

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



TESIS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS
ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO. CENTRO DE SALUD
BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2021**

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

Presentado por la:

Bachiller: Nancy Quiroz Fernández

Asesora:

Dra. Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva

Cajamarca-Perú

2022

Copyright © 2022 by

Quiroz Fernández, Nancy

Todos los derechos reservados

SE DEDICA A:

A Dios por darme la vida, ser infinito que con su gran poder me brinda las fuerzas necesarias para seguir adelante, guiando cada paso en mi vida y permitirme lograr cada una de mis metas.

Con gran gratitud y amor dedico este trabajo a mi padre Benito y a mi madre Dalila, a quienes valoro y amo con todo mi corazón por brindarme su apoyo para seguir estudiando y poder lograr el objetivo trazado en mi futuro y lograr ser su orgullo, por todo su esfuerzo y sacrificio que hicieron por mí.

Nancy

SE AGRADECE A:

Mi alma Máter, la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme durante todos los años de mi preparación profesional.

A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia y a todos los docentes que me inculcaron conocimientos y experiencias compartidas para mi formación profesional.

Mi asesora Dra. Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva por su apoyo incondicional, paciencia y su tiempo para el desarrollo de la presente investigación.

Al Centro de Salud Baños del Inca, que permitieron la realización de la presente investigación.

Nancy

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE LAS TABLAS	vii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema:.....	5
1.3 Objetivos.....	5
1.4 Justificación de la investigación:	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.1.1 Nivel internacional.....	8
2.1.2 Nivel nacional.....	9
2.1.3 Nivel local	12
2.2 Bases teóricas	13
2.2.1. Factores sociodemográficos	13
2.2.2. Factores obstétricos	16
2.2.3. Aborto	19
2.3. Hipótesis	28
2.4. Variables.....	29
2.5. Conceptualización y operacionalización de variables.....	30
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	31
3.2. Área de estudio.....	32
3.3. Población y muestra.....	32
3.4. Unidad de análisis.....	32
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	32
3.6. Técnicas de recolección de datos	33
3.7. Descripción del instrumento	33

3.8. Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de los datos.....	34
3.9. Consideraciones éticas	34
CAPÍTULO IV	35
RESULTADOS	35
CAPITULO V	40
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	40
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	59

ÍNDICE DE LAS TABLAS

		Pág.
TABLA N° 1	Factores sociodemográficos de las pacientes con aborto atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca 2021.	39
TABLA N° 2	Factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca 2021.	40
TABLA N° 3	Factores obstétricos de las pacientes con aborto atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca 2021.	41
TABLA N° 4	Factores obstétricos asociados al aborto incompleto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca 2021.	42

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
MINSA	Ministerio de Salud
PROMSEX	Promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos
ASIS	Análisis de Situación de Salud
HRDC	Hospital Regional Docente Cajamarca
ASBOG	Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología
SEGO	Asociación Española de Ginecología y Obstetricia

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la relación de los factores sociodemográficos y obstétricos con el aborto incompleto de las pacientes que se atendieron en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2021. El diseño y tipo de estudio fue no experimental de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y retrospectivo; para ello se tomó una muestra de 60 mujeres que acudieron al servicio de emergencia y tuvieron un diagnóstico de aborto, de los cuales 47 tuvieron aborto incompleto, durante los meses de enero a agosto 2021. Se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos cuya fuente fueron las historias clínicas de cada paciente. Los resultados indicaron: prevalencia del aborto incompleto con un 78% y los factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto fueron: el 57% perteneció al grupo etáreo de 30-49 años, el 43% conviviente, el 89% de procedencia rural; no tuvieron asociación, 32% primaria incompleta, 91% ama de casa. Los factores obstétricos asociados al aborto incompleto fueron: el 72% de abortos incompletos sucedió entre las 10-15 semanas, el 47% fueron multigesta, el 64% no tuvieron ningún antecedente de aborto, período intergenésico fue de 2 a 5 años 36%; no tuvo asociación, el 55% no tuvieron control prenatal. Se concluye que si hay relación significativa de los factores sociodemográficos y obstétricos con el aborto incompleto y son la edad ($p=0.000$), estado civil ($p=0.026$), procedencia ($p=0.000$), edad gestacional ($p=0.032$), número de gestas ($p=0.015$), antecedentes de aborto ($p=0.033$), período intergenésico ($p=0.002$).

Palabras claves: Aborto incompleto, factores sociodemográficos y factores obstétricos.

ABSTRACT

The objective of this research work was to determine the relationship between sociodemographic and obstetric factors with incomplete abortion in patients who were treated at the Baños del Inca Health Center, Cajamarca, 2021. The design and type of study was non-experimental quantitative, descriptive correlational and retrospective; For this, a sample of 60 women who attended the emergency service and had a diagnosis of abortion was taken, of which 47 had an incomplete abortion, during the months of January to August 2021. The data collection form was used as an instrument whose source were the medical records of each patient. The results indicated: prevalence of incomplete abortion with 78% and sociodemographic factors associated with incomplete abortion were: 57% belonged to the age group of 30-49 years, 43% cohabiting, 89% of rural origin, they had no association, 32% incomplete elementary school, 91 housewives. The obstetric factors associated with incomplete abortion were: 72% of incomplete abortions occurred between 10-15 weeks, 47% were multiple pregnancies, 64% had no history of abortion, intergenetic period was 2 to 5 years 36%, had no association, 55% had no prenatal control. It is concluded that if there is a significant relationship between the factors sociodemographic and obstetric factors with incomplete abortion, which are age ($p=0.000$), marital status ($p=0.026$), origin ($p=0.000$), gestational age ($p=0.032$), number of pregnancies ($p=0.015$), abortion history ($p=0.033$), intergenetic period ($p=0.002$).

Keywords: Incomplete abortion, sociodemographic factors and obstetric factors.

INTRODUCCIÓN

El aborto representa un problema de salud que afecta a nivel mundial ya que constituye una de las causas importantes de morbilidad materna. Según el Instituto Guttmacher entre los años 2015 a 2019 se dieron aproximadamente 121 millones de embarazos no deseados, de estos el 61% terminó en aborto, la incidencia del aborto varía de acuerdo a los factores sociodemográficos y según la OMS la mayor tasa de abortos se da en la población joven, también define al aborto como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes de que el feto alcance 500 gramos de peso (1,2). El aborto incompleto se asocia estrechamente con el aborto inseguro en muchas partes del mundo (3).

En el Perú el aborto se encuentra penalizado, para el año 2018, el 19% de las mujeres se han realizado un aborto, de los cuales el 50,9% de las mujeres hospitalizadas por aborto incompleto son menores de 25 años, dando a conocer que una de cada cinco mujeres abortó alguna vez en su vida; dentro de los factores importantes se encontró que las mujeres tuvieron una formación secundaria, convivientes, con un bajo nivel sociocultural, procedentes de zonas rurales, amas de casa y sin controles prenatales (4,4,5).

La salud de las usuarias con diagnóstico de aborto, pueden verse afectadas con repercusiones a largo plazo; en la región Cajamarca la prevalencia de aborto fue de 20.6% en el año 2017 (6). En el Hospital Regional Docente Cajamarca durante el año 2015, hubo 383 abortos incompletos, cifra que aumentó notablemente para el año 2019 llegando casi a duplicar, teniendo un registro 687 abortos, lo cual indica que se presentó casos de aborto diario (8). Desde esta perspectiva es que se realizó la siguiente investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el aborto incompleto, de las pacientes que se atendieron en el Centro de salud Baños del Inca durante los meses de enero a agosto 2021.

Estructuralmente el presente trabajo de investigación consta de cinco capítulos descritos a continuación:

CAPITULO I: Se presenta el planteamiento del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPITULO II: Se describen los antecedentes internacionales, nacionales y locales; bases teóricas, hipótesis y operacionalización de variables.

CAPITULO III: Corresponde al diseño metodológico, área de estudio, población y muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnica de recolección de datos, descripción del instrumento, técnicas de procesamiento y por último criterios éticos.

CAPITULO IV: Se detallan los resultados de la investigación donde se consideran las tablas con sus descripciones.

CAPITULO V: Corresponde al análisis y discusión de resultados.

Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al aborto como la interrupción del embarazo cuando el embrión aún no es viable fuera de la cavidad uterina, es decir antes de las 22 semanas de gestación y con un peso del producto menor de 500 gr, también dice que la mortalidad materna se asocia principalmente a los abortos peligrosos entre un 4,7% y 13,2% cada año, que incluye al aborto incompleto. Se estima que, en las regiones desarrolladas, se registran 30 muertes maternas por cada 100 000 abortos, cifra que aumenta hasta las 220 y las 520 defunciones en regiones en desarrollo y en el África (1).

Según la OMS y el Instituto Guttmacher anualmente entre los años 2015 y 2019 ocurrieron aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados. De los cuales el 61% terminó en aborto, siendo mujeres entre los 15 – 49 años de edad. Esto se traduce en 73 millones de abortos por año. La incidencia del aborto varía entre los diferentes grupos de población, según los factores demográficos, económicos, culturales, social, según lugar de residencia urbana o rural, teniendo en cuenta esto en América Latina y el Caribe, según OMS, la mayor incidencia del aborto incompleto se encuentra en la población joven, la tasa de aborto en adolescentes de 15-19 años es de 20 % y en mujeres entre 20-29 años es de 40 % (1,2).

