noticia de embarazo fue de rechazo, a la noticia de aborto fue de consuelo, la mayor parte de sus padres trabajan, vivían en unión familiar, ellos con grado de instrucción secundaria, no refirieron violencia familiar, tampoco agresión física, el ingreso económico fue superior a S/ 850, no refirieron consumo de tóxicos en el ámbito familiar y la mayoría no tiene pareja en la actualidad, Características sociales: pareja con edad promedio de 21 años, todos trabajaban, no tenían hijos, la primera relación sexual fue por decisión propia, no tuvieron orientación en temas de planificación familiar y la mayor parte no tenían apoyo de su pareja, Características gineco- obstétricas: edad gestacional promedio de 7 semanas, edad promedio de inicio de relaciones sexuales 15 años, en promedio una pareja sexual, un aborto, en general no utilizaron un método anticonceptivo.

Tarqui et al (14); investigaron sobre la prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima –Perú, 2006, Con el objetivo de estimar la prevalencia y determinar los factores asociados al intento de interrumpir el embarazo en mujeres con antecedente de embarazo, La muestra incluyó a 1057 mujeres con antecedente de embarazo que habitaban en Pamplona Alta, seleccionadas a través del muestreo probabilístico sistemático, Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial, incluyendo un modelo de regresión logística, Obtuvieron como resultados que la prevalencia de la intención de interrumpir su embarazo fue 13,9% (IC 99%: 11,1-16,7), Al efectuarse un análisis multivariado, se encontró que los factores asociados fueron: embarazo no deseado (OR=5,7; IC: 1,9-

16,7), la falta de atención prenatal (OR=4,7; IC: 1,8-12,2), la prostitución (OR=11,4; IC: 1,5-87,9), tener menos de 20 años (OR=2,9; IC: 1,1-7,9) y tener más de dos parejas (OR=3,3; IC:1,1-10,2), Concluyeron que la prevalencia estimada del intento de interrumpir el embarazo en mujeres con antecedente de embarazo en una zona urbano marginal de Lima es baja si se compara al estimado nacional de abortos, Los factores asociados al intento de interrumpir el embarazo son: el embarazo no deseado, prostitución, tener menos de 20 años, tener más de dos parejas y la falta de atención prenatal.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto

El aborto se define como la expulsión o extracción uterina de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos; peso que corresponde a una gestación menor de 22 semanas, debido a que es un problema de salud pública, que ha tomado mayor importancia en la última década debido a ser también una problemática social (1).

La palabra aborto se deriva del latín aboriri, abortar, El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal, En inglés existen dos términos para referirse al aborto, miscarriage y abortion, que son sinónimos; Sin embargo, en general el término abortion se utiliza para referirse a la interrupción inducida del embarazo, por lo que se prefiere utilizar miscarriage para referirse a la expulsión espontánea del feto; Existen términos nuevos generados por el uso extendido de la ecografía y las concentraciones de gonadotropina coriónica humana que permiten identificar a los embarazos incipientes e incluyen el aborto del primer trimestre y falla al inicio del embarazo (15).

Los términos que se han utilizado en la clínica durante muchos decenios por lo general se utilizan para describir a los abortos más tardíos. Éstos comprenden:

1. Aborto espontáneo: esta categoría incluye a la amenaza de aborto, el aborto inevitable, el incompleto o completo y el aborto retenido (diferido); El término aborto séptico se utiliza para referirse a cualesquiera de los anteriores que además se complican por una infección (15).
2. Aborto recurrente: este término tiene definiciones variables, pero tiene la intención de identificar a mujeres con abortos espontáneos repetidos para corregir cualquier factor de fondo y así obtener un recién nacido viable (15).
3. Aborto inducido: este término se utiliza para describir a la interrupción quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad (15).

2.2.2. Aborto espontáneo

2.2.2.1. Patogenia

Más de 80% de los abortos espontáneos ocurre en las primeras 12 semanas de la gestación; En los abortos del primer trimestre, el embrión o feto casi siempre muere antes de su expulsión espontánea; La muerte por lo general se acompaña de hemorragia en la decidua basal; A continuación, se necrosan los tejidos adyacentes, lo que estimula las contracciones uterinas y la expulsión; El saco gestacional íntegro se encuentra lleno de líquido y puede contener o no un embrión o feto; Por consiguiente, la clave para establecer la causa de un aborto incipiente es determinar la causa de la muerte fetal; Por el contrario, en los abortos tardíos el feto no suele morir antes de su expulsión y por lo tanto se deben buscar otras explicaciones (15).

2.2.2.2. Frecuencia

Las estadísticas en cuanto a la frecuencia del aborto espontáneo varían según la rapidez con que se hace el diagnóstico; Wilcox et al (1988) estudiaron a 221 mujeres sanas durante 707 ciclos menstruales y encontraron que 31% de los embarazos se abortaron después de su implantación; Utilizaron análisis altamente específicos para detectar concentraciones mínimas de β -hCG sérica materna y observaron que 66% de estos abortos tan prematuros son silenciosos desde el punto de vista clínico (15).

En la actualidad, se conocen factores que repercuten en el aborto espontáneo que se manifiesta, pero no se sabe si éstos son los mismos factores que repercuten en los abortos silenciosos; Por ejemplo, el índice de abortos clínicos casi se duplica cuando cualquiera de los padres tiene más de 40 años de edad (Gracia, 2005; Kleinhaus, 2006); No obstante, se desconoce si el aborto silencioso también recibe la influencia de la edad de los padres (15).

2.2.2.3. Factores fetales

Cerca de 50% de los abortos es de tipo anembriónico, esto es, sin elementos embrionarios identificables; También se puede utilizar el término saco vacío, pero es menos preciso (Silver, 2011); El otro 50% corresponde a abortos embrionarios, que por lo general exhiben alguna malformación congénita del cigoto, embrión, feto o, en ocasiones, placenta; De los abortos embrionarios, la mitad de éstos 25% de todos los abortos, posee anomalías cromosómicas y por lo tanto son abortos aneuploides; Los demás son abortos euploides, esto es, con un complemento cromosómico normal (15).

2.2.2.4. Factores maternos

Las causas de los abortos euploides se conocen poco, pero se han atribuido a diversas enfermedades, alteraciones ambientales y anomalías congénitas (15, 16).

Infecciones

Muchos virus, bacterias y otros microorganismos frecuentes que invaden al ser humano sano pueden provocar abortos; Muchos son generalizados e infectan a la unidad feto placentaria por vía hematológica; Otros provocan una infección circunscrita a través de infección o colonización genitourinaria; Sin embargo, pese a las infecciones numerosas que se adquieren durante el embarazo, éstas rara vez provocan abortos al principio de la gestación; Las infecciones por *Brucella abortus*, *Campylobacter fetus* y *Toxoplasma gondii* inducen abortos en el ganado, pero su función en el embarazo del ser humano se desconoce (Feldman, 2010; Hide, 2009; Mohammad, 2011; Vilchez, 2014); Al parecer las infecciones por *Listeria monocytogenes*, parvovirus, citomegalovirus o virus de herpes simple no son inductoras de abortos (Brown, 1997; Feldman, 2010); Una posible excepción es la infección por *Chlamydia trachomatis*, que se detectó en 4% de los abortos frente a <1% de los testigos (Baud, 2011); Otra es la infección polimicrobiana por la enfermedad periodontal, que se ha vinculado con un riesgo entre dos y cuatro veces mayor (Holbrook, 2004; Moore, 2004; Xiong, 2007) (1).

La información sobre el vínculo entre otras infecciones y la mayor frecuencia de abortos es contradictoria; Algunos ejemplos son Mycoplasma y Ureaplasma (Quinn, 1983a,b; Temmerman, 1992); Otra es la relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Quinn, 1983a,b; van Benthem, 2000); Oakeshott et al (2002) encontraron cierta relación entre el aborto del segundo trimestre y vaginosis bacteriana, mas no entre el aborto del primer trimestre y la amenaza de parto pretérmino (15, 16).

Enfermedades

En general, los abortos del primer trimestre rara vez son secundarios a enfermedades crónicas como tuberculosis o carcinomatosis; Existen unas cuantas enfermedades que quizá están vinculadas con un mayor número de abortos del primer trimestre; La diabetes mellitus y las enfermedades tiroideas se describen más adelante; Otro ejemplo es la enfermedad celiaca, que provoca abortos recurrentes y esterilidad masculina y femenina (Sharshiner, 2013; Sher, 1994); La cardiopatía cianógena sin reparar probablemente aumenta el riesgo de abortar y, en algunos casos, este riesgo persiste después de la reparación (Canobbio, 1996); Los trastornos alimenticios, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa también se han vinculado con subfertilidad, parto pretérmino y restricción del crecimiento fetal; Sin embargo, su vínculo con el aborto no ha sido estudiado lo suficiente (Andersen, 2009; Sollid, 2004); La enfermedad inflamatoria intestinal y el lupus eritematoso generalizado probablemente también aumentan el riesgo (Al Arfaj, 2010; Khashan, 2012); Aparentemente la hipertensión crónica no confiere un riesgo significativo (Ankumah, 2013); En las mujeres con antecedente de abortos recurrentes la

frecuencia de retraso del crecimiento fetal es mayor y quizá están relacionadas (Catov, 2008); Otro posible vínculo con las vasculopatías es que las mujeres con abortos múltiples tienen más probabilidad de padecer más adelante un infarto del miocardio (Kharazmi, 2011) (1).

Fármacos; Muy pocos medicamentos han sido estudiados en cuanto a su función en el aborto del primer trimestre; Los anticonceptivos orales y los espermicidas utilizados en cremas y jaleas anticonceptivas no tienen relación con la frecuencia de los abortos; Asimismo, los antiinflamatorios no esteroideos y el ondansetrón tampoco están vinculados (Edwards, 2012; Pasternak, 2013); En el embarazo con un dispositivo intrauterino (IUD, intrauterine device) el riesgo de aborto es mayor, específicamente de un aborto séptico; Con los IUD más modernos, Moschos y Twickler (2011) encontraron que solo 6 de 26 embarazos íntegros se abortaron antes de las 20 semanas; Por último, en los estudios no se ha demostrado una mayor frecuencia de abortos con vacuna de conjugado meningocócico ni vacuna trivalente inactivada de influenza (Irving, 2013; Zheteyeva, 2013) (1).

Cáncer. Las dosis radioterapéuticas indudablemente son abortivas, pero se desconocen las dosis exactas; Según Brent (2009), la exposición a < 5 rads no aumenta el riesgo; Las mujeres que sobreviven a un cáncer y que recibieron tratamiento previo con radioterapia abdominopélvica, posteriormente tienen mayor riesgo de sufrir abortos; Wo y Viswanathan (2009) publicaron un riesgo entre dos y ocho veces mayor de padecer abortos, recién nacidos con bajo peso al nacer y restricción en el crecimiento, parto de

pretérmino y mortalidad perinatal en las mujeres que recibieron tratamiento previo con radioterapia; Hudson (2010) encontró mayor riesgo de padecer abortos en las mujeres que recibieron radioterapia y quimioterapia por un cáncer durante la infancia (15).

Los efectos de la quimioterapia como abortivos no han sido definidos. Las más preocupantes son las mujeres con un embarazo que al principio es normal, pero reciben un tratamiento erróneo con metotrexato por un supuesto embarazo ectópico. En una publicación de ocho casos de este tipo, dos fetos de tamaño viable padecían malformaciones múltiples. En los seis casos restantes, tres sufrieron aborto espontáneo o inducido (Nurmohamed, 2011) (15, 16).

Diabetes mellitus

Los efectos abortivos de la diabetes no controlada son bien conocidos; La glucemia controlada mitiga gran parte del efecto; La frecuencia de aborto espontáneo y malformaciones congénitas mayores es mayor en las mujeres con diabetes insulino dependiente; Este riesgo es directamente proporcional a la glucemia cerca del momento de la concepción y el control metabólico (15).

Enfermedades tiroideas

Desde hace tiempo se ha sospechado que estas enfermedades provocan abortos en el primer trimestre y otros resultados adversos del embarazo; La deficiencia grave de yodo, que es rara en los países desarrollados, aumenta la frecuencia de abortos (Castañeda, 2002); Las mujeres con frecuencia padecen distintos grados de

insuficiencia de hormona tiroidea; Aunque el hipotiroidismo manifiesto, el de peor pronóstico, es raro durante el embarazo, el hipotiroidismo subclínico tiene una frecuencia de 2 a 3% (Casey, 2005; Garber, 2012); Ambos son producidos casi siempre por tiroiditis de Hashimoto autoinmunitaria, en la que tanto la frecuencia como la gravedad disminuyen con la edad; Pese a esta prevalencia, el riesgo de abortar por hipotiroidismo aún se desconoce (Krassas, 2010; Negro, 2010); Dicho lo anterior, De Vivo (2010) publicó que la deficiencia subclínica de hormona tiroidea quizá provoca abortos incipientes en el primer trimestre (15, 16).

La prevalencia de una concentración sérica anormalmente elevada de anticuerpos peroxidasa tiroidea o tiroglobulina es de aproximadamente 15% en las embarazadas (Abbassi-Ghanavati, 2010; Haddow, 2011); A pesar de que la mayoría de estas mujeres es eutiroides, las que padecen hipotiroidismo clínico tienden a una concentración más elevada de anticuerpos; No obstante, incluso en las mujeres eutiroides, los anticuerpos constituyen un indicador de más abortos (Benhadi, 2009; Chen, 2011; Thangaratnam, 2011); Esto ha sido confirmado en dos estudios prospectivos y los datos preliminares de uno de ellos sugieren que el complemento de tiroxina reduce este riesgo (Männistö, 2009; Negro, 2006) (1, 15).

Cirugías

El riesgo de abortar por una cirugía no ha sido bien estudiado; Existe gran interés en el resultado del embarazo después de una cirugía bariátrica puesto que, como se describe en seguida, la obesidad constituye un factor de

riesgo incuestionable para abortar; Sin embargo, en la actualidad no se sabe si este riesgo se mitiga con la cirugía para bajar de peso (Guelinckx, 2009) (15, 16).

Probablemente las cirugías no complicadas que se realizan al principio del embarazo no aumentan el riesgo de abortar (Mazze, 1989); Por lo general es posible extraer los tumores ováricos sin provocar un aborto; Una excepción importante es la extracción del cuerpo amarillo o del ovario en el que reside; Si se lleva a cabo antes de la décima semana de gestación es necesario administrar progesterona complementaria; Entre las ocho y 10 semanas se administra una sola inyección intramuscular de 150 mg de caproato de 17-hidroxiprogesterona en el momento de la cirugía; Si se realiza entre las seis y ocho semanas se administran dos inyecciones de 150 mg, una y dos semanas después de la primera dosis; Otros regímenes de progesterona son: 1) progesterona micronizada oral, 200 o 300 mg al día o 2) gel vaginal de progesterona al 8% por vía intravaginal en forma de un aplicador diario más 100 o 200 mg de progesterona micronizada oral al día en forma continua hasta las 10 semanas de gestación (15, 16).

Los traumatismos rara vez provocan abortos durante el primer trimestre y, pese a que el Parkland Hospital es un centro traumatológico importante, este vínculo es ocasional; Los traumatismos mayores, en especial los abdominales pueden causar aborto, pero éste es más probable conforme el embarazo avanza (15).

Alimentación

Los extremos de la nutrición, desnutrición grave y obesidad mórbida, aumentan el riesgo de aborto. La calidad de la

alimentación también es importante, ya que este riesgo es menor en las mujeres que consumen diario frutas y vegetales frescos (Maconochie, 2007). La carencia aislada de un solo nutriente o la deficiencia moderada de todos ellos al parecer no aumenta el riesgo de abortar. Incluso en los casos extremos, por ejemplo, hiperémesis gravídica, el aborto es raro (Maconochie, 2007).

Es importante señalar que Bulik et al (2010) publicaron que 50% de los embarazos en las mujeres con anorexia nerviosa eran no planeados; La obesidad se acompaña de varios resultados adversos del embarazo; Éstos comprenden menor fertilidad y mayor riesgo de abortar y padecer abortos recurrentes (Jarvie, 2010; Lashen, 2004; Satpathy, 2008); En un estudio de 6,500 mujeres que concibieron con fertilización in vitro (IVF, in vitro fertilization), la frecuencia de nacidos vivos se redujo de manera progresiva conforme el índice de masa corporal (BMI, body mass index) se incrementaba una unidad (Bellver, 2010a); Como ya se mencionó, pese a que los riesgos para muchos resultados adversos al final del embarazo disminuyen después de la cirugía bariátrica, sus efectos benéficos en relación con el aborto aún se desconocen (Guelinckx, 2009) (15).

Factores sociales y conductuales

Los estilos de vida que supuestamente aumentan el riesgo de abortar, probablemente están vinculados con el consumo crónico y especialmente de sustancias legales; La más frecuente es el alcohol, con sus efectos teratógenos; Dicho esto, el riesgo de abortar aumenta únicamente cuando el alcohol se consume de forma regular o abundante (Floyd,

1999; Maconochie, 2007); De hecho, el consumo moderado de alcohol no aumenta de manera significativa el riesgo de abortar (Cavallo, 1995; Kesmodel, 2002); Cuando menos 15 de las embarazadas admite que fuma (Centers for Disease Control and Prevention, 2013); Afirmar que el cigarrillo provoca abortos en el primer trimestre a través de diversos mecanismos con efectos adversos al final del embarazo es intuitivo mas no comprobado (Catov, 2008) (15, 16).

El consumo excesivo de cafeína, que aún no se define del todo, se ha vinculado con un mayor riesgo de abortar; Algunas publicaciones afirman que el consumo de unas cinco tazas de café por día, cerca de 500 mg de cafeína, aumenta ligeramente el riesgo de abortar (Armstrong, 1992; Cnattingus, 2000; Klebanoff , 1999); Los estudios de un consumo “moderado”, menos de 200 mg diarios de cafeína no encontraron que el riesgo aumentara (Savitz, 2008; Weng, 2008); Actualmente, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2013b) concluyó que el consumo moderado probablemente no constituye un riesgo importante para abortar, pero el riesgo de un consumo más abundante se desconoce (15).

Factores ocupacionales y ambientales

Es instintivo limitar la exposición de una embarazada a cualquier toxina; Dicho esto, si bien algunas toxinas ambientales como el benceno intervienen en las malformaciones fetales, la información respecto al aborto es menos clara (Lupo, 2011); La razón principal es que es imposible valorar con precisión las exposiciones ambientales; Existen publicaciones antiguas que atribuyen

a ciertas sustancias químicas un mayor riesgo de abortar, como el arsénico, plomo, formaldehído, benceno y óxido de etileno (Barlow, 1982); Recientemente se ha demostrado que el DDT (diclorodifeniltricloroetano) aumenta la frecuencia de los abortos (Eskenazi, 2009); De hecho, se ha suspendido el uso de insecticidas con DDT; Sin embargo, en el año 2006 la Organización Mundial de la Salud (2011) lo promocionó para contener los mosquitos y prevenir el paludismo (15, 16).

Existen todavía menos estudios sobre exposiciones ocupacionales y riesgo de abortar; En un seguimiento del Nurses Health Study II, Lawson et al (2012) publicaron un incremento ligeramente mayor de abortos entre las enfermeras expuestas a antineoplásicos, sustancias esterilizadoras y rayos X; En algunas se encontró que el contacto con terminales de video o ecografía no aumenta la frecuencia de abortos (Schnorr, 1991; Taskinen, 1990); Por el contrario, se encontró mayor riesgo de abortar entre las asistentes dentales que tuvieron contacto durante más de tres horas diarias con óxido nitroso en ausencia de sistemas de evacuación de gases (Boivin, 1997; Rowland, 1995); Las conclusiones a partir de un metaanálisis fueron que existe un pequeño riesgo de abortar de manera espontánea entre las mujeres que trabajan con antineoplásicos citotóxicos (Dranitsaris, 2005) (15).

Factores inmunitarios

La tolerancia inmunitaria de la madre a la combinación haploide paterna fetal sigue siendo un enigma (Calleja-Agius, 2011; Williams, 2012); Sin embargo, existe mayor riesgo de abortar durante el primer trimestre con algunas

enfermedades inmunitarias; Los más potentes de éstas son los anticuerpos antifosfolípidos dirigidos contra las proteínas transportadoras en el plasma (Erkan, 2011); Éstos, sumados a los datos clínicos y de laboratorio, proporcionaron los criterios para diagnosticar síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (APS, antiphospholipid antibody syndrome) (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012) (15, 16).

Trombofilias hereditarias

Inicialmente las trombofilias se vincularon con diversos desenlaces del embarazo, pero la mayor parte de estas relaciones ha sido refutada; Actualmente, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2013a), opina que no existe un vínculo causal definitivo entre estas trombofilias y los resultados adversos del embarazo en general y del aborto en particular (15, 16).

Defectos uterinos

Diversos defectos uterinos, tanto hereditarios como adquiridos, provocan abortos o pérdidas tanto del primer como del segundo trimestre (15, 16).

2.2.2.5. Factores paternos

Estos factores en la génesis del aborto no han sido bien estudiados; Supuestamente las anomalías cromosómicas de los espermatozoides aumentan el riesgo de abortar (Carrell, 2003); En el Jerusalem Perinatal Study (Kleinhaus, 2006) se observó que a mayor edad paterna mayor riesgo de abortar; Este riesgo es menor antes de los 25 años de edad, después de lo cual se eleva de manera progresiva a intervalos de cinco años (15, 16).

2.2.2.6. Clasificación clínica del aborto espontáneo

Amenaza de aborto

El diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha ante la presencia de secreción vaginal hemática o hemorragia vaginal a través del orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas del embarazo (Hasan, 2009); Es necesario distinguir la hemorragia al principio del embarazo de una hemorragia por implantación, que aparece en algunas mujeres cuando esperan la menstruación (15).

Casi 25% de las mujeres manifiesta hemorragia importante desde el punto de vista médico al principio del embarazo que en ocasiones persiste durante varios días o semanas; Con el aborto, la hemorragia casi siempre precede a los cólicos durante varias horas o días; Puede haber cólicos rítmicos en la línea media, lumbalgia persistente con presión pélvica o un dolor sordo suprapúbico en la línea media; Por mucho, la hemorragia constituye el factor de riesgo más predictivo de aborto (Eddleman, 2006); En general, casi 50% de las mujeres aborta, pero este riesgo es mucho menor cuando existe actividad cardíaca fetal (Tongsong, 1995) (15).

Incluso en ausencia de aborto después de una hemorragia en el primer trimestre, el riesgo de un desenlace adverso ulterior es mayor; En el estudio de casi 1,8 millones de embarazos del Danish National Patient Registry se observó un riesgo tres veces mayor para muchas de estas complicaciones (15).

Amenaza de aborto comparada con embarazo ectópico.

Toda mujer con un embarazo del primer trimestre, hemorragia vaginal y dolor debe ser valorada; La meta principal es diagnosticar lo más pronto posible un embarazo ectópico; se utilizan mediciones seriadas de β -hCG sérica y concentración de progesterona, además de ecografía transvaginal para establecer si existe un feto vivo intrauterino (15).

Tratamiento.

Los analgésicos a base de paracetamol ayudan a aliviar los cólicos; Cuando no está indicado evacuar el útero, por lo general se recomienda reposo en cama pero éste no mejora el resultado; Tampoco el tratamiento con distintos fármacos que incluyen gonadotropina coriónica (Devaseelan, 2010); Cuando la hemorragia es persistente o abundante, se debe medir el hematócrito; En caso de anemia o hipovolemia considerable casi siempre está indicado interrumpir el embarazo; Sin embargo, cuando el feto está vivo, muchos prefieren administrar transfusiones y mantener a la paciente en observación (15).

Inmunoglobulina anti-D.

Durante el aborto espontáneo, 2% de las mujeres Rh-D negativo sufrirán aloinmunización si no reciben una isoinmunización pasiva; Con un aborto inducido, esta cifra se eleva a 5%; El American College of Obstetricians and Gynecologist (2013c) recomienda administrar inmunoglobulina anti-Rh0 (D) en forma de inyección intramuscular de 300 μ g para todas las edades gestacionales

o bien, 50 µg intramusculares en los embarazos ≤ 12 semanas y 300 µg para los ≥ 13 semanas (15).

En la amenaza de aborto, la profilaxis con inmunoglobulina es controversial puesto que la información es escasa (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2013c; Hannafin, 2006; Weiss, 2002); Dicho lo anterior, algunos médicos prefieren administrar inmunoglobulina anti-D hasta las 12 semanas de gestación para la amenaza de aborto con un feto vivo; En el Parkland Hospital, se administra una dosis de 50 µg a todas las mujeres Rh-D negativo en la hemorragia del primer trimestre (15).