Según un informe publicado en el 2018 por el Instituto Guttmacher, en 14 países en desarrollo, en los que el aborto es frecuente, el 40% de las mujeres que tienen un aborto llegan a desarrollar complicaciones que requieren atención médica. En todas las regiones en desarrollo excepto Asia Oriental, se estima que al año se tratan a 6,9 millones de mujeres por complicaciones; sin embargo, muchos más que necesitan tratamiento no llegan a recibir una adecuada atención. Este informe menciona a su vez que a nivel global mueren anualmente 70.000 mujeres a causa de un aborto,

además de esto, un número mayor de mujeres en países en desarrollo experimentan consecuencias a corto y largo plazo. Las complicaciones más frecuentes son el aborto incompleto, hemorragia y las infecciones (3)

Según la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog), la incidencia de abortos espontáneos ocurre en las primeras semanas del embarazo, el cual el 80% ocurre en las primeras 12 semanas y 20% después de la semana 12 hasta las 20 semanas. El aborto recurrente se encuentra en 1% de todas las mujeres en edad fértil. En adolescentes esta cifra puede llegar a alcanzar entre 10% y 12 %, mientras que en las mujeres mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces (40).

El Perú no es ajeno a esta problemática, en el año 2018 el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) realizó una encuesta en el Perú, encontrando que el 19% de las mujeres entre 18 y 49 años se han realizado un aborto, y con mayor frecuencia sucede en mujeres menores de 30 años, en cuanto al nivel educativo, las estadísticas sugieren que el aborto no se limita a las mujeres con niveles educativos bajos, llegando a encontrar en inicial o primaria 9%, secundaria 46%, formación superior 45% (41). Otro estudio menciona que el 50,9% de mujeres son hospitalizadas por aborto incompleto y son menores de 25 años. También alude que el 55,1% de abortos se dan en convivientes, en un nivel sociocultural bajo y sin controles prenatales. Así mismo mencionan que las personas solteras son más propensas a tener un aborto, cabe también mencionar que la mayor incidencia se presenta en mujeres que proceden de la zona rural y de ocupación amas de casa (4,5).

En la Región de Cajamarca, el Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2017 reporta que la atención de abortos fue de 20,6%(6). En el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), en el año 2015 se han registraron 383 abortos incompletos, una cifra considerablemente menor a la nacional, pero relativamente alta teniendo en cuenta las complicaciones que pueden presentarse en la mujer (7). Para el año 2016 se registraron muertes maternas teniendo al aborto complicado el 3.4% y en 7.6% al aborto complicado con sepsis. En el año 2019 se han atendido 687 mujeres por aborto, concluyendo que en promedio se han atendido 02 abortos por día, el mes con mayor cantidad de casos fue en octubre, el grupo de edad más afectado esta entre los 18 a 29 años (48.9%) (8).

En el Centro de Salud Baños del Inca - Cajamarca, actualmente ya se atienden abortos, por lo que es frecuente la llegada de estos casos, encontrando durante los meses de enero a agosto del año 2021 a 60 pacientes atendidas con diagnóstico de

aborto de los cuales 47 fueron abortos incompletos. No existe un estudio específico en este lugar la cual ofrezca datos actualizados al respecto, por lo que se desconoce cuáles serían factores sociodemográficos y obstétricos que pueden estar asociados al aborto incompleto, es por ello que surgió la idea de la realización de este estudio con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos como la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y los factores obstétricos como la edad gestacional, número de gestas, antecedente de aborto, período intergenésico y control prenatal, relacionados con el aborto incompleto en el Centro de Salud Baños del Inca, de esta manera se estaría aportando datos y estadísticas actualizadas.

1.2 Formulación del problema:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con el aborto incompleto en el Centro de Salud Baños del Inca en Cajamarca 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con el aborto incompleto en el Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca 2021

1.3.2. Objetivos específicos

- Especificar los factores sociodemográficos edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción y ocupación, relacionados con el aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca 2021.
- Identificar los factores obstétricos edad gestacional, número de gestas, antecedentes de aborto, periodo intergenésico y control prenatal, relacionados con el aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca 2021.

1.4. Justificación de la investigación:

El aborto a nivel mundial es un problema de salud pública por su alta incidencia y mortalidad, debido a las secuelas físicas y psicológicas; que puedan presentar las pacientes después de un aborto ya sea espontáneo o inducido. La OMS y el Instituto Guttmacher entre los años 2015 y 2019 reportaron 121 millones de embarazos no planeados, de los cuales el 61% terminó en aborto y el 40% de estos llegó a tener complicaciones que requirieron atención médica (1,2).

La OMS expresa una importante preocupación por el aborto incompleto, debido a que esto puede provocar complicaciones graves, que, si no se llegan a diagnosticar y a dar tratamiento oportuno, estas pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Dentro de las principales complicaciones que puede causar un aborto incompleto, está el shock hipovolémico e infecciones, lo que aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países. Al aborto incompleto se le ha vinculado estrechamente al aborto inseguro en muchas partes del mundo (43).

Teniendo en cuenta que el aborto puede presentar complicaciones en la mujer ocasionando problemas ya sea en la salud sexual y reproductiva e incluso pudiendo comprometer su vida, a pesar que el Ministerio de Salud realiza esfuerzos para disminuir esta problemática, frente a esto se planteó realizar la presente investigación buscando determinar los factores sociodemográficos y obstétricos que ayuden al personal de salud identificar algunos problemas que estarían llevando a la mujer a presentar un aborto poniendo en riesgos sus vidas.

En el Centro de Salud Baños del Inca, el aborto es una preocupación debido a que es un serio problema de salud pública, llegan mujeres con hemorragia o infecciones a consecuencia de un aborto; y aunque en muchas ocasiones, es difícil conocer si es espontáneo o inducido, el aborto incompleto está estrechamente relacionado con el aborto inseguro, dicha condición aumenta las posibilidades de que las mujeres en cualquier edad experimentan un embarazo y varias de ellas busquen la manera de terminar, considerando al aborto como la mejor alternativa sin tener en cuenta a los riesgos que puedan estar sometida, por lo que fue importante determinar, al menos, algunos factores sociodemográficos y obstétricos que están asociados a esta situación, como son la edad, nivel educativo, estado civil, procedencia, ocupación, edad gestacional, número de gestas, antecedente de aborto, periodo intergenésico, control prenatal; que orientaron a identificar la problemática.

El presente estudio pretendió dar a conocer la realidad de la problemática y con los datos reales y actualizados que se obtuvo se pueda ofrecer la información para los que estén interesados en fortalecer los programas de prevención en salud, planificación familiar y educación sexual, dirigidos a la población en general y de manera especial a las mujeres mayores de 35 años que se encuentran más vulnerables a presentar esta condición. También a que los profesionales de la salud puedan hacer uso de estos para poder actuar de forma preventiva-promocional incidiendo en los que se puedan modificar y así se pueda disminuir la incidencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Nivel internacional

Paillacho A, Rubio A. (Quito,2019), en su estudio se analizó los factores demográficos y clínicos obstétricos que inciden en el aborto en mujeres en edad fértil en el Hospital General Enrique Garcés en Quito; de los cuales se encontró, dentro de los factores sociodemográficos como: grupo etario prevaleció entre 10 a 29 años, nivel de instrucción bajo (primaria y secundaria), sin relación conyugal establecida (soltera, unión libre) y factores clínicos obstétricos como: causa de aborto (desconoce de su embarazo, resbalo de su propia altura o escalera), número de abortos (1 o 2 abortos), son factores altamente influyentes para que las mujeres sean propensas a presentar abortos (9).

Herrera S. (Loja 2017), en el presente estudio se determinó los factores que influyen en la frecuencia por lo que se produce los abortos, tuvo como resultados las pacientes jóvenes con edad de 14-25 años presentaron mayor índice de abortos con un 28,6% (n = 12), el factor principal para la presentación de aborto fueron los traumatismos (caída de su propia altura) con un 33,3 % (n = 14). El dolor abdominal en hipogastrio fue el síntoma más frecuente con 59.5% (n = 25), seguido de sangrado genital con 37 %. Después del aborto, en la mayoría de pacientes no se registraron complicaciones médicas en un 76% (n = 32) y en menor porcentaje se presentaron sangrados e infecciones (10).

Santana G, Marín G. (Guayaquil, 2017), en su estudio determinó las causas que influyen en el aborto de las adolescentes en las edades de 12 a 18 años de edad en un hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil; se encontraron como resultados que las edades que tienen un incidencia de aborto en la adolescencia en

dicha institución de salud son de 16 a 18 años de edad; las causas más comunes por la cual se terminó en aborto en las adolescentes son presión familiar, inestabilidad de pareja y el miedo a la expectativa social y efectos psicológicos más frecuentes en estos casos son trastornos del sueño, depresión y vergüenza; los efectos sociales más frecuentes fueron deseo de acabar la relación con la pareja, aislamiento y la disminución de capacidad de trabajo(11).

2.1.2. Nivel Nacional

Leon R. (Piura, 2019), identificó los factores de riesgo asociados en mujeres adolescentes con aborto, atendidas en el Hospital de Sullana II-2, Piura, 2019. Tuvo como resultados según factores sociodemográficos, 55,9% de las adolescentes tienen entre 17- 19 años, 80% son amas de casa, 86,5 % de nivel secundaria, 75,3% proceden de zonas urbanas, 90,6% y 95,3% son solteras y católicas, respectivamente. En cuanto a los factores obstétricos: Ninguna presentó abortos previos ni acudieron por APN, 87.1 cursaban su primera gestación, siendo la edad gestacional promedio de la ocurrencia del aborto las 8.82 ± 2.53 semanas. Según factores sexuales, 90,6% iniciaron su vida sexual entre los 14 – 16 años, 92,9% refieren una pareja sexual y 67.6% no utilizan métodos anticonceptivos. Con relación al aborto, según la edad gestación 97.1% fueron abortos tempranos y 82,9% abortos incompletos según la clínica (14).

Morales H. (Lima, 2019), en su estudio determinó los factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de gineco obstetricia del Hospital San José durante enero- diciembre 2019, encontrando como resultados que el 86,5 % del total de pacientes presentaron edades comprendidas en el rango de 15-35 años, así como la procedencia predominante fue el callao con un 57,7% y el grado de desempleo fue del 76,8% en las pacientes así un en $OR= 1,641$ y un valor de $p= 0,03$ (19).