Aborto inevitable

Durante el primer trimestre, la rotura de las membranas acompañada de dilatación cervical casi siempre va seguida de contracciones uterinas o infección; La salida de un chorro de líquido vaginal durante la primera mitad del embarazo por lo general tiene consecuencias graves; No siempre se acompaña de dolor, fiebre o hemorragia y a veces se ha acumulado líquido previamente entre el amnios y el corion; Cuando éste es el caso, es razonable prescribir menor actividad y mantener a la paciente bajo observación; Después de 48 h y en ausencia de más líquido amniótico, hemorragia, cólicos o fiebre, se reinicia la deambulaci3n; En caso de hemorragia, cólicos o fiebre, el aborto se considera inevitable y el útero se evacua (15).

Aborto incompleto

La hemorragia después de la separaci3n parcial o completa de la placenta y dilataci3n del orificio cervical se denomina aborto incompleto; Algunas veces el feto y la placenta

permanecen dentro del útero o salen parcialmente a través del orificio dilatado (15).

Antes de las 10 semanas, a menudo se expulsan juntos, pero más adelante salen por separado; Las opciones terapéuticas del aborto incompleto comprenden legrado, aborto médico, u observación en las mujeres estables desde el punto de vista clínico; Para el tratamiento quirúrgico muchas veces es necesario dilatar aún más el cuello uterino antes de realizar el legrado; En otros casos, el tejido placentario retenido yace libre dentro del orificio cervical y se puede extraer fácilmente con una pinza de anillos (15).

Aborto completo

En ocasiones, la mujer expulsa el producto de la concepción completo antes de acudir al hospital; A menudo describen hemorragia abundante, cólico y salida de tejido o de un feto; Es importante señalar que durante la exploración física, el orificio cervical se encuentra cerrado; A estas mujeres se les pide que traigan el tejido expulsado, que a veces es un embarazo completo, coágulos sanguíneos o molde decidual; La última es una capa de endometrio con forma de cavidad uterina cuando se descama y su aspecto es el de un saco colapsado (15).

Cuando no se identifica el saco gestacional completo expulsado, se realiza una ecografía para distinguir al aborto completo de una amenaza de aborto o un embarazo ectópico; Una de las características del aborto completo es el endometrio poco abultado sin saco gestacional; Sin embargo, esto no garantiza un embarazo uterino reciente; Condous et al (2005) describieron a 152 mujeres con

hemorragia abundante, un útero vacío con espesor endometrial <15 mm y diagnóstico de aborto completo (15).

En 6% se comprobó más adelante un embarazo ectópico; Por consiguiente, a menos que se observen productos de la concepción o la ecografía demuestre claramente primero un embarazo intrauterino y luego una cavidad vacía, no es posible diagnosticar con certeza un aborto completo; En los casos inciertos, la cuantificación seriada de hCG sérica ayuda a esclarecerlo; En el aborto completo estas cifras descienden rápidamente (Connolly, 2013) (15).

Aborto diferido

También llamado aborto fallido o pérdida, el aborto diferido, que es su término original, actualmente se utiliza para referirse a una circunstancia distinta a la que significaba hace muchos años; Al principio, el término se utilizaba para describir a los productos muertos de la concepción que se retenían durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero con un orificio cervical cerrado; Al principio el embarazo era normal con amenorrea, náusea y vómito, cambios mamarios y crecimiento uterino; Puesto que no era posible confirmar la muerte fetal, la única opción era el tratamiento expectante; finalmente sobrevenía un aborto espontáneo; Además, ante la imposibilidad de establecer por medio de la clínica el momento de la muerte fetal, la duración del embarazo, y por lo tanto la edad del feto, se calculaba en forma errónea a partir de la última menstruación; Para aclarar estas diferencias, Streeter (1930) estudió a los fetos abortados y publicó que el intervalo promedio entre la muerte y el aborto era de unas seis semanas (15).

Esta descripción histórica del aborto diferido contrasta con la definición actual basada en los resultados de la β -hCG sérica seriada y la ecografía transvaginal; Al confirmar rápidamente la muerte fetal o embrionaria, muchas mujeres eligen la evacuación uterina; Aunque muchos médicos clasifican a éste como aborto diferido, el término se utiliza en forma indistinta con aborto del primer trimestre o fallido del primer trimestre (Silver, 2011) (15).

Aborto séptico

Gracias a la legalización del aborto, ya se observan muy pocas infecciones graves y muertes maternas por abortos sépticos criminales; De cualquier forma, quizá entre 1 y 2% de las mujeres con amenaza de aborto o aborto incompleto padece una infección pélvica y síndrome de septicemia; El aborto electivo, ya sea quirúrgico o médico, también se acompaña en ocasiones de infecciones graves o incluso letales (Barrett, 2002; Ho, 2009); Las bacterias penetran en la cavidad uterina e infectan a los productos de la concepción; Los microorganismos invaden el tejido miometrial y se extienden hasta generar parametritis, peritonitis, septicemia y, en raras ocasiones, endocarditis (Vartian, 1991); Las más preocupantes son las infecciones necrosantes y el síndrome de choque septicémico producido por estreptococo del grupo A, S; pyogenes (Daif, 2009); En los últimos años, algunos abortos farmacológicos se han complicado con infecciones graves por microorganismos poco virulentos; Incluso se han publicado unas cuantas muertes por síndrome de choque tóxico por *Clostridium perfringens* (Centers for Disease Control and Prevention, 2005); Otras infecciones similares se producen por *Clostridium sordellii* y provocan manifestaciones clínicas

que empiezan unos cuantos días después del aborto; Muchas veces la mujer ha permanecido afebril hasta la primera consulta, a la cual acude con lesión endotelial, fuga capilar, hemoconcentración, hipotensión y leucocitosis grave (Cohen, 2007; Fischer, 2005; Ho, 2009); Las muertes fetales por estas infecciones son de aproximadamente 0;58 por 100,000 abortos médicos (Meites, 2010) (15).

El tratamiento de la infección clínica incluye la administración inmediata de antibióticos de amplio espectro; En caso de existir productos retenidos o fragmentos también se lleva a cabo un legrado; La mayoría de las mujeres responde a este tratamiento en uno o dos días y se dan de alta una vez que permanecen afebriles; No suele ser necesario administrar tratamiento con antibióticos por vía oral (Savaris, 2011); En unos cuantos casos, el síndrome de septicemia provoca síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, nefropatía aguda o coagulopatía intravascular diseminada (15).

Para prevenir una septicemia después del aborto, se administran antibióticos en el momento del aborto inducido o espontáneo que requiere de acciones médicas o quirúrgicas; El American College of Obstetricians and Gynecologist (2011b) recomienda la doxiciclina a dosis de 100 mg por vía oral una hora antes y 2 mg por vía oral después de la evacuación quirúrgica; En las clínicas de planificación familiar, se administran 100 mg de doxiciclina al día por vía oral durante siete días empezando en el momento en el que se administre el abortivo (Fjerstad, 2009b) (15).

Tratamiento del aborto espontáneo

Ahora que ya es posible verificar la muerte embrionaria o fetal con la tecnología ecográfica moderna, el tratamiento se puede individualizar mejor; A menos que exista una hemorragia abundante o una infección grave con un aborto incompleto, existen tres opciones que son razonables: el tratamiento expectante, farmacológico o quirúrgico; Cada uno conlleva sus propios peligros y beneficios, por ejemplo, los primeros dos se acompañan con hemorragia impredecible y muchas mujeres deben someterse a un legrado no programado; Asimismo, el éxito de cualquier método depende de la presencia de un aborto incompleto o retenido (15). Algunos de los riesgos y beneficios se resumen a continuación:

1. El tratamiento expectante del aborto incompleto espontáneo tiene un índice de fracasos hasta de 50% (15).
2. El tratamiento farmacológico con prostaglandina E1 (PGE1) tiene un índice de fracaso de 5 a 40%; En 1,100 mujeres con sospecha de aborto del primer trimestre, 81% tuvo resolución espontánea (Louise, 2002).
3. El legrado casi siempre permite una resolución inmediata que tiene éxito en 95 a 100% de los casos; Sin embargo, es un procedimiento penetrante y no es necesario en todos los casos (15).

Es posible que las pacientes y los médicos opten por algún método quirúrgico cuando no existe un protocolo estricto para el tratamiento médico (Kollitz, 2011).

2.2.3. Aborto Recurrente

Otros términos que se han utilizado para describir al aborto espontáneo repetitivo del primer trimestre son aborto espontáneo recurrente, pérdida recurrente del embarazo y aborto habitual; Por lo general, se acepta que cerca de 1% de las parejas fértiles tiene abortos recurrentes, definidos como tres o más abortos consecutivos ≤ 20 semanas de edad gestacional o con peso fetal < 500 g; La mayor parte es embriónico o aborto del primer trimestre y el resto corresponde a anembrionicos o sucede después de las 14 semanas; Es difícil completar los estudios por la ausencia de definiciones no normalizadas; Por ejemplo, algunos investigadores incluyen a mujeres con dos en lugar de tres abortos consecutivos, mientras que otros incluyen a mujeres con tres abortos no consecutivos; La documentación del embarazo con concentración de β -hCG, ecografía y examen patológico también varía mucho; Cuando menos, es necesario distinguir al aborto recurrente del aborto esporádico, que implica embarazos intermedios que llegaron a ser viables; En dos estudios, el riesgo de tener un aborto ulterior es similar después de dos o tres abortos; Resulta notable observar que la probabilidad de tener un embarazo exitoso es $> 50\%$ incluso después de cinco abortos (Brigham, 1999) (15, 16).

La American Society for Reproductive Medicine (2008) propone definir al aborto recurrente como el fracaso de dos o más embarazos clínicos confirmados por medio de ecografía o examen histopatológico; Después de tres abortos ciertamente se requiere de una valoración minuciosa y el tratamiento se instituye antes en las parejas con subfertilidad concomitante (Jaslow, 2010; Reddy, 2007); Las consideraciones terapéuticas rebasan el ámbito de este libro; Se refiere al lector a los capítulos 6 y 20 en la segunda edición del libro Williams; Ginecología (Cunningham, 2012; Doody, 2012) (15, 16).

2.2.3.1. Causa

Existen numerosas supuestas causas de aborto recurrente, pero sólo tres se aceptan en forma definitiva: anomalías cromosómicas en los padres, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y un subgrupo de anomalías uterinas; Otras causas sospechadas, mas no comprobadas, son aloinmunidad, endocrinopatías, toxinas ambientales y diversas infecciones; Las infecciones rara vez provocan incluso abortos esporádicos; Por lo tanto, es poco probable que la mayoría provoque abortos recurrentes, en especial una vez que se han formado anticuerpos maternos; Durante muchos años se sospechó de diversas mutaciones hereditarias de trombofilia que incluyen al factor V de Leiden, protrombina G20210A, deficiencia de proteínas C y S y deficiencia de antitrombina; Los estudios grandes han rechazado cualquier relación entre el mayor número de abortos y estas trombofilias (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2013a) (15, 16).

Existe cierta evidencia que apoya la participación de diversos polimorfismos de expresiones génicas en los abortos; Algunos ejemplos son los polimorfismos que alteran la expresión de VEGF-A, los que exageran la agregación plaquetaria y los que tienen un tipo materno específico de respuesta inmunitaria Th 1 y Th 2 (Calleja-Agius, 2011; Corardetti, 2013; Eller, 2011; Flood, 2010); La cronología de los abortos recurrentes ofrece algunas claves y en unas cuantas mujeres cada aborto se produce cerca de la misma edad gestacional (Heuser, 2010); Los factores genéticos por lo general provocan abortos en etapas iniciales del embarazo, mientras que las anomalías autoinmunitarias o anatómicas del útero suelen provocar

abortos en el segundo trimestre (Schust, 2002); Como ya se mencionó, los abortos recurrentes del primer trimestre tienen una frecuencia mucho menor de anomalías genéticas que los abortos esporádicos (25 frente a 50%) (Sullivan, 2004); Dicho esto, la valoración cromosómica sistemática de los abortos es costosa y no refleja con precisión el cariotipo del feto (15, 16).

Anomalías cromosómicas de los padres

Pese a que éstas causan sólo 2 a 4% de los abortos recurrentes, muchos médicos consideran que la valoración cariotípica de ambos padres es una parte fundamental de la valoración; En un estudio preliminar, 50% de las anomalías cromosómicas correspondió a translocaciones recíprocas equilibradas, translocaciones robertsonianas en 25% y mosaicismo del cromosoma X (47, XXY o síndrome de Klinefelter), en 12% (Th erapel, 1985); Estas anomalías cromosómicas se repiten en los abortos consecutivos (van den Boogaard, 2010).

Después de un asesoramiento genético detallado, las parejas con un cariotipo anormal por lo general se pueden tratar por medio de IVF seguido de un diagnóstico genético antes de la implantación (15, 16).