Bautista I, Chuchon R. (Huancavelica,2018), en su estudio determinaron las características sociodemográficas y reproductivas de las usuarias atendidas por aborto en el Hospital II Es Salud de Ayacucho, 2018 y 2019. Encontrando como resultados la incidencia del aborto en los años 2018 y 2019 fueron de 28,6% vs 22,1%; las edades de las usuarias fueron: mayores de 35 años el 54,1%, seguido de 20 a 34 años el 44%; el grado de instrucción fue superior universitario el 48,4%, la actividad realizada fue docente el 27,3%, personal de salud (enfermera/ técnico en enfermería el 10,6%; empleado público el 9,4%, estudiante el 13,5% y ama de casa el 8,9%; la

religión católica fue del 94,3%; su situación conyugal fue conviviente el 53,4%, la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 19 años con edad mínima de 12 años; la edad promedio de la menarquia fue a los 13 años; el embarazo se interrumpió antes de las 12 semanas en el 89,2%, el espacio intergenésico fue adecuado el 34,4%, seguido del corto el 26,4%; fue el primer embarazo el 23,6%; el promedio de hijos fue uno, pues más del 75% tenía más de un hijo; el método anticonceptivo utilizado antes del último embarazo fue el método del ritmo el 49,3%, método que elevó su uso del 2019 al 2019 de 34% a 63,4%; el preservativo disminuyó su uso de 30,6% a 14,1% y el 24,5% no utilizaron método anticonceptivo; el tipo de aborto frecuente fue incompleto el 58,7%, seguido del aborto frustrado el 35,6%, aborto en curso el 3,9% (13).

Mogrovejo M. (Lima, 2018), en su estudio se encontró que la incidencia de las pacientes que presentaron aborto más frecuente fue entre las edades de 21 y 29 años (64,9%), el grado de instrucción de secundaria (77,37%), la mayoría de pacientes fueron procedentes de Comas (62%), en la ocupación eran amas de casa (41,95%), el estado civil fue conviviente (51,8%), en la edad gestacional que más frecuentemente encontrada osciló entre 8-10 semanas de gestación (63,76%), las pacientes que no presentaban ningún antecedente de aborto representó el (52%) y en antecedentes de gestaciones presentó 2 gestaciones el 57,38% de las pacientes (16).

Lume M. (Huancayo, 2018), en la presente investigación determinó los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el servicio obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018, encontrando como resultados que el 70% de las mujeres estudiadas presentaron aborto incompleto. En la variable factores socio demográficos: Edad 16% son adolescentes, 12% son solteras, 14% no tienen instrucción; factores maternos: 34% presenta ITU, 47% tienen algún nivel de anemia, 21% tienen bajo peso según su IMC, factores obstétricos: 84% son multíparas; 22% tenía una edad gestacional mayor de 13 semanas; y 47% no tenía APN (17).

Mendoza M. (Lima, 2018), en su estudio determinó los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años en el servicio de emergencia gineco obstétricas del Hospital San Juan de Lurigancho-Lima entre septiembre y diciembre 2018; en donde encontró como resultado que el 33,5% de las pacientes evaluadas se encuentra entre 19 y 24 años, el 45,7% estuvo entre 25 y 30 años y el 20,8% están entre 31 y 35 años. El 5,2% de las pacientes evaluadas presenta grado de instrucción primaria, el 30,1% tiene secundaria incompleta, el 40,5% culminó la secundaria, el 6,9% llevaron estudios superiores incompletos y el 17,3% terminaron estudios superiores.

Así también 49,7% de las pacientes fueron solteras, el 36,4% convive con su pareja y el 13,9% se encuentran casadas. Según la ocupación del total de pacientes evaluadas, el 30,1% son ama de casa, el 37,6% estudian y el 32,4% cuentan con un trabajo. El 90,2% de las pacientes indica que no consume tabaco, mientras que el 9,8% sí. El 19,7% de las pacientes indica que no realiza consumo de alcohol, mientras que el 80,3% sí. El 96,0% de las pacientes indica que no consume drogas, mientras que el 4,0% señala que sí las consume (18).

Guerrero I. (Piura, 2017), en su estudio 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 multigesta 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%) (15).

Cora V. (Iquitos, 2017), en su estudio determinó la asociación que existe entre los “Factores sociodemográficos y la actitud hacia el aborto en usuarias atendidas en los hospitales del MINSA- Iquitos, durante el primer trimestre del 2017”. Obteniendo como resultado: Existe asociación estadística significativa entre edad de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), la ocupación de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), nivel económico de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), grado de instrucción de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$) y la religión de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$). No existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,696$) y procedencia de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,243$) (44).

2.1.3. Nivel Local

Ticlla L. (Chota, 2019), en su estudio determinó las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota 2019, encontrando como resultados que el 60,7% de las mujeres tenían entre 36-45 años, el 60,7% tenían primaria como grado de instrucción, el 47,5% eran conviviente, el 51,4% amas de casa, el 55,7% tienen un ingreso menor a un salario mínimo vital y el 57,4% provenían de las áreas rurales. El 31,1% eran primíparas y en igual porcentaje múltiparas, el 54,1% presentaban antecedentes de enfermedades infecciosas (con predominancia de infección del tracto urinario en un 66,7%) y el 52,45% tenían antecedentes de patologías uterinas (incompetencia cervical en un 62,5%, miomas en un 28,12% y el 9,37% presentó endometriosis) (22).

Aliaga Y. (Chota,2019), en su estudio determinó los factores personales, sociales y obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota 2019. Obteniendo como resultado que los factores personales asociados al aborto incompleto en las adolescentes fueron: grado de instrucción ($p=0,005$), edad de la menarquia ($p=0,033$) e inicio de relaciones sexuales ($p=0,003$); en caso de las jóvenes, los factores asociados con el aborto incompleto fueron: estado civil ($p=0,032$) y ocupación ($p=0,048$). Los factores sociales de los adolescentes y jóvenes asociados al aborto incompleto fueron: la religión ($p=0,019$), ($p=0,014$) respectivamente, la ocupación del cónyuge ($p=0,006$), ($p=0,000$) respectivamente. Los factores obstétricos de las adolescentes y jóvenes asociados al aborto incompleto fueron: antecedente de aborto en las adolescentes ($p=0,000$) y el número de gestación ($p=0,004$) en el grupo etario de las adolescentes y ($p=0,000$) para el grupo etario de las jóvenes (12).

Roncal F. (Cajamarca, 2018), la presente investigación determinó y analizó los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca. En sus resultados se encontró que el 34,1% de mujeres perteneció al grupo etáreo de 15-19 años; el 24,4% tuvo secundaria incompleta; el 37,8% convivientes, y 40,2% pertenecientes a familia disfuncional. El 41,5% de mujeres tuvo un nivel de autoestima media y un grado de depresión mínima en el 35,4%. El porcentaje de aborto fue de 75,6%. Se determinó que el grado de instrucción como factor social influye en el aborto incompleto según $p = 0,000$ y como factor psicológico, la depresión, también influye significativamente en la presencia de aborto incompleto según $p= 0,001$ (20).

Mejía O. (Chota, 2018), determinó la relación entre el aborto y los factores socio-demográficos y biológicos en las mujeres atendidas, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016. En sus resultados encontró 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. La validez del instrumento se realizó a través de la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,863; la confiabilidad del instrumento se realizó mediante el alfa de Cron Bach dando un valor de 0,911, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,813 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$ (21).

2.2. Teorías sobre el tema

2.2.1. Factores sociodemográficos

2.2.1.1. Definición

Son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentra, estos forman parte del medio ambiente social, el cual va repercutir ya sea como persona, familia o sociedad lo cual interviene o influye a que se produzca un aborto incompleto. Los factores son características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de mortalidad, de natalidad, edad de matrimonio y tamaño de la familia. Esto se hace para cada miembro de la población (23).

2.2.1.2. Descripción de los factores sociodemográficos

- **Edad**

La edad es un antecedente biodemográfico lo cual permite determinar los factores de riesgo a lo largo del ciclo de vida de las personas; en el caso de la mujer se considera importante el período llamado edad fértil. La edad materna, especialmente mayor de los 35 años, es un factor de riesgo que incrementa las posibilidades de

aborto espontáneo. Este fenómeno se relaciona fundamentalmente con alteraciones cromosómicas, siendo las trisomías la alteración más frecuente (25).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) divide la edad en diferentes etapas: (26)

- **Adolescente:** toda persona comprendida entre los 12 a 17 años 11 meses 29 días. En este periodo se da grandes cambios tanto corporales como funcionales, por ejemplo, en el caso de las mujeres la menarquia; a nivel personal se le da mayor importancia al cambio corporal y a su aspecto físico; así mismo la influencia de su entorno social durante esta etapa es fundamental para el desarrollo de estilos de vida y conductas determinadas (26). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2019 el 12.6% de las adolescentes peruanas entre los 15 y 19 años estaban embarazadas.
- **Joven:** toda persona comprendida entre los 18 a 29 años 11 meses 29 días. En este periodo son maduros en cuanto crecimiento y desarrollo psicológico, pero son inexpertos en el mundo adulto, al cual entran con entusiasmo, dinamismo y creatividad; en esta etapa mantienen una gran facilidad para el cambio lo que facilita el aprendizaje y la comprensión de conocimientos e información a velocidad, enfocándose especialmente en la salud sexual y reproductiva, por lo cual se deben hacer promociones de esta actividad para prevenir la violencia y así mismo también los embarazos no deseados (26).
- **Adulto:** toda persona comprendida entre los 30 a 59 años 11 meses 29 días. En este período, además de los cambios biológicos, las diferencias en el desarrollo se relacionan con la mejor calidad de vida y esperanza de vida, lo que influye en la personalidad de sus integrantes y en su trabajo social (26).

Las mujeres en edad fértil son de 15 a 49 años por lo que gestantes mayores de 35 años tienen 20 % más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo. En las gestantes de 40 años, esta probabilidad es de 40 %. Y, en las de 45 años, esta probabilidad se incrementa a un 80 % (25).