Factores anatómicos

Diversas anomalías del aparato genital han sido implicadas en los abortos recurrentes y otros desenlaces adversos del embarazo, pero no en la infertilidad (Reichman, 2010); Según Devi Wold et al; (2006), 15% de las mujeres con tres o más abortos consecutivos tiene alguna anomalía uterina congénita o adquirida; De las anomalías adquiridas, las

sinequias uterinas (síndrome de Asherman) por lo general son resultado de la destrucción de grandes áreas de endometrio; Este fenómeno es secundario a un legrado o una ablación; En la histerosalpingografía o ecografía con solución salina, se observan múltiples defectos característicos de llenado; El tratamiento se lleva a cabo por medio de lisis histeroscópica dirigida de las adherencias; En muchas mujeres esta medida reduce la frecuencia de los abortos y mejora el índice “exitoso” de embarazos (Al-Inany, 2001; Goldenberg, 1995) (15, 16).

En gran proporción de las mujeres maduras se detectan leiomiomas uterinos y éstos pueden provocar abortos, especialmente cuando se ubican cerca de la implantación placentaria. Sin embargo, los datos que indican que éstos constituyen una causa significativa de abortos recurrentes no son convincentes (Saravolos, 2011). Al parecer la distorsión de la cavidad uterina no es requisito para tener un resultado adverso (Sunkara, 2010). No obstante, en las mujeres que se someten a IVF, los leiomiomas submucosos, repercutieron en forma adversa sobre el embarazo, no así los subserosos ni intramurales (Jun, 2001; Ramzy, 1998).

Por otro lado, las anomalías congénitas del aparato genital a menudo se originan a partir de una formación anormal de los conductos de Müller o una fusión anormal. Estas anomalías tienen una frecuencia global aproximada de 1 por cada 200 mujeres (Nahum, 1998). El útero unicorne, bicorne y tabicado se acompaña de estas tres complicaciones (Reichman, 2010). Visto de otra forma, se encontraron anomalías uterinas congénitas aproximadamente en 20% de las mujeres con abortos recurrentes, frente a sólo 7% de las testigos (Salim, 2003).

Factores inmunitarios

En su análisis de los estudios publicados, Yetman y Kutteh (1996) establecieron que 15% de más de 1,000 mujeres con abortos recurrentes padecía factores autoinmunitarios reconocidos; Dos modelos fisiopatológicos primarios son la teoría autoinmunitaria (inmunidad dirigida contra sí mismo) y la teoría aloinmunitaria (inmunidad contra otra persona) (15, 16).

Las mujeres con abortos espontáneos recurrentes tienen con mayor frecuencia estos anticuerpos frente a las testigos sanas (5 a 15% frente a 2 a 5%, respectivamente) (Branch, 2010). El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (APS, antifosfolipid antibody syndrome) se define por estos anticuerpos además de diversos tipos de abortos y mayor riesgo de padecer tromboembolias venosas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011d, 2013a).

Respecto de la aloinmunidad, una teoría estimulante sugiere que el embarazo normal necesita la formación de factores bloqueadores que previenen el rechazo materno de los antígenos fetales extraños derivados del padre. Algunos de los factores que se dice previenen esto son la similitud del antígeno leucocítico humano (HLA, human leukocyte antigen) con el padre, la actividad alterada de los citolíticos naturales, el estímulo regulador de las células T y las mutaciones del gen HLA-G (Berger, 2010; Williams, 2012). Las diversas pruebas y opciones terapéuticas propuestas para abordar este tema no han resistido el escrutinio riguroso y en la actualidad están bajo investigación (Reddy, 2007). Los tratamientos propuestos con vacunas de leucocitos paternos o de una tercera persona, o bien con

inmunoglobulina intravenosa (IVIG, intravenous immunoglobulin) no han ofrecido beneficios a las mujeres con abortos idiopáticos (American Society for Reproductive Medicine, 2006; Stephenson, 2010).

Factores endocrinos

Según Arredondo y Noble (2006), entre 8 y 12% de los abortos recurrentes se originan por factores endocrinos. Los estudios para valorar este fenómeno son infundados y no tienen el poder estadístico adecuado. Dos ejemplos, ambos controversiales, son la deficiencia de progesterona por insuficiencia luteínica y síndrome de ovarios poliquísticos (Bukulmez, 2004; Cocksedge, 2008; Nawaz, 2010).

2.2.4. Aborto Inducido

El término aborto inducido se define como la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal. Las definiciones usadas para describir su frecuencia son: 1) índice de abortos (número de abortos por 1,000 nacidos vivos) y 2) tasa de abortos (número de abortos por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad) (15, 16).

En Estados Unidos probablemente las estadísticas del aborto no se notifican de forma completa. La razón es que las clínicas no proporcionan constantemente información sobre los abortos inducidos. Por ejemplo, el Instituto Guttmacher (2011) encontró que se realizaron 1.2 millones de procedimientos anuales desde 2005 hasta 2008. Sin embargo, en el año 2010 se notificaron únicamente 765,650 abortos electivos a los Centers for Disease Control and Prevention (Pazol, 2013). El índice de abortos fue de 227 por 1,000 nacidos vivos y la tasa de abortos fue de 15.1 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Para el mismo año, 58% de los abortos correspondió a mujeres de 20 a 29 años de edad y en ellas el índice de abortos fue mayor. Las afroamericanas tuvieron una proporción de abortos de 477 por 1,000

nacidos vivos, las caucásicas tuvieron 140 por 1,000 y las hispanas de 195 por 1,000. En el año 2009, 64% de los abortos se realizó antes de la semana 8; 92% antes de la semana 13; 7% entre las semanas 14 a 20 y sólo 1.3% después de 21 semanas. La Organización Mundial de la Salud elabora las estadísticas globales sobre la frecuencia del aborto. Según su último informe, en el año 2008 se abortó en el mundo 1 de cada 5 embarazos (Sedgh, 2012). Tristemente, casi 50% de estos abortos se consideró arriesgado (15, 16).

2.2.4.1. Clasificación

Aborto terapéutico

Existen diferentes enfermedades que constituyen indicaciones para interrumpir el embarazo; Algunos ejemplos son la descompensación cardíaca persistente, especialmente con hipertensión pulmonar fija; vasculopatía hipertensiva grave o la diabetes y el cáncer; En los casos de violación o incesto, la mayoría considera razonable la interrupción del embarazo; En la actualidad la indicación más frecuente es prevenir el nacimiento de un feto con alguna deformidad anatómica, metabólica o mental importante; La gravedad de las deformidades fetales es variable y por lo general desafía una clasificación social, legal o política (15, 16).

Aborto electivo o voluntario

La interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto a petición de la mujer, pero no por razones médicas, se denomina aborto electivo o voluntario. No obstante, la terminología, en Estados Unidos está estigmatizado (Harris, 2012). La mayor parte de los abortos que se realiza ahora es de tipo electivo y, por lo tanto, constituye uno de los procedimientos médicos más frecuentes. La mortalidad

ligada al embarazo es 14 veces mayor que la mortalidad ligada al aborto (8 frente a 0.6 muertes por 100,000) (Raymond, 2012). En el Instituto Guttmacher, Jones y Kavanaugh (2011) calculan que 33% de las mujeres estadounidenses se someterá cuando menos a un aborto electivo antes de los 45 años de edad. La mesa directiva del American College of Obstetricians and Gynecologists (2013d) apoya el derecho legal que tiene la mujer para obtener un aborto antes de la viabilidad fetal y considera que se trata de un asunto entre la mujer y su médico (15, 16).

2.2.5. Factores sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma; El factor social también permite, en ese sentido, ver el todo desde él como parte, es una ventana al todo, y el todo se refleja de cierta manera en él; La importancia desde el punto de vista nodal de un factor social, es que, debido a todas las conexiones con otros aspectos múltiples de la realidad de que forma parte y de otras realidades, se logra explicar esa realidad, aunque sea de manera parcial (17).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (17).

2.2.5.1. Edad materna como factor

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (18).

Es el factor relevante en la mujer fértil con edad menor de 19 años o mayor de 35 años considerada como alto riesgo obstétrico ya que dentro de ese rango ocurren la mayor cantidad de complicaciones materno (18).

Este aumento de riesgo se incrementa debido a que existen factores como el "envejecimiento" uterino que contribuye al aborto; También se ha reportado que en mujeres con cariotipo normales mayores de 35 años llegan a presentar frecuencia de hasta 40% de aborto (18).

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; Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (18).

2.2.5.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad 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; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (19).

2.2.5.3. Estado civil

Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma; La familia basada en un matrimonio confiere a sus competentes un status familiar que difiere según la posición de cada uno de ellos (20).

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (20).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente); Para aspectos de estudio consideraremos: o Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (21).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente) (18). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (18).

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (18).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (18).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (18).

2.2.5.4. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico; Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tienen una alta correlación con el aborto y mortalidad materna; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años; Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (22).

2.2.5.5. Lugar de procedencia

El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad, lugar de origen o lugar donde reside o vive una persona; La procedencia de las personas suele despertar interés, tanto positivos como negativos, acerca de las condiciones en las cuales vive y las condicionantes y determinantes de la salud; así como de sus habilidades y talentos naturales, o bien relacionados con ciertas conductas sociales un tanto inadecuadas (18,19).

2.2.5.6. Edad de la menarquia

La aparición de la menarquia es un hecho representativo y determinante en las niñas, debido a que marca el fin de la niñez y el comienzo de la pubertad con todos los cambios a nivel físico, emocional, psicológicos, hormonales, sociales, familiares que experimenta durante el proceso de cambio (23).

La edad de la menarquia es un indicador de la maduración biológica, su aparición está condicionada por la interacción de factores genéticos, ambientales y socioculturales, los cuales interactúan originando un amplio espectro de variación (24). La edad de aparición de la menarquia es usada a su vez como indicador para mostrar los cambios socioeconómicos que ocurren en las poblaciones (23).

2.2.5.7. Edad de la primera relación sexual

Es la edad en que los jóvenes inician su vida sexual o tienen relación coital; Con relación a los motivos por los cuales los jóvenes empiezan antes de los 18 años su vida sexual son: porque querían expresarle su amor a la otra persona (8%), porque se dejaron llevar por la excitación del momento (6%), porque sentían gusto físico (6%) y porque querían experimentar (4%) (23).

No es sorpresa saber que los jóvenes cada vez más comienzan a edad temprana su vida sexual; La evidencia está en los sin número de casos de embarazos no deseados en menores de edad, abortos (23).

2.2.5.8. Número de parejas sexuales.

Es la cantidad de parejas con las cuales la persona ha tenido relaciones sexuales o coitales.

El tener relaciones sexuales coitales con múltiples parejas sexuales, practicando diversas modalidades como: sexo casual, transaccional y grupal, los hace vulnerables a embarazarse y adquirir infecciones de transmisión sexual.

2.3. Definición de términos

Característica. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al temperamento, la personalidad o lo simbólico, pero también al aspecto físico.

Social. Social es aquello que repercute de forma directa en toda la sociedad. Sin duda, el tejido social es muy complejo puesto que está formado por individuos diferentes entre sí.

Características sociales. Están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera.

Diagnostico. Es la identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y la observación de sus signos o síntomas.

Aborto. El aborto se define como la expulsión o extracción uterina de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos; peso que corresponde a una gestación menor de 22 semanas.

Mujer. Del latín mulier, una mujer es una persona del sexo femenino. Tiene la capacidad de embarazarse.

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

2.4. Identificación de variables

Variable:

Características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto.

Sub variables:

Edad de la paciente con diagnóstico de aborto.

Edad de la menarquia.

Edad de la primera relación sexual.

Número de parejas sexuales.

Lugar de procedencia.

Tipo de ocupación de la paciente con diagnóstico de aborto.

Estado civil de la paciente con diagnóstico de aborto.

Nivel educativo de la paciente con diagnóstico de aborto.

Paridad de la paciente con diagnóstico de aborto.

Antecedente de aborto.

Peso antes del embarazo.

Talla antes del embarazo.

Índice de masa corporal pre gestacional.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto	Son rasgos o singularidades de naturaleza social que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Análisis documental de las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de aborto y registro en la ficha de recolección de datos	Registro de la edad de la paciente con diagnóstico de aborto.	Edad de la paciente con diagnóstico de aborto en años.	Numérico
			Registro de la edad de la menarquia	Edad de la menarquia en años	Numérico
			Registro de la edad de la primera relación sexual.	Edad de la primera relación sexual en años	Numérico
			Registro del número de parejas sexuales.	Número de parejas sexuales	Numérico
			Registro del lugar de procedencia de la paciente con diagnóstico de aborto.	lugar de procedencia de la paciente con diagnóstico de aborto.	Nominal
			Registro de la ocupación de la paciente con diagnóstico de aborto.	Tipo de ocupación de la adolescente embarazada	Nominal
			Registro del estado civil de la paciente con diagnóstico de aborto.	Madre soltera	1
				Madre conviviente	2
				Madre casada	3
				Madre viuda	4
				Madre divorciada	5
			Registro del nivel educativo de la paciente con diagnóstico de aborto.	Madre sin estudios	1
				Primaria Incompleta	2
				Primaria completa	3
				Secundaria incompleta	4
				Secundaria completa	5
				Superior incompleta	6
				Superior completa	7
			Registro de la paridad de la paciente con diagnóstico de aborto.	Nulípara	1
				Primípara	2
				Múltípara	3
			Registro de antecedente de aborto	Antecedente de aborto de la paciente	Si (1) No (2)
			Registro del peso de la paciente antes del embarazo.	Peso antes del embarazo	Numérico
			Registro de la Talla de la paciente antes del embarazo.	Talla antes del embarazo	Numérico
			Índice de masa corporal pre gestacional de la adolescente embarazada	Bajo peso (<19.8)	1
				Normal (19.8-26.0)	2
				Sobrepeso (26.1-29.0)	3
				Obesidad (>29.0)	4

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue una investigación descriptiva, observacional, retrospectivo, de corte transversal. Fue observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos ajena a la voluntad del investigador, fue retrospectivo porque los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), fue transversal porque los datos se obtuvieron en un solo momento, en un tiempo único; Su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (25).

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente; Es decir, busco especificar las propiedades, las características de los procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; Es decir, pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (26).

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Método general:

Se empleó el método inductivo. Según Pimienta (25) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse 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; Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.3.2. Método Básico

Se empleó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (25).

3.4. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la realizar una interpretación correcta del fenómeno (25-27).

Donde:

M O

M: Mujeres con diagnóstico de aborto

O: Características sociales

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Fueron todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, junio a diciembre del 2017; según registros estadísticos fueron un total de 149 mujeres con diagnóstico de aborto.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (26, 28).

3.5.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio estuvo compuesta por todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas Hospital II EsSalud de Ayacucho, junio a diciembre del 2017 (26, 28).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permite el análisis documental de las Historias Clínicas, de los pacientes atendidos en el establecimiento de salud; La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin (26, 28). Los investigadores de campo realizaron el análisis documentario y fueron evaluando historias clínicas.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica

Control de calidad de los datos: (validación y seriedad)

Capacitación a los investigadores de campo que aplicaran la investigación.
Reunión periódica con los investigadores y supervisores de campo para el control de calidad de los datos.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; fue elaborada en base al planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores (26, 28). Los datos recogidos fueron ingresados a una base de datos en SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando la población de estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

El presente trabajo de investigación se estudiaron las características sociales de 149 mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Resultados de la distribución por grupos etarios de las mujeres con diagnóstico de aborto.

Tabla 1. Edad de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Estadístico	Edad de la gestante
Total de mujeres con diagnóstico de aborto	149
Media	33.69
Mínimo	16.00
Máximo	45.00
Percentiles 10	25.00
Percentiles 25	29.50
Percentiles 30	30.00
Percentiles 40	32.00
Percentiles 50	34.00
Percentiles 75	39.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 1. Del total de mujeres con diagnóstico de aborto (149), La edad promedio fue 33.69 años, la edad mínima de la adolescente fue de 16 años y la

máxima fue de 45 años. El 10% tuvieron una edad menor a 25 años, el 90% tuvieron una edad mayor a 25 años, el 25% tuvieron una edad menor a 29.5 años, el 30% tuvieron una edad menor a 30 años, el 40% tuvieron una edad menor a 32 años, el 50% tuvieron una edad mayor a 34 años y el 75% tuvieron una edad menor a 39 años.

Resultados de la distribución por características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto.

Tabla 2. Edad de la menarquia en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Estadístico	Edad de la menarquia
Total de mujeres con diagnóstico de aborto	149
Media	13.46
Mínimo	12.00
Máximo	15.00
Percentiles 25	13.00
Percentiles 50	14.00
Percentiles 75	14.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 2. Del total de mujeres con diagnóstico de aborto (149), La edad promedio de la menarquia fue 13.46 años, la edad mínima de la menarquia fue de 12 años y la máxima fue de 15 años. El 25% tuvieron su menarquia antes de los 13 años, el 50% tuvieron su menarquia antes de los 14 años y el 75% tuvieron su menarquia antes de los 14 años.

Tabla 3. Edad de la primera relación sexual en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Estadístico	Edad de la primera relación sexual
Total de mujeres con diagnóstico de aborto	149
Media	18.9
Mínimo	14.00
Máximo	27.00
Percentiles 25	17.00
Percentiles 50	18.00
Percentiles 75	20.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 3. Del total de mujeres con diagnóstico de aborto (149), La edad promedio de la primera relación sexual fue de 18.9 años, la edad mínima de la primera relación sexual fue de 14 años y la máxima fue de 27 años. El 25% tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años, El 50% tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años y el 75% tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años.

Tabla 4. Número de parejas sexuales en las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Una pareja sexual	91	61.1	61.1
Dos parejas sexuales	47	31.5	92.6
Tres parejas sexuales	11	7.4	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 4. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, el 61.1% (91) tuvieron una pareja sexual, el 31.5% (47) tuvieron dos parejas sexuales y el 7.4% (11) tuvieron tres parejas sexuales. El 92.6% (138) tuvieron una o dos parejas sexuales.

Tabla 5. Lugar de procedencia de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Urbana	131	87.9	87.9
Rural	18	12.1	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 5. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, el 87.9% (131) tuvieron como procedencia la zona urbana y el 12.1% (18) tuvieron como procedencia la zona rural.

Tabla 6. Tipo de ocupación de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Tipo de ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Profesionales (Docentes, contadoras, abogadas, ingenieras, asistente social y otras profesiones)	75	50.3	50.3
Ama de casa	34	22.8	73.2
Comerciantes	17	11.4	84.6
Estudiantes	10	6.7	91.3
Tec. Enfermería o contabilidad	9	6.0	97.3
Personal de limpieza	4	2.7	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 6. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, el 50.3% (75) fueron profesionales, el 22.8% (34) fueron amas de casa, el 11.4% (17) fueron comerciantes, el 6.7% (10) fueron estudiantes, el 6% (9) fueron técnicas en enfermería o contabilidad y el 2.7% (4) fueron personal de limpieza. El 84.6% (126) fueron profesionales, amas de casa o comerciantes.

Tabla 7. Estado civil de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	73	49.0	49.0
Casada	41	27.5	76.5
Soltera	35	23.5	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 7. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, el 49% (73) fueron convivientes, el 27.5% (41) fueron casadas y el 23.5% (35) fueron solteras. El 76.5% (114) fueron convivientes o casadas.

Tabla 8. Nivel Educativo de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Secundaria incompleta	13	8.7	8.7
Secundaria completa	19	12.8	21.5
Superior incompleta	20	13.4	34.9
Superior completa	97	65.1	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 8. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, el 8.7% (13) tuvieron secundaria incompleta, el 12.8% (19) tuvieron secundaria completa, el 13.4% (20) tuvieron superior incompleta y el 65.1% (97) tuvieron superior completa. El 21.5% (32) tuvieron secundaria completa o incompleta, el 78.5% (117) tuvieron superior completa o incompleta.

Tabla 9. Paridad de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Múltipara	70	47.0	47.0
Primípara	59	39.6	86.6
Nulípara	20	13.4	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 9. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, el 47% (70) fueron múltiparas, el 39.6% (59) fueron primíparas y el 13.4% (20) fueron nulíparas. El 86.6% (129) fueron múltiparas o primíparas.

Tabla 10. Antecedente de aborto de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Antecedente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin antecedente de aborto	126	84.6	84.6
Antecedente de aborto	23	15.4	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 10. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, el 84.6% (126) no tuvieron antecedente de aborto y el 15.4% (23) tuvieron antecedentes de aborto.

Tabla 11. Peso y Talla de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Estadísticos	Peso antes del embarazo en Kilogramos	Talla antes del embarazo en metros
Media	57.611	1.58
Mediana	58.000	1.58
Moda	58.000	1.58
Mínimo	39.000	1.50
Máximo	75.000	1.64
Percentiles 25	55.000	1.57
Percentiles 50	58.000	1.58
Percentiles 75	60.000	1.60

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 11. Del total de mujeres con diagnóstico de aborto (149), El peso promedio pregestacional fue 57.611 kg, el 50% tuvieron un peso menor de 58 kg, el peso mínimo fue de 39 kg y el máximo de 75 kg. El 25% tuvieron un peso pregestacional menor a 55 kg y el 75% tuvieron un peso menor a 60 kg.

La talla promedio pregestacional fue 1.58 m, el 50% tuvieron una talla menor a 1.58 m, la talla mínima fue de 1.50 m y la máxima de 1.64 m. El 25% tuvieron una talla pregestacional menor a 1.57 m y el 75% tuvieron una talla menor a 1.60 m.

Tabla 12. Índice de masa corporal pre gestacional de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

Índice de masa corporal pre gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso (<19.8)	5	3.4	3.4
Normal (19.8-26.0)	136	91.3	94.6
Sobrepeso (26.1-29.0)	7	4.7	99.3
Obesidad (>29.0)	1	0.7	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tupia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

En la tabla 12. Del 100% (149) de mujeres con diagnóstico de aborto, según el índice de masa corporal pregestacional, el 3.4% (5) tuvieron bajo peso, el 91.3% (136) tuvieron un índice de masa corporal normal, el 4.7% (7) tuvieron sobrepeso y el 0.7% (1) tuvieron obesidad. El 94.6% (141) tuvieron un peso normal o bajo peso pregestacional.

4.2. Discusión de resultados

Análisis de las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.

La edad promedio fue 33.69 años, el 90% tuvieron una edad mayor a 25 años, el 50% tuvieron una edad mayor a 34 años. Estos resultados no concuerdan con lo hallado por López y Morales (10), quien encontró un promedio de edad de 25.6 años (menor a lo hallado en el estudio). Estas diferencias probablemente se explican por las características particulares que tienen los usuarios de EsSalud, que comúnmente son personas que trabajan en una institución, perciben un sueldo y en su mayoría son titulares del seguro de salud y tiene un nivel educativo superior. La característica de este grupo de mujeres con diagnóstico de aborto es que la gran mayoría son mujeres adultas y la mitad tienen más de 34 años.

La edad promedio de la menarquia fue 13.46 años, la edad mínima de la menarquia fue de 12 años y la máxima fue de 15 años, el 75% tuvieron su menarquia antes de los 14 años; no se encontró en este tema de investigación variables similares estudiadas por otros investigadores; esto resultados probablemente se deban a que este grupo de mujeres aseguradas en EsSalud, tienen sus características propias y han sido influenciadas por diversas condiciones del contexto en el cual han habitado desde su niñez, por la etnia, aspectos genéticos, procedencia geográfica, hábitos nutricionales, actividad física, aspectos socioeconómicos y factores ambientales.

La edad promedio de la primera relación sexual fue de 18.9 años, El 25% tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años, El 50% tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años y el 75% tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años; El 61.1% tuvieron una pareja sexual, el 31.5% tuvieron dos parejas sexuales y el 7.4% tuvieron tres parejas sexuales. El 92.6% tuvieron una o dos parejas sexuales. Sobre el número de parejas sexuales Tarqui et al (14), encontró una relación entre el aborto y tener más

parejas sexuales. No se encontró en este tema de estudio otras variables similares estudiadas por otros investigadores; los resultados encontrados probablemente se deban a que este grupo de mujeres aseguradas en EsSalud, tienen sus características propias; que ha hecho que la mitad de las mujeres estudiadas hayan tendido su primera relación sexual después de haber cumplido mayoría de edad (18 años según el estado peruano), y que aproximadamente 4 de cada 10 hayan tenido más de una pareja sexual; esto probablemente está relacionado al contexto socio cultural donde habitan estas mujeres estudiadas, a un nivel educativo mayor y educación sexual más dirigida probablemente a evitar embarazos en la adolescencia. Lo hallado no disminuye el riesgo a contraer una enfermedad o infección de transmisión sexual, que por sus características puede aumentar el riesgo de tener un aborto; por lo cual es muy importante diseñar e implementar estrategias educativas preventivos promocionales; a fin de tener una sexualidad responsable y segura.