- **Grado de instrucción**

La educación aporta a la formación integral de las personas, ya que a lo largo de la vida humana se desarrolla el aprendizaje y enseñanza, para alcanzar el pleno

desarrollo de sus potencialidades a la fundación de cultura, y crecimiento de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial. Se desarrolla en instituciones educativas y en diferentes ámbitos de la sociedad (20).

El grado de instrucción es un indicador de gran importancia en la salud dentro de todas las áreas, es notorio que, al contar con un mayor nivel educativo, el cuidado de la salud mejora, por lo que se puede evitar o prevenir un aborto ya sea espontáneo o inducido. Un estudio realizado por Briones en Cajamarca (2018) indica que las mujeres que cursaron con aborto y tenían un grado de instrucción académica secundaria, fueron las que presentaron mayor frecuencia con el 43.3% (27).

El sistema educativo comprende varias etapas:

- **Educación Primaria.** Tiene una duración de seis años y se establece como el segundo nivel de la Educación Básica Regular. Su base fundamental es educar integralmente a los niños. Se incentiva la comunicación en todas las áreas, el manejo operacional del conocimiento, el desarrollo personal, espiritual, físico, afectivo, social, vocacional y artístico, el pensamiento lógico, la creatividad, el logro de habilidades necesarias para la demostración de sus potencialidades, así como el conocimiento de los hechos cercanos a su ambiente natural y social (20).
- **Educación Secundaria.** Dura cinco años y constituye el tercer nivel de la Educación. Ofrece a los estudiantes una formación científica, humanista y técnica. En este nivel profundiza el aprendizaje realizado en el nivel Primario. Está orientada al desarrollo de competencias que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio. Forma para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio. Se tiene en cuenta las características, necesidades y derechos de los púberes y adolescentes (20).
- **Educación Superior.** La Educación Superior está destinada a la investigación, creación y a la expansión de conocimientos; a la proyección a la comunidad; al logro de competencias profesionales de alto nivel, de acuerdo con la demanda y la necesidad del desarrollo sostenible del país (20).

Las mujeres presentan proporciones mayores que los hombres de personas que no adquirieron ningún grado educativo (20).

- **Estado civil:** es la situación jurídica de cada individuo en la familia y en la sociedad que lo adapta para realizar ciertos derechos y adquirir ciertas obligaciones. Se trata básicamente del “estado de familia” que quiere decir que es la situación de un individuo en la familia el que dispone su estado civil. Existe obligaciones y derechos específicos para personas que vinculan en una relación como es el matrimonio o la filiación (28).

Se clasifican en los siguientes tipos:

- **Soltera:** es la persona que no tiene unión legal con otra persona.
- **Casada:** persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (20).
- **Conviviente:** es toda persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (20).
- **Divorciada:** persona que ha disuelto legalmente su matrimonio.
- **Viuda:** persona a quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse.

- **Ocupación**

En la sociedad el trabajo es una de las principales vías de acceso al recurso económico para poder alcanzar una vida digna y por lo tanto asegurar la independencia económica, en cuanto a la mujer en edad fértil en la sociedad actual aún permanecen en un gran porcentaje mujeres que solo son “amas de casas” la cual presenta dependencia económica de la pareja, aun no se han realizado estudios precisos donde indique que esto influye en un riesgo perinatal, pero si se ha encontrado estudios en donde las mujeres que ejercen profesiones de riesgo si presentan antecedente de aborto sobre todo aquellas que estén expuestas a sustancias tóxicas (29).

- **Ama de casa:** mujer que se dedica a los quehaceres domésticos.
- **Profesional:** persona que ejerce una profesión (un empleo o trabajo que requiere de conocimientos formales y especializados). Para que una persona logre convertirse en un profesional, uno debe cursar estudios (por lo general, terciarios

o universitarios) y contar con un diploma o título que garantice los conocimientos adquiridos y la idoneidad para el ejercicio de la profesión (29).

- **Estudiante:** persona que se encuentra realizando estudios de nivel medio o superior en una institución académica (29).

- **Procedencia**

Es la ubicación geográfica (urbano – rural) de las mujeres en las grandes ciudades tiene una amplia gama de alternativas para optar por hábitos, actitudes, conductas o modos de vida. Las que habitan en sectores rurales, en cambio tienen posibilidades de influencia foránea, si comparamos los niveles de fecundidad por zona de urbana, se observa que en la zona rural se duplica el número de hijos por mujer en relación a la zona urbana (30).

- **Zona urbana:** son aquellas donde se encuentran las ciudades, pueblos grandes o metrópolis. Se caracterizan por estar industrializadas y presentar todo tipo de infraestructuras. Asimismo, los espacios disponibles para la alta cantidad de personas son más reducidos (30).

- **Zona urbano marginal:** Se denomina aquel sector del espacio urbano que comprende las zonas periféricas, ubicadas en el extrarradio urbano, y en consecuencia alejadas del casco central de la ciudad. Como tal, su población se encuentra compuesta por personas en situación de pobreza. Algunas características de estos sectores son el acceso limitado a los servicios básicos (como electricidad y agua), sistemas de comunicación vial escasos o deficientes, así como carencia de infraestructura para servicios de salud o educación, y una situación de abandono generalizada en lo respectivo a la seguridad ciudadana (30).

- **Zona rural:** La zona rural hace referencia a los grandes campos y pueblos que dependen de actividades económicas del sector primario. Se caracterizan por tener una menor cantidad de habitantes en comparación con la que habita en las zonas urbanas, pero a la vez su espacio geográfico suele ser más extenso (30).

2.2.2. Factores obstétricos

Son todas las circunstancias que modifican o influyen de manera alguna en la salud sexual y reproductiva de la mujer (36).

- **Paridad**

Según estudios las pacientes multíparas presentan un riesgo de presentar abortos tres veces más que las pacientes primíparas. Algunas investigaciones reportan que el 38,6% son multigesta, las gestantes que tienen antecedentes de dos a tres partos representan el 34,1% y las que no presentaron antecedentes de parto se encontró mayor porcentaje de 59,1%. Primigesta son aquellas que tienen su primer embarazo, Segundigesta son aquellas personas que tiene 2 embarazos, multigesta la que ha tenido 2 o más embarazos (29).

- **Abortos previos**

Estudios mencionan que las gestantes que han tenido un aborto, tienen un 16% probabilidad de abortar por segunda vez, las que han presentado dos abortos tienen mayores probabilidades de un 25% de tener un tercero aborto. Teniendo en cuenta estos datos una paciente tiene la probabilidad del 55% de presentar el cuarto embarazo favorable para la vida es decir que culmine con éxito (29).

Las mujeres que presentan uno o más abortos previos, el riesgo de un nuevo aborto se incrementa, en mujeres primíparas presentan un riesgo menor de tener un aborto a diferencia de las mujeres multíparas que el riesgo se triplica, las pacientes con edad mayos de 35 años presentan un riesgo de sufrir un aborto y en mayores de 40 años este riesgo se duplica (52).

- **Edad gestacional**

Se define de manera imprecisa como el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y el día del parto. Más exactamente, la edad gestacional es la diferencia entre 14 días antes de la fecha de concepción y el día del parto. Conforme avanza la edad gestacional hay un riesgo menor de presentar abortos, en las gestantes con 22 semanas de gestación, el 8 al 20 % presentaron datos de aborto espontaneo, el 80% de estos se presentaron antes de las 12 semanas de gestación. Luego de las 15 semanas de gestación la probabilidad de presentar aborto disminuye, ocurriendo un 0.6% en mujeres con desarrollo cromosómico y estructural normal (40). Otras investigaciones reportan que durante el primer trimestre y al inicio del segundo trimestre presentan un 10-12 % de abortos

espontáneos, después de las 14 semanas de gestación la tasa de mortalidad fetal tiende a disminuir. La gran parte de los abortos espontáneos se presentan a temprana edad gestacional representado un 80% ocurriendo antes de las 12 semanas de gestación y un 20 % después de las 12 semanas (29).

- **Control prenatal**

La atención prenatal es una actividad relevante y necesaria para evitar todas estas cifras de aborto, al respecto la OMS menciona que atención prenatal es tan importante que ha incrementado el número de atenciones prenatales de seis a ocho sesiones como mínimo sesiones necesarias para disminuir las elevadas tasas de morbimortalidad materno perinatal (45).

- **Periodo intergenésico**

Se define al tiempo que hay entre el término de una gestación y el inicio de la siguiente gestación, cuando el tiempo es menor de dos años hay probabilidad de presentar complicaciones como por ejemplo un recién nacido prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, anemia durante el embarazo, el tiempo entre una gestación y otra es de gran importancia porque permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pretérmino o a término) (29). Según la OMS el tiempo óptimo para volver a embarazarse es de 18 a 27 meses y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales, se considera periodo intergenésico corto a menor de 18 meses y periodo intergenésico largo a mayor de 60 meses (51).

2.2.3. Aborto

2.2.3.1. Definición

La OMS ha definido Al aborto como: “la expulsión o extracción de un embrión o feto del útero de la madre que pese 500 gramos o menos”. Cuyo peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas. En el aborto retenido no ocurre la expulsión, por lo que se puede definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos (31).

Según el Ministerio de Salud, el aborto es la Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última

menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm de longitud (32)

2.2.3.2. Tipos de aborto

- **Aborto espontáneo:**

Se produce pérdida del producto de la concepción, sin intervención de situaciones artificiales o inducción; que afecten la evolución del producto antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos (31).

La Asociación Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define al aborto espontáneo como la expulsión o extracción del embrión o feto del útero de la madre, menor de 500 gramos de peso y menor de 22 semanas de gestación o de otro producto de gestación de cualquier edad gestacional absolutamente no viable (huevo no embrionado, mola hidatiforme, etc) (57).