De todas las mujeres con diagnóstico de aborto, el 87.9% tuvieron como procedencia la zona urbana y el 12.1% tuvieron como procedencia la zona rural. Estos resultados difieren de lo hallado por Andrade (8), López y Morales (10), Guerrero (11), quienes encontraron proporciones muy diferentes ó que la mayor proporción de mujeres eran de zonas rurales. Estos resultados reflejan que las mujeres con aborto, usuarias de EsSalud, en su gran mayoría por vivir en la zona urbana, tienen un mejor acceso a los servicios de salud; por lo cual es importante considerar este aspecto para las acciones sanitarias integrales, las visitas domiciliarias y el seguimiento del paciente; a fin de brindar una atención continua, con la consejería respectiva y detectar factores de riesgo relacionados al aborto.

De todas las mujeres con diagnóstico de aborto, el 50.3% fueron profesionales, el 22.8% fueron amas de casa, el 11.4% fueron comerciantes, el 6.7% fueron estudiantes, el 6% fueron técnicas en enfermería o contabilidad y el 2.7% fueron personal de limpieza. El 84.6% fueron profesionales, amas de casa o comerciantes. El 49% fueron convivientes, el 27.5% fueron casadas y el 23.5% fueron solteras. El 8.7% tuvieron secundaria incompleta, el 12.8% tuvieron

secundaria completa, el 13.4% tuvieron superior incompleta y el 65.1% tuvieron superior completa. Estos resultados no concuerdan con lo hallado por Andrade (8), Adjei et al (9). López y Morales (10), Guerrero (11), Sandoval (12), quienes encontraron proporciones muy diferentes. Esta diferencia probablemente se deba al contexto socio cultural al que han estado expuestas estas mujeres, al nivel educativo y a la particularidad de ser usuarias o estar aseguradas en EsSalud, como titular o derechohabiente; ya que la mayoría son profesionales y ejercen su profesión; según la literatura las principales características encontradas no constituyen como factores de riesgo para el aborto; por lo cual existen otras variables que están influyendo en este problema de salud.

De todas las mujeres con diagnóstico de aborto, el 47% fueron multíparas, el 39.6% fueron primíparas y el 13.4% fueron nulíparas; esta paridad encontrada concuerda con lo hallado por López y Morales (10), por lo cual la multiparidad en mayor proporción es una característica presente en las mujeres que tuvieron un aborto. El 84.6% no tuvieron antecedente de aborto y el 15.4% tuvieron antecedentes de aborto. Estos antecedentes de aborto difieren de lo hallado por López y Morales (10), Guerrero (11) quien encontró una elevada proporción en los antecedentes de aborto. Por lo cual podemos decir que este factor no es una característica común en las mujeres con aborto, y que probablemente este factor este más relacionado con los aspectos biológicos o genético de la madre o el feto.

Del total de mujeres con diagnóstico de aborto, el peso promedio pregestacional fue 57.611 kg, el 50% tuvieron un peso menor de 58 kg, la talla promedio pregestacional fue 1.58 m, el 50% tuvieron una talla menor a 1.58 m, según el índice de masa corporal pregestacional, el 3.4% tuvieron bajo peso, el 91.3% tuvieron un índice de masa corporal normal, el 4.7% tuvieron sobrepeso y el 0.7% tuvieron obesidad. No se encontró investigaciones similares para contrastar estos resultados. En este grupo de mujeres con diagnóstico de aborto solo el 8.7% presentaron un índice de masa corporal fuera de lo normal, por lo cual no es una característica común en las mujeres con diagnóstico de aborto.

CONCLUSIONES

Las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas el Hospital II EsSalud de Ayacucho es su gran mayoría fueron mujeres adultas, la mitad tuvieron más de 34 años y la mitad tuvieron su primera relación sexual después de los 18 años.

El encontrar que seis de cada diez tuvieron una pareja sexual, no disminuye el riesgo de contraer una enfermedad o infección de transmisión sexual, que por sus características puede aumentar el riesgo de tener un aborto.

Las mujeres con diagnóstico de aborto, usuarias de EsSalud tuvieron un mejor acceso a los servicios de salud; por lo cual es importante considerar este aspecto para las acciones sanitarias integrales.

La mayoría de las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en EsSalud, tuvieron un nivel educativo superior y son profesionales.

La multiparidad es una característica presente en las mujeres que tuvieron un aborto, el cual requiere una investigación más profunda.

De las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en EsSalud solo el 8.7% presentaron un índice de masa corporal fuera de lo normal, por lo cual no es una característica común en las mujeres con diagnóstico de aborto.

RECOMENDACIONES

Al Seguro Social de Salud (EsSalud) implementar políticas integrales en la salud sexual y reproductiva de las mujeres considerando la promoción de la salud, la prevención de riesgos reproductivos; a fin de disminuir la proporción abortos, sus riesgos, sus complicaciones y contribuir a una maternidad saludable y a una sexualidad responsable y segura.

Fortalecer las alianzas estratégicas entre Ministerio de Salud, EsSalud y Universidades; para desarrollar en los profesionales de la salud, competencias que le permitan brindar una atención especializada a las gestantes, intervenciones integrales en la atención sanitaria (promoción de la salud y prevención) consejería, educación sexual y reproductiva continua.

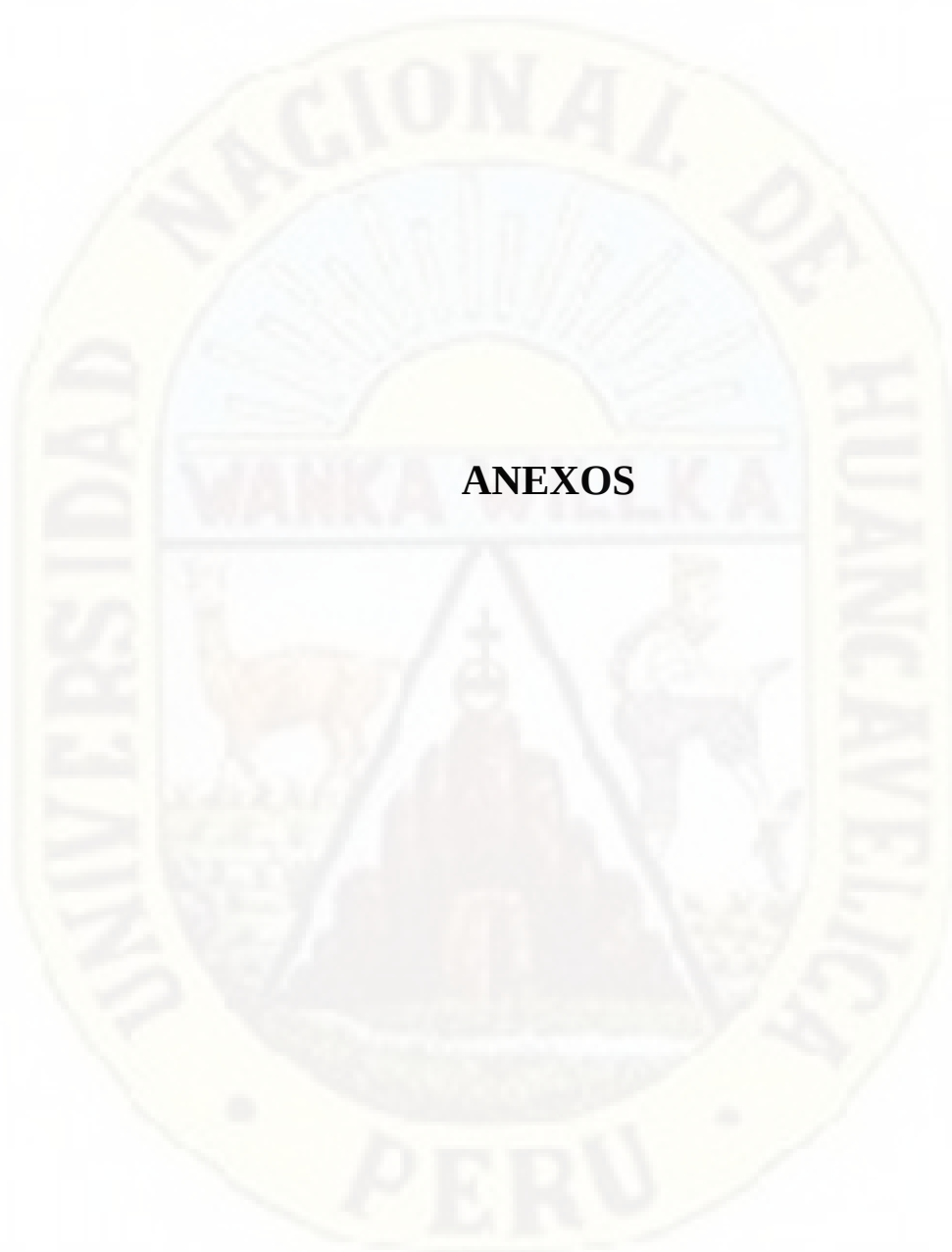
Al personal de salud, es importante considerar la procedencia rural y urbana de los usuarios a los servicios de salud sexual y reproductiva para las acciones sanitarias integrales, las visitas domiciliarias y el seguimiento del paciente; a fin de brindar una atención continua, con la consejería respectiva, detectar factores de riesgo relacionados al aborto y la consejería post aborto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

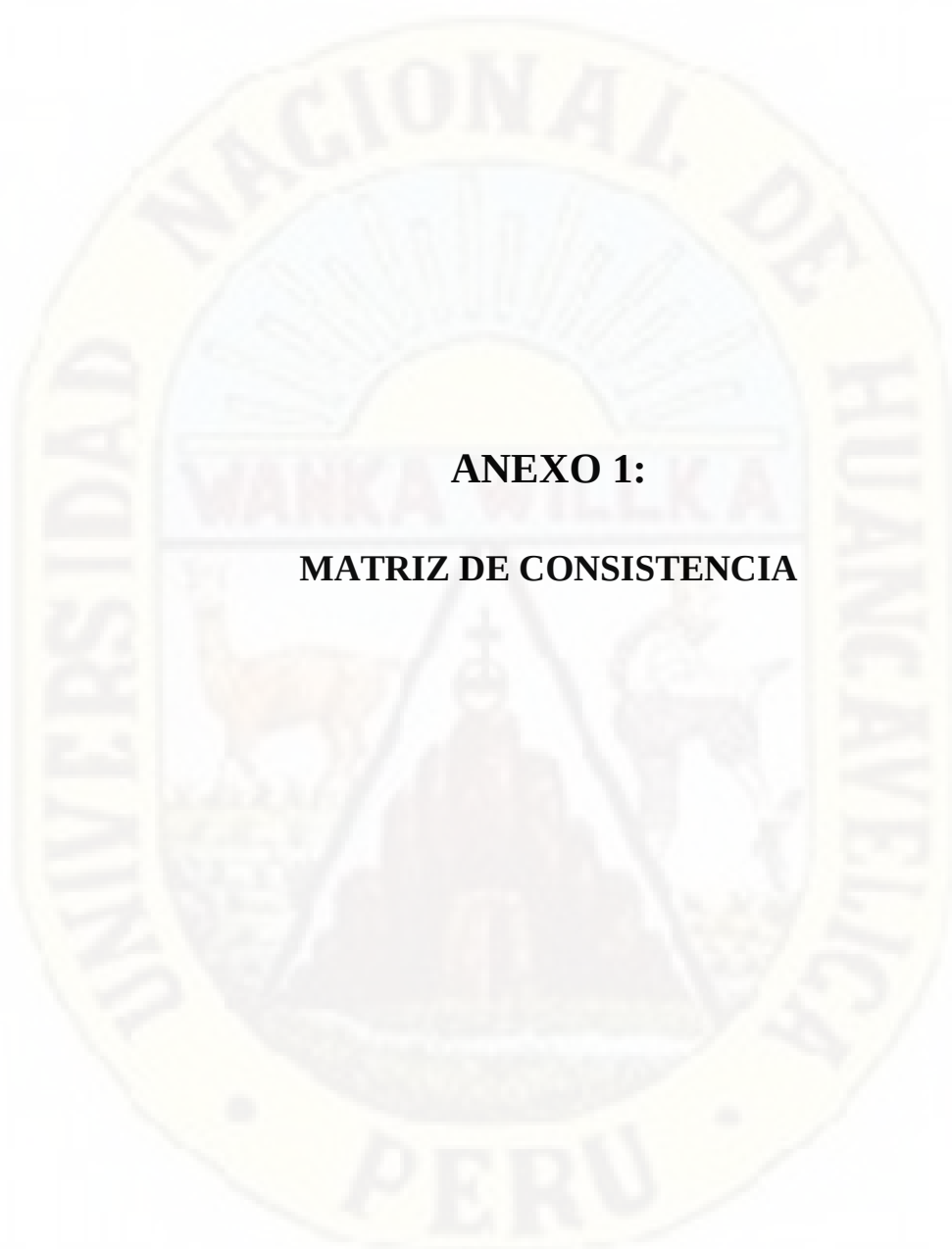
1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Williams. Obstetricia (24a. ed.): McGraw-Hill Interamericana; 2014.
2. OMS. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. [Comunicado de prensa conjunto de la OMS y el Instituto Guttmacher]. Washington D.C: Organizacion Mundial de la Salud; 2017 [cited 2018 04 de junio]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>.
3. OMS. Prevención del aborto peligroso. [Notas descriptivas]. Washington D.C: Organizacion Mundial de la Salud; 2018 [updated 19 de febrero de 2018; cited 2018 04 de junio]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
4. Sedgh G, Bankole A, Singh S, Eilers M. Niveles y tendencias del aborto legal por edad de la mujer al momento de la terminación del embarazo. Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2013, pp 2–13.
5. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. The Lancet. 2016;388(10041):258-67.
6. Souza SR, Andreoni S. Fatores associados ao aborto induzido entre jovens pobres na cidade de São Paulo, 2007. Revista Brasileira de Estudos de População. 2012.
7. Rodríguez B. Perú registra 400.000 abortos al año. Internacional, Aborto, Legislación y género. AmecoPress [Internet]. 13 marzo 2008 [cited 2018 04 junio]. Available from: <http://www.amecopress.net/spip.php?article1290>.
8. Andrade Moreira VN. Perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, Hospital Liborio Panchana. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2018.

9. Adjei G, Enuameh Y, Asante KP, Baiden F, Nettey OEA, Abubakari S, et al. Predictors of abortions in Rural Ghana: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2015;15:202-.
10. López Delgado FS, Morales Campoverde KG. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
11. Guerrero Córdova I. Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes Paíta durante el período julio a diciembre 2017. [Tesis]. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
12. Sandoval Angulo JA. Prevalencia de aborto en usuarias atendidas en el Centro de Salud I-4 Santa Clotilde Río Napo entre enero y setiembre del 2017. [Tesis]. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
13. Huanca Villano N, Quispe Fonseca MdM. Características personales, familiares, sociales y gineco-obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora-Lima, 2017. [Tesis]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
14. Tarqui-Mamani C, Barreda A, Barreda M, Sanabria-Roja H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2010;27:38-44.
15. Leveno KJ, Spong CY, Dashe JS, Casey BM, Hoffman BL, Cunningham FG, et al. *Williams Obstetrics*, 25th Edition: McGraw-Hill Education; 2018.
16. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. *Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos*. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
17. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*. 2015(128):336-50.

18. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
19. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped.* 2000;39(3):1-22.
20. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica.* 2003;82(2):182-8.
21. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
22. Rodríguez EC, Roura LC, Staff V, Martínez LA, Obstetricia SEdGy. Sego: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, 2 Tomos + Cd-Rom: Panamericana Editorial; 2003.
23. Roman EP, Ribeiro RR, Guerra-Júnior G, Barros-Filho AdA. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). *Rev Assoc Med Bras*(1992). 2009;55(3):317-21.
24. Aréchiga J, Serrano MDM, Mesa M, Mejía M, editors. Análisis comparativo de la edad media de menarquia en población mexicana. *Anales del Museo de América*; 1999: Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
25. Pimienta J, De la Orden A. Metodología de la investigación (3a. ed.): Pearson Educación; 2017.
26. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Education; 2014.
27. Fernández JLL. Metodología de la investigación epidemiológica: Editorial Manual Moderno; 2014.
28. Celis de la Rosa AdJs, Labrada Martagón V. Bioestadística. México: Editorial El Manual Moderno; 2014.



ANEXOS



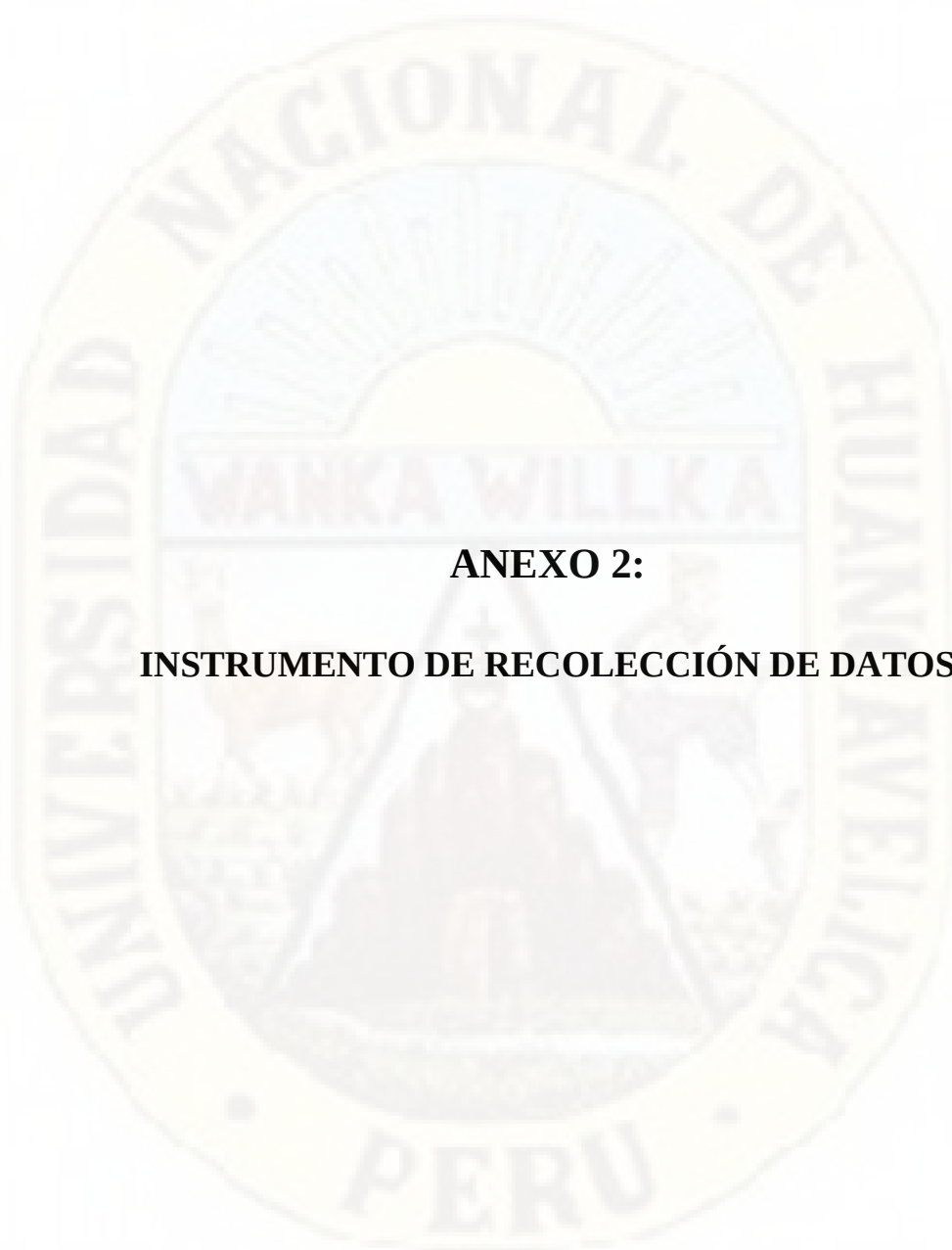
ANEXO 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD CARLOS TUPPIA GARCÍA GODO DE AYACUCHO, JUNIO DICIEMBRE DEL 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017? Problemas específicos ¿Cuál es la distribución por grupos etarios de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017? ¿Cuál es la distribución por características sociales de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017?	Objetivo general Determinar las características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017. Objetivos específicos Determinar la distribución por grupos etarios de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017. Determinar la distribución por características sociales de las mujeres con diagnóstico de abortos atendidos en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017.	El estudio obedece a la necesidad de conocer las características sociales de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Ayacucho, junio diciembre del 2017, ya que el aborto en si es un problema de salud que puede conducir a una muerte materna por sus complicaciones y sus implicancias constituyen un problema de salud pública, que afecta a gran parte de las mujeres en edad fértil. Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características sociales en su contexto actual; lo que permitirá implementar mejoras en las actividades de intervención; que contribuyan a la disminución del aborto en las mujeres en edad fértil, fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción de una vida saludable y la prevención de la enfermedad, adoptando incluso una actitud más responsable hacia la vida sexual; por otra parte servirá para que los profesionales tengan un conocimiento de las condiciones sociales en las que viven las mujeres en edad fértil. Del mismo modo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.	Características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto	Características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto	Registro de la edad de la paciente con diagnóstico de aborto. Registro de la edad de la menarquia Registro de la edad de la primera relación sexual. Registro del número de parejas sexuales. Registro del lugar de procedencia de la paciente con diagnóstico de aborto. Registro de la ocupación de la paciente con diagnóstico de aborto. Registro del estado civil de la paciente con diagnóstico de aborto. Registro del nivel educativo de la paciente con diagnóstico de aborto. Registro de la paridad de la paciente con diagnóstico de aborto. Registro de antecedente de aborto Registro del peso de la paciente antes del embarazo. Registro de la Talla de la paciente antes del embarazo. Índice de masa corporal pre gestacional de la adolescente embarazada	Edad de la paciente con diagnóstico de aborto en años. Edad de la menarquia en años Edad de la primera relación sexual en años Número de parejas sexuales lugar de procedencia de la paciente con diagnóstico de aborto. Tipo de ocupación de la adolescente embarazada Madre soltera Madre conviviente Madre casada Madre viuda Madre divorciada Madre sin estudios Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Nulípara Primípara Múltípara Antecedente de aborto de la paciente Peso antes del embarazo Talla antes del embarazo Bajo peso (<19.8) Normal (19.8-26.0) Sobrepeso (26.1-29.0) Obesidad (>29.0)	Numérico Numérico Numérico Numérico Nominal Nominal 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 Si (1) No (2) Numérico Numérico 1 2 3 4	Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). Tipo de investigación investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo. Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno Esquema: M O M: Mujeres con diagnóstico de aborto O: Características sociales Población, muestra, muestreo La población Son todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, junio a diciembre del 2017; según registros estadísticos son un total de 149 mujeres con diagnóstico de aborto. Muestra: El estudio será censal. La muestra de estudio la constituirán todas las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas Hospital II EsSalud de Ayacucho, junio a diciembre del 2017.



ANEXO 2:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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

FORMATO N° 01

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS SOCIALES
DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO**

Investigación: CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD DE AYACUCHO, JUNIO DICIEMBRE DEL 2017.