- Aborto precoz: es el que ocurre antes de las 12 semanas de gestación (57).
- Aborto tardío: es el que ocurre con 12 o más semanas de gestación (57).

Según Williams, más del 80% de los abortos espontáneos se produce en las primeras 12 semanas. Cuando menos 50% se debe a alguna anomalía cromosómica. Asimismo, parece haber una proporción de varones a mujeres de 1,5 en abortos del primer trimestre. Después del primer trimestre, tanto el índice de abortos como la frecuencia de anomalías cromosómicas disminuyen. El aborto del primer trimestre suele acompañarse de hemorragia en la decidua basal con necrosis del tejido adyacente. En estos casos, el óvulo se desprende, lo que estimula una serie de contracciones uterinas que provocan la expulsión. Cuando el saco gestacional se abre, a menudo se observa líquido que rodea a un feto pequeño y macerado o bien no hay feto, lo que se denomina embarazo anembriónico (31).

Según Schwartz, el aborto espontáneo, son los que se producen sin la intervención artificial en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos (33). Sobre aborto espontáneo clínico se presenta en las gestantes entre el 10-20% de los embarazos. La mayoría de abortos se dan antes de presentar manifestaciones clínicas en un 60% y el 85% se presenta antes de la duodécima semana de gestación. También se hace referencia si la gestación llega sin problemas hasta la séptima semana de gestación registrada por ultrasonografía

normal, las probabilidades de presentar un aborto espontáneo son bajísimas, se estima menos del 5% de los abortos (29).

Clasificación del aborto espontáneo

- **Amenaza de aborto.**

Como su nombre lo indica, la amenaza de aborto involucra un riesgo de que ocurra la expulsión fetal, Dentro de sus signos, se le reconoce por la presencia de sangrado genital antes de la vigésima semana de gestación que suele ser de color rojo rutilante, desde una secreción mucohemática hasta un sangrado franco, que pone en riesgo la estabilidad hemodinámica, acompañada con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin la expulsión de los productos de la concepción (29). La amenaza de aborto se distingue por presentar dolor hipogástrico tipo cólico, acompañada de metrorragia escasa. No se encuentra modificaciones del cuello uterino (31).

El diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical que durante la primera mitad del embarazo se encuentra cerrado. Esto sucede en 20 a 25% de las mujeres al principio del embarazo y persiste durante varios días o semanas. De estos embarazos cerca del 50% terminará en aborto, aunque el riesgo es mucho menor cuando se observa actividad cardíaca fetal (31).

- **Aborto inminente**

El 50% de los casos anteriores, evoluciona patológicamente, de modo que se produce un aumento de la hemorragia y las contracciones alcanzan intensidades semejantes a las del parto. Al tacto vaginal, percibimos modificaciones cervicales: el cuello se acorta, se ablanda y queda entreabierto, palpando a su vez los productos de la concepción. En su evolución, se progresa a aborto consumado (31). El aborto inminente se caracteriza por ciertas condiciones obstétricas que condicionan la irreversibilidad del proceso o la necesidad de terminar la expulsión del feto y sus anexos ovulares (34).

- **Aborto en curso**

Es la presencia de contracciones uterinas, con cuello uterino modificado; y, el producto de la concepción, todavía en el útero. El 100% de los casos evolucionan hacia la expulsión (31). El sangrado y dolor aumentan y el cérvix se dilata (orificio cervical interno >8 mm). Se pueden observar restos ovulares a través del orificio cervical o en canal vaginal si la expulsión del producto ya se ha iniciado (35).

- **Aborto incompleto**

Es la expulsión parcial de las partes fetales, tejidos placentarios o líquido amniótico del útero, se encuentra un cuello uterino con modificaciones y sangrado variable (38). Los restos ovulares al no ser eliminados por completos de la cavidad uterina, el útero se mantiene blando, grande y sin retraerse totalmente, el cérvix permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente. El aborto incompleto, es el más frecuente que ocurra a partir de la décima semana. La cantidad de restos retenidos se relaciona, también directamente con el dolor, puesto, que, a mayor cantidad, el dolor será mayor, pues el útero trata de expulsar el cuerpo extraño (31).

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia el aborto incompleto se caracteriza por la expulsión parcial del producto de la concepción por lo que el orificio cervical se encuentra abierto, pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o en cérvix, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional (35). En el aborto incompleto los productos retenidos pueden ser parte del feto, la placenta, o las membranas. Se caracteriza por el cuadro de dolor cólico hipogástrico intenso, con metrorragia abundante, modificaciones cervicales (cuello permeable) e incluso palpación de restos ovulares en el canal cervical y con una altura uterina ligeramente menor de la que corresponde a la edad gestacional. La ecografía transvaginal muestra restos en la cavidad endometrial (grosor endometrial ≥ 15 mm). Se produce con mayor frecuencia en abortos > a 10 semanas (37).

- **Conducta a seguir según Minsa**

El aborto incompleto es la expulsión parcial del contenido uterino cuyo diagnóstico se da por sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal) o también puede darse por sangrado persistente que pone en peligro la vida de la paciente. El tratamiento que se le puede dar a las pacientes según Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4) es en caso cuente con médico capacitado, insumos e infraestructura, se procede al legrado o Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en

aborto incompleto no complicado. De lo contrario, estabilizar y referir. Y el tratamiento según Establecimiento con Funciones 31 Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2) es (54):

- Hospitalización.
- Instalar vía EV segura con ClNa 9%0.
- Solicitar: Ecografía, Hemograma, (hemoglobina o hematocrito), Grupo sanguíneo y factor Rh, Examen de orina, RPR o VDRL, Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.
- Procedimiento:

Si el tamaño uterino es menor de 12 cm: Legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino, si fuera necesario.

Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm:





- Si el cuello uterino se encuentra abierto, hay contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, intentar la expulsión de restos con infusión oxitócica 30 UI en 500 cc de ClNa 9%0. Luego proceder a realizar el legrado uterino. (54)
- Si el cuello uterino está cerrado y no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis. Luego realizar legrado uterino contando con una vía endovenosa segura. (54)
- Si la metrorragia es abundante, colocar vía segura con oxitocina y evacuar el contenido uterino inmediatamente. Si el cuello uterino está cerrado, realizar dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerotomía abdominal en último caso (56).

- **Aborto Completo**

Es cuando ocurre la interrupción espontánea del embarazo antes de la décima semana, es posible que el feto y la placenta sean expulsados juntos y completamente. En sus signos y síntomas se puede reconocer el aborto completo cuando, luego de la expulsión total del producto de la concepción, el sangrado se hace mínimo, el dolor suprabúbico desaparece y, al examen, el cuello uterino está cerrado y el útero contraído e involucionando, de un tamaño inferior al que le correspondería (31).

Clínicamente se manifiesta por la desaparición del dolor y sangrado activo, un útero de tamaño normal y bien contraído con cérvix cerrado. El diagnóstico ecográfico se basa en un grosor de la línea media uterina <15mm (35).

- Etapas clínicas del aborto (56):

ETAPAS DIAGNÓSTICO	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado	
			Incompleto	Completo
				
Metrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Minima
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	Cuello abierto Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

- **Aborto Retenido o Frustrado**

Es el aborto retenido o diferido, entendiéndose como tal la muerte del feto en el útero no seguida de su expulsión. La desaparición de los síntomas y signos del embarazo puede ser la primera manifestación de este cuadro clínico. El aborto retenido se puede complicar con trastornos de la coagulación por consumo del fibrinógeno, debido al paso de tromboplastina al torrente circulatorio materno. Este accidente es más frecuente mientras mayor es el período en el que el feto muerto permanece in útero (29).

- **Aborto séptico**

Se define como la infección del útero, algunos abortos tanto espontáneos como provocados se complican con infecciones graves. La manifestación más frecuente de

infección después de un aborto es la endometriitis, pero también puede haber parametritis, peritonitis, septicemia e incluso endocarditis (31).

Los gérmenes habitualmente implicados son los *Staphylococcus Aureus*, Bacilos Gram negativos o algún coco gram positivo. Los datos clínicos más habituales incluyen fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia con aspecto purulento. La exploración genital evidencia un útero blando con cérvix dilatado y sangrado genital, purulento o no. La analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda (35).

Se observa con mayor frecuencia en mujeres que han sido sometidas a un aborto ilegal, puede llegar a dar lugar a una importante morbilidad, llegando a producir la muerte materna. La septicemia requiere administración inmediata de antibióticos por vía intravenosa y la evacuación uterina (56).

Causas del aborto espontáneo:

- Causas ovulares: Representan el 50% de las causas de abortos tempranos precedidos por muerte o ausencia del embrión debido al anormal desarrollo embriológico a consecuencia de factores hereditarios o defectos cromosómicos adquiridos (14).
- Causas fetales: Se dan por una anomalía del feto que vendría a ser consecuencia de unos fallos en los primeros días de gestación, en la mayoría de los casos se da hasta las veinte semanas de gestación, en anomalías genéticas o también cuando las células están formadas alrededor del huevo mayormente en las mujeres mayores de 35 años ya que corren más riesgo de sufrir un aborto, u otro tipo de anomalías (31, 50).
- Causas maternas: Se pueden dar por alteración uterina, infecciones, agresiones externas, factores ambientales o por el simple hecho de que el embarazo no está normalmente desarrollado y ya no se puede hacer nada al respecto (29). También comprenden aquellas causas derivadas de la mujer como infecciones de toxoplasmosis, vaginosis, enfermedades crónicas, trastornos endocrinos, alteraciones inmunológicas y también derivadas del aparato reproductor femenino como la malformación congénita, útero hipoplásico o displásico, secuelas quirúrgicas locales o vecinas, Síndrome de Asherman, infecciones intrauterinas, tumores (14).
- Causas paternas: Anomalías cromosómicas en los espermatozoides se han asociado con aborto. En el aborto recurrente se han asociado con mayor frecuencia

los factores cromosómicos de los padres; factores anatómicos como anomalía uterina congénita u adquirida; factores inmunitarios como en el caso de trombofilias hereditarias; factores endocrinos como deficiencia de progesterona, síndrome de ovarios poli quísticos, Hipotiroidismo (31).