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

I. DATOS GENERALES:

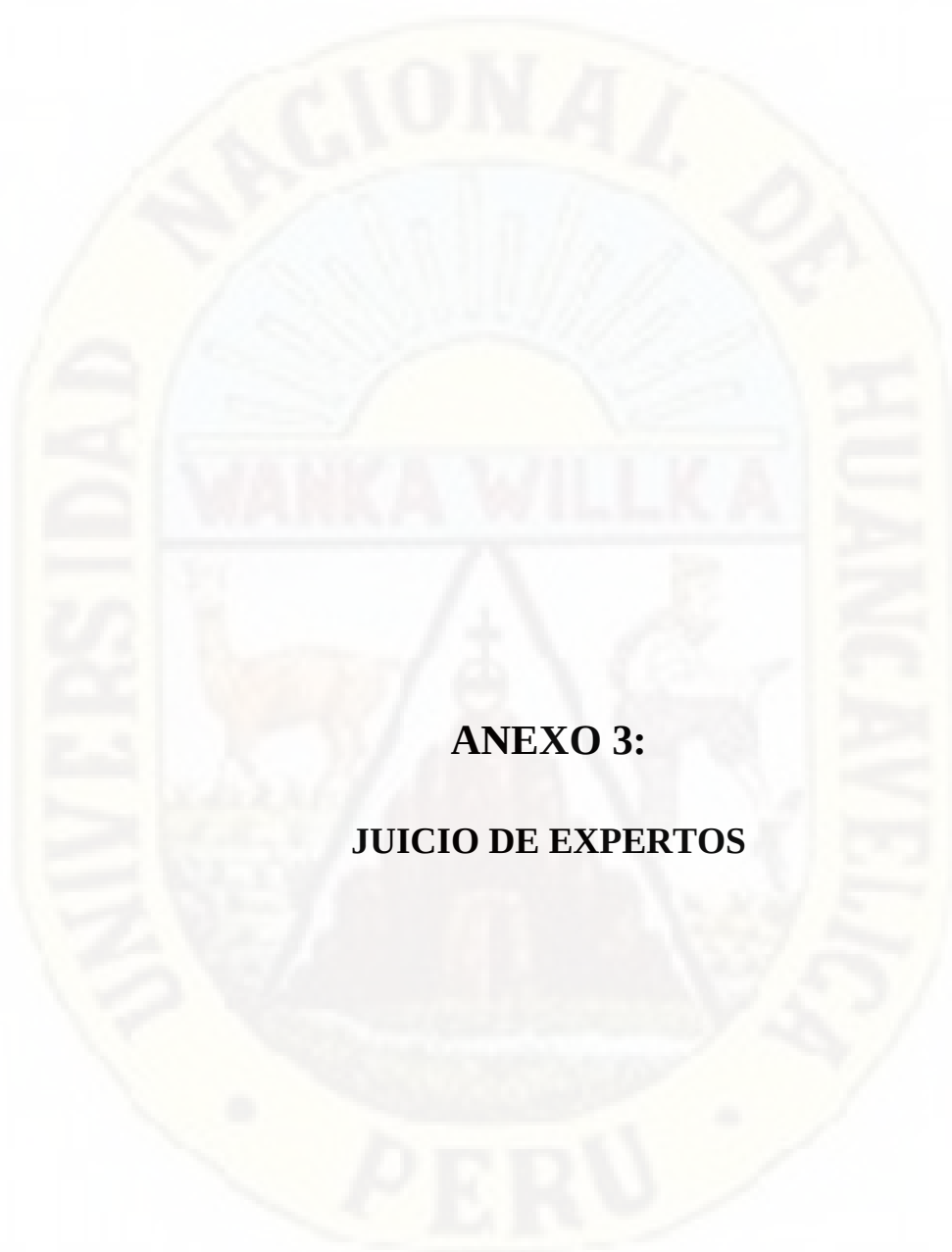
- 1.1. Ficha N°: _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2018. Hora del llenado: ____ : ____ horas
- 1.4. Provincia: _____
- 1.5. Distrito: _____
- 1.6. N° de historia clínica: _____

II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (marque con una “X” o registrar los datos según corresponda)

- a. Edad de la paciente con diagnóstico de aborto _____ años.
- b. Edad de la menarquia _____ años.
- c. Edad de la primera relación sexual _____ años.
- d. Número de parejas sexuales _____
- e. Lugar de procedencia (barrio, comunidad, pueblo joven, asentamiento humano u otras) _____
- f. Tipo de ocupación de la paciente con diagnóstico de aborto: _____
- g. Estado civil de la paciente con diagnóstico de aborto
 - a) Madre soltera (1)
 - b) Madre conviviente (2)
 - c) Madre casada (3)

- d) Madre viuda (4)
- e) Madre divorciada (5)
- f)
- h. Nivel educativo de la paciente con diagnóstico de aborto
 - a) Madre sin estudios (1)
 - b) Primaria Incompleta (2)
 - c) Primaria completa (3)
 - d) Secundaria incompleta (4)
 - e) Secundaria completa (5)
 - f) Superior incompleta (6)
 - g) Superior completa (7)
- i. Paridad de la paciente con diagnóstico de aborto (Número de partos antes del aborto): _____
- j. Antecedente de aborto: Si (1) No (2)
- k. Peso antes del embarazo _____._____ kilogramos
- l. Talla antes del embarazo _____._____ metros

Observaciones:



ANEXO 3:
JUICIO DE EXPERTOS

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

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD DE AYACUCHO, JUNIO DICIEMBRE DEL 2017.

Investigador: Obsta. Erin Yanissa Valenzuela Retamozo

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 SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO 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: Características sociales de las mujeres con diagnóstico de aborto						
1	Edad de la paciente con diagnóstico de aborto.					
2	Edad de la menarquia en años.					
3	Edad de la primera relación sexual en años.					
4	Número de parejas sexuales.					
5	Lugar de procedencia.					
6	Tipo de ocupación de la paciente con diagnóstico de aborto.					
7	Estado civil de la paciente con diagnóstico de aborto.					
8	Nivel educativo paciente con diagnóstico de aborto.					
9	Paridad de la paciente con diagnóstico de aborto.					
10	Antecedente de aborto.					
11	Peso antes del embarazo en kilogramos.					
12	Talla antes del embarazo en metros.					
13	Índice de masa corporal pre gestacional.					

Recomendaciones:

.....

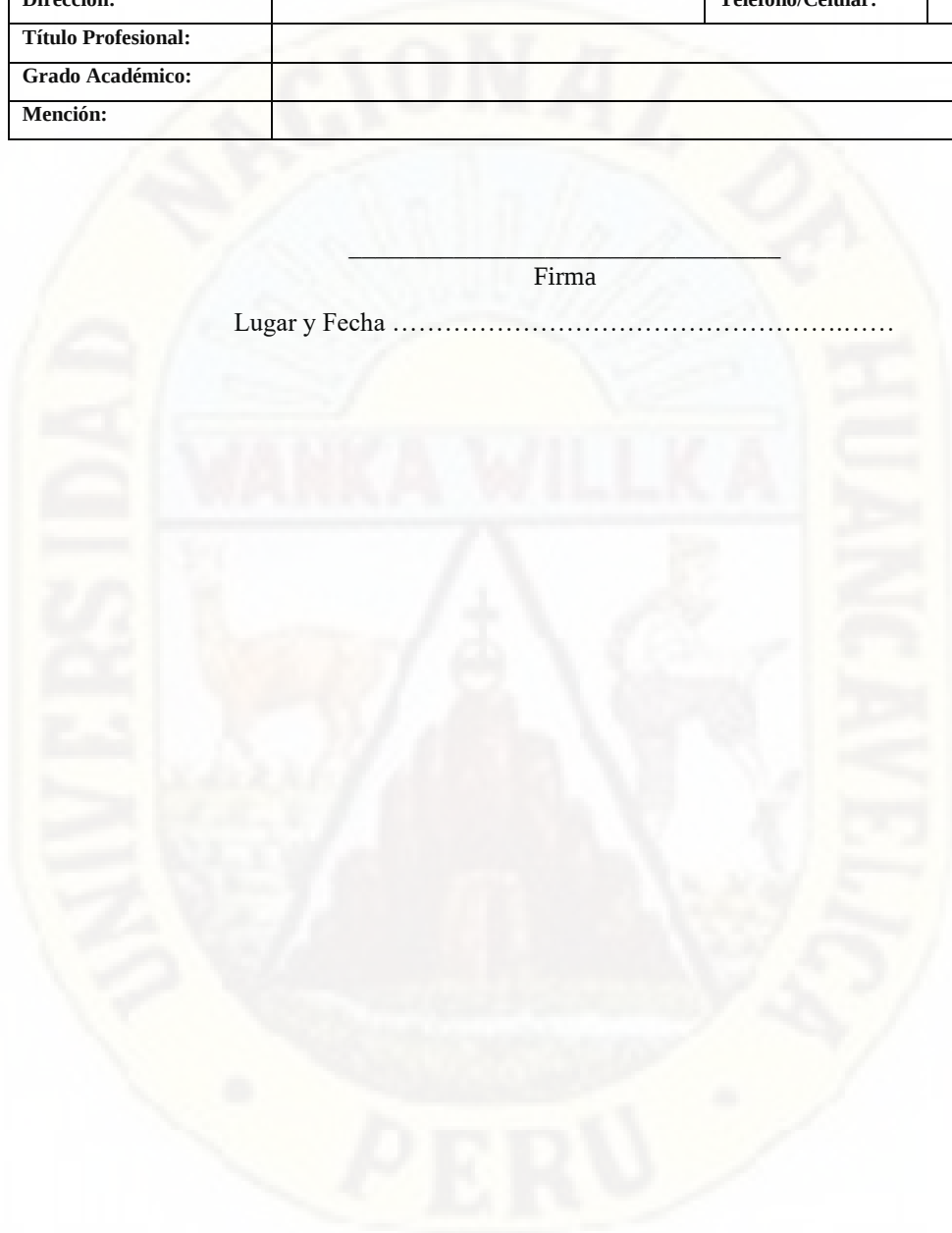
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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



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

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

Investigación:

CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD DE AYACUCHO, JUNIO DICIEMBRE DEL 2017.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		↓	↓	↓	↓	↓
		A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez $= \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

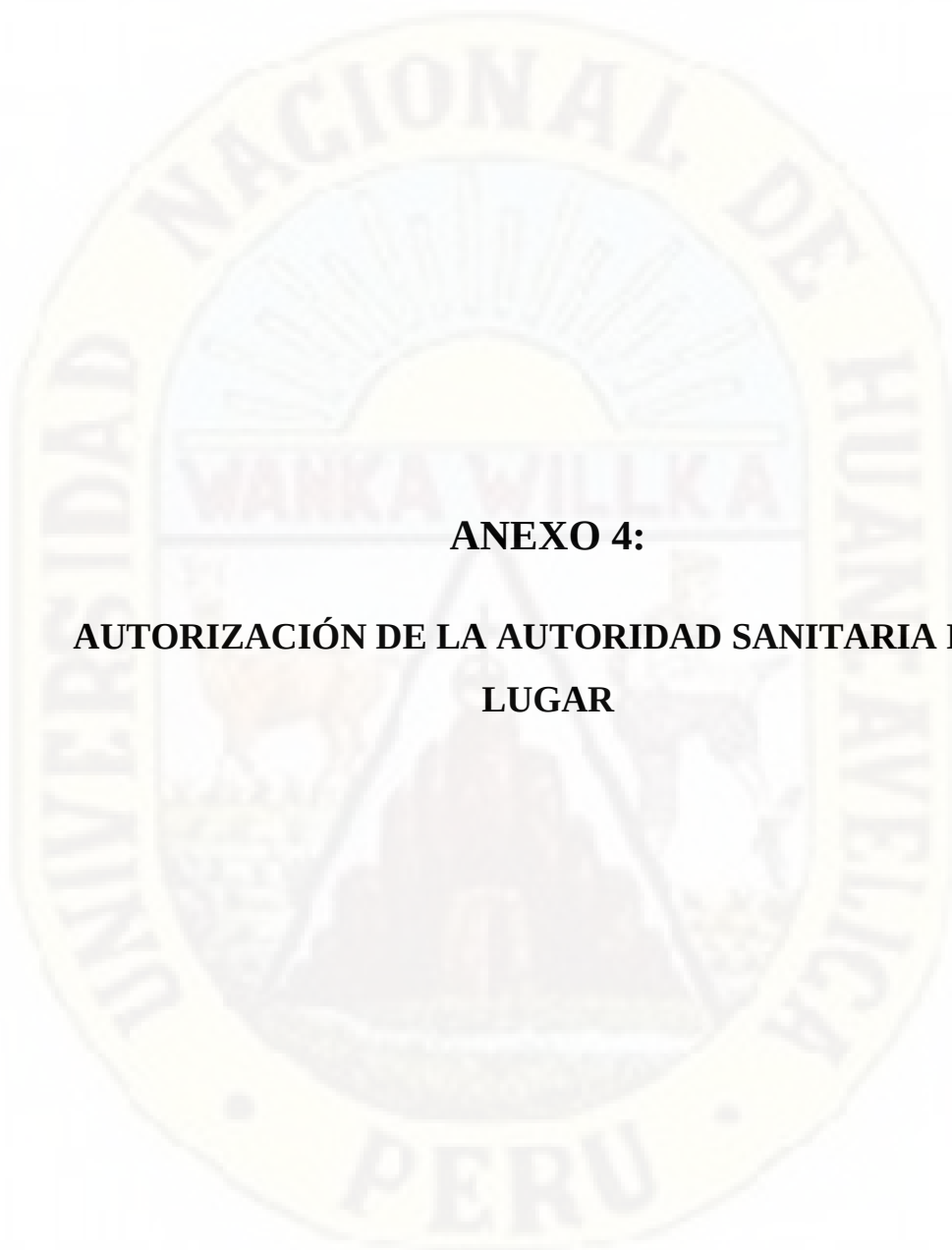
3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	☐	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	☐	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	☐	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

.....
.....
.....

.....
Firma del Juez



ANEXO 4:
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL
LUGAR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR
HOSPITAL II ESSALUD DE AYACUCHO

SD.

Yo, Erin Yanissa Valenzuela Retamozo identificado (a) con D.N.I. N° 43898940, 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 CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD DE AYACUCHO, JUNIO DICIEMBRE DEL 2017;
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.

Junín, 30 de marzo del 2018

Firma del Interesado