- Causas funcionales: Alteración de la función de órganos o sistemas que interfieren en la normal evolución de la gestación. Anomalías endocrinas: la diabetes insulino dependiente la madre presenta mala regulación metabólica, con la misma que se ha observado el aumento de la frecuencia de abortos en pacientes que la padecen (29)
- Causas Inmunológicas: Tras la fecundación, como consecuencia de fallas inmunológicas que regulan la anidación y formación posterior de la placenta, así como la presencia de mecanismos inmunológicos autoinmunes como síndrome de antifosfolípido e inmunes como la incompatibilidad ABO, se pueden presentar abortos tempranos o tardíos (14).
- Causas de origen tóxico: Se consideran los procesos de intoxicación de diferentes metales, así como de motivos carenciales nutricionales ejemplo de proteínas, de hidratos de carbono, grasa, vitaminas, minerales, etc.) (14).
- Causas externas: aquí se hallan todo tipo de traumatismos físicos, como son los coitos agresivos y trabajos de demandan mucho (14).

Diagnóstico diferencial del aborto espontáneo:

- **Sangrado por implantación:** se trata de una hemorragia escasa, menor a comparación de la menstruación, ocurre en casi la mitad de las embarazadas entre la cuarta y sexta semana de gestación. Por lo que no se trata de una amenaza de aborto (57).
- **Patología del aparato genital:** un adecuado examen ginecológico con espéculo permitirá confirmar si la procedencia de la hemorragia es vulvo-vaginal o intrauterino. Una de las causas más comunes en el primer trimestre es traumatismos por relaciones sexuales (57).
- **Metrorragia disfuncional:** en cualquier edad de la mujer que consulte por este motivo debe solicitar un test de embarazo para descartar dicha posibilidad (57).
- **Embarazo ectópico:** existe una prueba de embarazo positiva, pero no es posible localizar el embarazo en la ecografía. En estos casos se debe cuantificar los niveles séricos de β -hCG, ya que en el ectópico estos niveles son >1800 Mui/ML (57).

- **Gestación molar:** se debe sospechar ante niveles muy altos de β -Hcg junto con el hallazgo ecográfico de cambios hidrópicos placentarios y/o quistes tekaluteínicos (57).

- **Aborto inducido.**

Son las maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad. Aproximadamente más de 40 millones de abortos inducidos se realizan anualmente en el mundo, informándose actualmente una tasa mundial por cada 1 000 mujeres en edad fértil suceden de 40 a 70 abortos y de 200 a 460 abortos por cada 1 000 nacidos vivos, y se estima que 19 millones de abortos se consideran abortos inseguros. Solo 49 naciones en el mundo realizan el aborto a petición de la mujer que la solicita (29).

Según Schwartz, abortos provocados, aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas, y tardío, a las 12 semanas o más (33).

Según Williams, el aborto inducido es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal. En el año 2005, se notificó 1.22 millones de abortos legales. Esta cifra ha descendido cada año a partir de 2002, pero estos resultados provienen, cuando menos en parte, de las clínicas que no siempre notifican sus abortos inducidos. La proporción de abortos fue de 238 abortos por 1 000 nacidos vivos y el índice de abortos fue de 16 por 1 000 mujeres de 15 a 44 años de edad. La mitad de estas mujeres tenía 24 años o menos, 80% eran solteras y 53% caucásicas. Cerca del 60% de los abortos se realizó durante las primeras ocho semanas y 88% durante las primeras 12 semanas del embarazo (31).

Las principales causas para un aborto provocado o inducido son:

1) Miedo al hablar con los padres y contarles la situación que presentan por temor a no saber cómo pueden reaccionar, por lo que prefieren callar y ocultar lo que les pasa antes que enfrentar la realidad (29).

2) Nivel socioeconómico: Porque no se tiene la certeza de tener los medios económicos necesarios para poder alimentar y criar al bebé. El pensar en todo lo que implica ser madre y la responsabilidad que conlleva, todo eso hace que la decisión de abortar sea más fácil (29).

3) Disfunción familiar: Una causa puede ser la amenaza de la pareja, en la cual, si no se detiene la gestación, ellas serán abandonadas, donde la visualización de ser madres solteras las paraliza y aterra (29).

4) Como cuarta causa, están los conflictos psicológicos no solucionados, en el caso de mujeres que han tenido una mala experiencia de vínculo con sus propias madres, surge el miedo latente a enfrentar su propia experiencia de maternidad (29).

5) Como quinta razón se encuentra el factor social, donde la frase “el qué dirán” para ellas es fundamental. Tienden a pensar que serán juzgadas y criticadas por los demás por lo que no se sienten preparadas ni cuentan con las herramientas necesarias para enfrentarse al mundo (29).

6) Edad: Como causa importante es la edad de la mujer, ya que es muy diferente quedar embarazada a los 29 años que a los 14 años. Cuando la adolescente se encuentra en esta situación, surgen muchos miedos a la vez y decide abortar por sentir que es muy joven para tener un hijo (29).

7) Por razones de violación: En este caso al tener al bebé de una manera forzada las lleva a la idea de abortar y tienen también más posibilidades de tener traumas psicológicos, siendo así una concepción indeseada ya que no llega a tener un hijo mediante afecto, amor y consentimiento (29).

▪ **Aborto terapéutico**

Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, y la viabilidad fetal es la capacidad del recién nacido para sobrevivir fuera del útero materno. La interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menos de 22 semanas, es una alternativa que se considera cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave o permanente. Estas situaciones deben ser puestas en conocimiento de la gestante afectada para que, de manera voluntaria e informada, pueda decidir desea optar o no por la referida alternativa (55).

Sobre la base de lo consensuado por sociedades médicas del Perú, se consideran las siguientes entidades clínicas de la gestante, en las que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo (55).

- ✓ Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
- ✓ Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.

- ✓ Hiperemésis gravídica refractaria al tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
- ✓ Neoplasia maligna que requiere tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
- ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
- ✓ Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
- ✓ Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
- ✓ Lupus eritematoso sistémico con daño de órgano blanco.
- ✓ Diabetes mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
- ✓ Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno <50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85% y con patología grave.
- ✓ Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la junta médica (55).

2.3. Hipótesis

H1: Los factores sociodemográficos edad, estado civil, procedencia y factores obstétricos edad gestacional, número de gestas, antecedentes de aborto, periodo intergenésico, están relacionados con el aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, durante enero- agosto 2021.

Ho: Los factores sociodemográficos edad, estado civil, procedencia y factores obstétricos edad gestacional, número de gestas, antecedentes de aborto, periodo intergenésico, no están relacionados con el aborto incompleto. Centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, durante enero- agosto 2021.

2.4. Variables

2.4.1. Variable 1:

- Factores sociodemográficos
- Factores obstétricos

2.4.2. Variable 2:

- Aborto incompleto

2.5. Conceptualización y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable 1: Factores sociodemográficos relacionado al aborto incompleto	Son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentra, estos forman parte del medio ambiente social, el cual va repercutir ya sea como persona, familia o sociedad, que intervienen o influyen a que se produzca un aborto incompleto (23).	Esta variable incluye los datos sociodemográficos que se obtendrán de los datos de filiación de las historias clínicas.	Edad	12-17 años 18-29 años 30-49 años	Intervalo
			Procedencia	Urbano Urbano marginal Rural	Nominal
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Nominal
			Grado de Instrucción	Sin ningún nivel Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Ordinal
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Profesional Otros	Nominal
Variable 1: Factores obstétricos relacionados al aborto incompleto	Son todas las circunstancias que modifican o influyen de manera alguna en la salud sexual y reproductiva de la mujer (36).	Esta variable es evaluada mediante la recolección de datos de las historias clínicas.	Edad gestacional	4 – 9 semanas 10 -15 semanas 16 – 22 semanas	Intervalo
			Numero de gestas	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran Multigesta	Ordinal
			Antecedentes de aborto	0 1 2 3 4 a más	Ordinal
			Periodo intergenésico	Ninguno <6 meses 6 meses a 2 años 2 a 5 años 5 años a mas	Intervalo
			Control Prenatal	Si No	Nominal
Variable 2: Aborto Incompleto	se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción por lo que el orificio cervical aparece abierto, pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o en cérvix (35).	Este dato se obtendrá de las historias clínicas con el diagnóstico de aborto incompleto.	Aborto incompleto	Si Otro tipo de aborto	Nominal

CAPÍTULO III

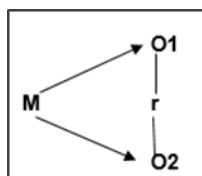
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio fue de diseño no experimental de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y retrospectivo.

- **No experimental:** porque no hay manipulación de las variables (40).
- **Cuantitativo:** se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (40).
- **Descriptivo Correlacional:** Su objetivo fue recopilar datos e información sobre las características sociodemográficos y obstétricos de la población objeto de estudio y medir la relación que existe con el aborto incompleto (40).
- **Retrospectivo:** porque se investigó y registró hechos ocurridos en el pasado (40).

3.1.1 Diseño: correlacional



M: mujeres con diagnóstico de aborto incompleto

O1: factores sociodemográficos

O2: factores obstétricos

r: relación entre O1 Y O2

3.2. Área de estudio

La presente investigación se desarrolló en el Centro de Salud “Baños del Inca”, localizado en el distrito Baños del Inca, provincia y departamento de Cajamarca, se encuentra a 2680 msnm; sus límites son: Este con el distrito de la Encañada, Oeste a 6km de Cajamarca, Norte con el distrito de la Encañada y Sur con el distrito de Llacanora y Namora. El Centro de Salud, con categoría I-4, está ubicado en el Jr. Túpac Yupanqui N° 231, cuenta a su servicio con 15 obstetras.

3.3. Población y Muestra

La población estuvo conformada por todas las pacientes con diagnóstico de aborto que se atendieron en el Centro de Salud Baños del Inca, siendo un total de 60 pacientes, según el libro de registro de enero a agosto del 2021, cuyas historias clínicas se encontraron en la oficina de admisión de dicha institución.

En la presente investigación no fue necesario calcular la muestra, puesto que se analizó el universo completo proyectado en tiempo y espacio.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de aborto que fueron atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas completas
- Historias clínicas legibles
- Historias clínicas con diagnóstico preciso de aborto

3.5.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas no legibles
- Historias clínicas incompletas
- Historias clínicas con un diagnóstico que difiera del aborto.
- Abortos producidos fuera de la fecha de estudio

3.6. Técnicas de recolección de datos

Para la realización del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes pasos:

- Primero: Se solicitó mediante un documento el permiso al Director del Centro de Salud Baños del Inca, dándole a conocer la importancia de la investigación con el fin de tener acceso a las historias clínicas.
- Segundo: La técnica que se utilizó para la obtención de los datos fue la revisión de historias clínicas, para lo cual se utilizó la ficha de recolección de datos.

3.7. Descripción del instrumento

El instrumento de la presente investigación correspondió a una ficha de recolección de datos cuya fuente fueron las historias clínicas de cada paciente con diagnóstico de aborto. El instrumento recopiló datos sociodemográficos y obstétricos de cada historia clínica y estuvo registrada de la siguiente manera:

- Factores sociodemográficos: se registró la edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil
- Factores obstétricos: se registró la edad gestacional, número de gestas, antecedentes de aborto, periodo intergenésico y control prenatal.

Validez

Para la validez del instrumento, se aplicó el método de agregados individuales a través del juicio de expertos por ello se acudió a tres profesionales, conocedores del tema de investigación.

Confiabilidad

Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en la que se aplicó 20 fichas de recolección de las historias clínicas con diagnóstico de aborto incompleto en el Hospital Regional Docente Cajamarca; cuyo valor encontrado fue de 0,73 por consistencia interna mediante Alfa de Cronbach obteniéndose finalmente una confiabilidad considerable (46).

3.8. Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de los datos

3.8.1 Procesamiento

Para el procesamiento de los datos se utilizó, el programa de Microsoft Excel de Windows, con el cual se creó la base de datos. Posteriormente para el análisis de los datos se utilizó el programa software estadístico SPSS V-25, para proceder a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia.

3.8.2 Análisis

Fase descriptiva: se describió los resultados de la influencia de los factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al aborto incompleto, basados en los datos estadísticos analizados con la distribución de frecuencias y contrastadas con las bases teóricas y los antecedentes del estudio.

3.9. Consideraciones éticas

La investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, que son los siguientes:

Privacidad. Se respetó el anonimato de la historia clínica revisada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad. La información que se obtuvo de las historias clínicas, no fue revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

La veracidad. Se respetó y garantizó en todo momento de la investigación la autenticidad de los datos encontrados, sin alterarlos ni manipularlos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1: Factores sociodemográficos de las pacientes con aborto atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca 2021.

Factor sociodemográfico	Respuesta	Recuento	Porcentaje
Edad	12 - 17 años	11	18%
	18 - 29 años	22	37%
	30 - 49 años	27	45%
Estado civil	Soltera	18	30%
	Casada	11	18%
	Conviviente	31	52%
	Viuda	0	0%
	Divorciada	0	0%
Procedencia	Urbano	9	15%
	Urbano-marginal	3	5%
	Rural	48	80%
Grado de instrucción	Sin ningún nivel	4	7%
	Primaria incompleta	20	33%
	Primaria completa	8	13%
	Secundaria incompleta	15	25%
	Secundaria completa	7	12%
	Superior	6	10%
Ocupación	Ama de casa	54	90%
	Profesional	1	2%
	Estudiante	4	7%
	Otros	1	2%
	Total	60	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 1 se realiza una descripción de las 60 paciente lo que corresponde al total de la población estudiada de las cuales fueron atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud Baños del Inca en los meses de enero a agosto del 2021. Encontrando que la mayoría corresponde al grupo etario de 30-49 años con un 45%,

un 18% corresponde a la adolescencia de 12-17 años; en relación al estado civil el 52% de mujeres son convivientes, cabe detallar que no se encontraron mujeres divorciadas ni viudas; referente a la procedencia el 80% respondieron que proceden de una zona rural, siendo un porcentaje alto a comparación de las que proceden de zonas urbanas 15%; en cuanto al grado de instrucción el 33% respondieron a primaria incompleta, es importante indicar que hay un porcentaje del 7% de analfabetismo por parte de las mujeres, se tiene además que el 90% de ellas son amas de casa, 2% son profesionales y el 7% estudian y se dedican a otras labores.

Tabla 2: Factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca 2021.

Factor sociodemográfico	Respuesta	Aborto incompleto			
		Incompleto n=47, 78%		Otro n=13, 22%	
		Recuento	%	Recuento	%
Edad Chi-cuadrado=31.076 gl=2 p=0.000	12 - 17 años	2	4%	9	69%
	18 - 29 años	18	38%	4	31%
	30 - 49 años	27	57%	0	0%
Estado civil Chi-cuadrado=7.265 gl=2 p=0.026	Soltera	17	36%	1	8%
	Casada	10	21%	1	8%
	Conviviente	20	43%	11	85%
	Viuda	0	0%	0	0%
	Divorciada	0	0%	0	0%
Procedencia Chi-cuadrado=15.974 gl=2 p=0.000	Urbano	5	11%	4	31%
	Urbano-marginal	0	0%	3	23%
	Rural	42	89%	6	46%
Grado de instrucción Chi-cuadrado=1.284 gl=5 p=0.937	Sin ningún nivel	3	6%	1	8%
	Primaria incompleta	15	32%	5	38%
	Primaria completa	7	15%	1	8%
	Secundaria incompleta	12	26%	3	23%
	Secundaria completa	6	13%	1	8%
Ocupación Chi-cuadrado=2.499 gl=3 p=0.476	Ama de casa	43	91%	11	85%
	Profesional	1	2%	0	0%
	Estudiante	2	4%	2	15%
	Otros	1	2%	0	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 2, se analizaron los factores sociodemográficos asociados con el aborto incompleto de las pacientes que se atendieron en el Centro de Salud Baños del Inca, siendo un total de 47 pacientes. Obteniéndose que el 57% de mujeres tienen edades entre 30-49 años, lo cual corresponde a un grupo de edad avanzada para una gestación, referente al estado civil, predomina con un 43% de mujeres son convivientes. También se pudo observar que la mayoría de mujeres proceden de zona rural con un 89% a comparación de las que proceden de la zona urbana que son un 11%, los anteriores factores sociodemográficos tienen relación significativa con el aborto incompleto siendo menor de 0.05.

Referente al grado de instrucción se encontró que el 32% de las mujeres corresponden a primaria incompleta, también se puede observar que hay mujeres analfabetas lo cual indica un 6%. Finalmente se encontró que la mayoría de las mujeres son ama de casa 91%, y estos factores sociodemográficos no guardan relación con el aborto incompleto encontrándose valores mayores a 0,05.

Tabla 3: Factores obstétricos de las pacientes con aborto atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca 2021.

Factor obstétrico	Respuesta	Recuento	Porcentaje
Aborto	Incompleto	47	78%
	Otro tipo de aborto	13	22%
Edad gestacional	4 - 9 semanas	0	0%
	10 -15 semanas	47	78%
	16 - 22 semanas	13	22%
Número de gestas	Primigesta	12	20%
	Segundigesta	23	38%
	Multigesta	24	40%
	Gran Multigesta	1	2%
Antecedentes de aborto	0	34	57%
	1	26	43%
	2	0	0%
	3	0	0%
	4 a más	0	0%
Periodo intergenésico	Ninguno	12	20%
	<6 meses	1	2%
	6 meses a 2 años	19	32%
	2 a 5 años	19	32%
	5 años a más	9	15%
Control prenatal	No	36	60%
	Si	24	40%
Total		60	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 3, se observa los factores obstétricos de las 60 madres que acuden al Centro de Salud Baños del Inca. Encontrando una incidencia con el mayor porcentaje de aborto incompleto 78%, y un 22% que corresponde a abortos completos, retenido y en curso. También se encontró en el factor de la edad gestacional, la respuesta 10-15 semanas de embarazo tiene el 78%, dato que confirma según la literatura la mayor tasa de incidencia de abortos se da en las primeras semanas de gestación. En cuanto al factor número de gesta, el 40% corresponde a multigesta que quiere decir mujeres que hayan tenido más de 3 embarazos. En antecedentes de aborto, el 57% no tuvieron ningún antecedente de aborto, pero un 43% se encontró que tuvieron 1 aborto previo. En el periodo intergenésico el 32% corresponden 6 meses a 2 años y de 2 a 5 años. En el control prenatal el 60% no tuvieron ningún control prenatal y un 40% de las mujeres si tuvieron al menos 1 control.

Tabla 4: Factores obstétricos asociados al aborto incompleto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca 2021.

Factor obstétrico	Respuesta	Aborto incompleto			
		Incompleto n=47		Otro n=13	
		Recuento	%	Recuento	%
Edad gestacional Chi-cuadrado=4.590 gl=1 p=0.032	4 - 9 semanas	0	0%	0	0%
	10 -15 semanas	34	72%	13	100%
	16 - 22 semanas	13	28%	0	0%
Número de gestas Chi-cuadrado=10.495 gl=3 p=0.015	Primigesta	11	23%	1	8%
	Segundigesta	13	28%	10	77%
	Multigesta	22	47%	2	15%
	Gran multigesta	1	2%	0	0%
Antecedentes de aborto Chi-cuadrado=4.533 gl=1 p=0.033	0	30	64%	4	31%
	1	17	36%	9	69%
	2	0	0%	0	0%
	3	0	0%	0	0%
	4 a más	0	0%	0	0%
Periodo intergenésico Chi-cuadrado=17.387 gl=4 p=0.002	Ninguno	5	11%	7	54%
	<6 meses	0	0%	1	8%
	6 meses a 2 años	16	34%	3	23%
	2 a 5 años	17	36%	2	15%
Control prenatal Chi-cuadrado=1.980 gl=1 p=0.159	No	26	55%	10	77%
	Si	21	45%	3	23%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 4, se analizaron los factores obstétricos asociados al aborto incompleto de las 47 madres que se atendieron en el Centro de Salud Baños del Inca 2021. En el factor edad gestacional, el aborto incompleto sucedió con prevalencia en la gestación de 10-15 semanas con un 72%. En el número de gestas el 47% fueron multigesta y 2% que corresponde a gran multigesta. En antecedentes de aborto el 64% no tuvieron ningún aborto previo, pero también se observa que un 36% de las mujeres tienen aborto previo por lo que esto significa un riesgo para volver a tener un aborto. En el periodo intergenésico el 36% es de 2 a 5 años, siendo un tiempo adecuado para otro embarazo, también se encontró que un 11% de las mujeres que presentaron un aborto incompleto no tuvieron ningún antecedente de aborto. Estos factores obstétricos guardan estadísticamente relación significativa con el aborto incompleto obteniendo valores menores a 0,05. En referente al control prenatal el 55% no tuvieron ningún control, este factor no tiene relación significativa con el aborto incompleto.

CAPITULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio se realizó a 60 mujeres que se atendieron en el Centro de Salud Baños del Inca con un diagnóstico de aborto, de los cuales 47 pacientes tuvieron aborto incompleto y 13 tuvieron aborto completo, retenido y en curso; incidiendo en la relación de los factores sociodemográficos y obstétricos con el aborto incompleto en los meses de enero a agosto del 2021.

En la tabla 1 con respecto a los factores sociodemográficos de las pacientes con aborto, tenemos a la *edad* que se encontró que la mayoría corresponde al grupo etario de 30-49 años con un 45%, resultado semejante a los de Bautista I, Chuchon R (Huancavelica, 2018) halló que el 54,1% pertenece a las mujeres mayores de 35 años (13); y de igual modo con Ticlla L. (Chota, 2019) encontró el 60,7% de las mujeres tenían entre 36-45 años (22), sin embargo difiere con Paillacho A, Rubio A. (Quito, 2019) quienes encontraron en su investigación mujeres de 10-29 años (9), de igual modo con Morales H. (Lima, 2019) que encontró que el 86,5% de su población comprendían de 15-35 años (19), también con Roncal F. (Cajamarca, 2018) que halló el 34,1% perteneció al grupo etáreo de 15-19 años (20). Según el Instituto Guttmacher estima que cada año suceden 36 abortos por cada 1000 mujeres entre 15-44 años en las regiones desarrolladas. Mientras más edad tenga la mujer, mayor es el riesgo de un aborto espontáneo y también los riesgos aumentan junto con la edad. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos, se observa que en las adolescentes puede alcanzar entre 10% y 12% mientras que en las mayores de 40 años este porcentaje llega a aumentar cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad (56).

En cuando al *estado civil*, en pacientes con diagnóstico de aborto se encontró que el 52% son convivientes, estos resultados guardan similitud con Bautista I, Chuchon R (Huancavelica, 2018) encontró que la situación conyugal fue el 53,4% conviviente (13); y de igual modo con Ticlla L. (Chota, 2019), halló que el 47,5% fueron convivientes (22), también con Roncal F. (Cajamarca, 2018) que encontró el 37,8% de su población estudiada fueron convivientes (20), de la misma manera con

Mogrovejo M. (Lima, 2018) quien encontró el 51,8% fueron convivientes (16), de igual manera con los resultados de Guerrero I. (Piura, 2017) que encontró el 78,6% fueron convivientes (15), pero difiere con los resultados de Leon R. (Piura, 2019) que halló 95,3% son solteras (14), de la misma manera con Lume M. (Huancayo, 2018) quien encontró que el 12% son solteras (17).

En cuanto a la *procedencia*, se encontró que el 80% procedían de la zona rural; resultado que tiene similitud con Ticlla L. (Chota, 2019), quien halló el 57,4% provenían de las áreas rurales, sin embargo, difiere con los resultados de Leon R. (Piura, 2019) que encontró 75,3% proceden de zonas urbanas (14), también con Guerrero I. (Piura, 2017) quien halló 60,7% procedían de zona urbana marginal (15), de igual manera con Mejía O. (Chota, 2018) quien encontró un 59,7% son de residencia urbana (21).

En el *grado de instrucción*, se encontró que el 33% tenía a primaria incompleta, resultado similar al de Ticlla L. (Chota, 2019), que encontró que el 60,7% tenían primaria como grado de instrucción (22), pero difiere con los resultados de Bautista I, Chuchon R. (Huancavelica, 2018) quienes encontraron 48,4% el grado de instrucción fue superior universitario (13), también con Mogrovejo M. (Lima, 2018) que halló grado de instrucción de secundaria 77,37%(16), de la misma manera con Mendoza M. (Lima, 2018) que encontró el 40,5% culminó la secundaria (18).

Con respecto a la *ocupación*, el 90% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca son amas de casa, guarda similitud con el resultado de Ticlla L. (Chota, 2019), quien halló el 51,4% son amas de casa (22), igualmente con Leon R. (Piura, 2019) que encontró en su investigación 80% son amas de casa (14), de igual manera con Guerrero I. (Piura, 2017) quien halló el 84,3% fueron amas de casa (15), sin embargo, difiere con Mendoza M. (Lima, 2018) quien halló 37,6% estudia (18).

En la tabla 2 en cuanto a los factores sociodemográficas asociadas al aborto incompleto se encontró respecto a la *edad* las pacientes con aborto incompleto se halló que el 57% comprende entre los 30-49 años resultado semejante a Ticlla L. (Chota, 2019) encontró el 60,7% de las mujeres tenían entre 36-45 años (22). Y un 69% pertenece de 12-17 años en mujeres con otro tipo de aborto que incluye al aborto completo, retenido y en curso, resultado semejante con Paillacho A, Rubio A. (Quito, 2019) quienes encontraron en su investigación mujeres de 10-29 años (9), de igual modo con Roncal F. (Cajamarca, 2018) que halló el 34,1% perteneció al grupo etáreo de 15-19 años (20). El aborto en adolescentes constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva, ya que no está extenso de complicaciones

inmediatas, mediatas y tardía. El aborto en cualquier momento de la vida de la mujer es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica, son muchos motivos por la cual los adolescentes conciben un embarazo sin haberlo planificado, y la decisión que tomen de abortar puede ser porque no se sienten preparadas para ser madre, dificultaría su educación, no querer ser madre soltera, no tener apoyo de la pareja y de los padres, por cualquier motivo el aborto siempre va a repercutir en su vida futura, (53).

Estadísticamente existe una relación significativa de ($p=0.000$) entre edad materna y aborto incompleto, lo que se concluye que la edad materna avanzada si constituye un factor de riesgo para un aborto incompleto, esto podría explicarse que, a mayor edad, además de que la reserva ovárica va disminuyendo, también lo hace la calidad de la misma, produciéndose anormalidades cromosómicas en el producto lo que podría conllevar a un aborto (25). Este resultado es análogo a la investigación de Cora V (Iquitos, 2017) quien encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna con el aborto ($p=0000$) (44). Sin embargo, dichos resultados difieren con la investigación de Roncal F (Cajamarca, 2018) quien reporto que no existe relación significativa entre el grupo etáreo y aborto incompleto (20). De la misma manera con Morales H. (Lima, 2019), quien no encontró asociación significativa con el aborto ($p=0,682$) (19). En este estudio, realizado en el distrito de Baños del Inca, reporta un porcentaje ligeramente mayor en pacientes adultas con diagnóstico de aborto incompleto, tomando en cuenta que en la actualidad la edad materna, especialmente por encima de los 35 años, es un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de aborto espontáneo, durante el primer trimestre de embarazo. El fenómeno se asocia fundamentalmente con alteraciones cromosómicas, siendo las trisomías la alteración más frecuente (25). Por lo que resulta necesario reforzar la información en el servicio de planificación y realizar un seguimiento oportuno.

En cuando al *estado civil*, se observa que el 43% de las pacientes con aborto incompleto son convivientes y un 85% pertenece al aborto completo, diferido y en curso, resultado que guarda similitud con Mogrovejo M. (Lima, 2018) quien encontró el 51,8% fueron convivientes (16), de igual manera con los resultados de Guerrero I. (Piura, 2017) que encontró el 78,6% fueron convivientes (15), pero difiere con los resultados de Leon R. (Piura, 2019) que halló 95,3% son solteras (14), de la misma manera con Lume M. (Huancayo, 2018) quien encontró que el 12% son solteras (17). Estadísticamente existe una relación significativa entre el estado civil y el aborto incompleto de ($p=0.026$). Este resultado es similar a Aliaga Y. (Cajamarca,2019), quien encontró una asociación entre estado civil y aborto incompleto de ($p=0,032$)

(12). Sin embargo, difiere con la investigación de Cora V. (Iquitos,2017), quien halló que no existe asociación significativa entre el estado civil de la madre con la actitud hacia el aborto ($p=0.696$) (44); de igual modo con Morales H. (Lima, 2019), quien en su estudio no encontró significancia asociada a aborto incompleto ($p=0,156$) (19). Estar casada o vivir en convivencia estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja, no obstante, desde el punto de vista de los resultados encontrados en la investigación, se puede considerar que la mujer podría tener temor de posibles malformaciones fetales y tener que lidiar con todas las situaciones que tienen que enfrentar en la vida para el cuidado de su bebé, sumado a un bajo sustento económico, emocional, incluso el tener un corto periodo intergenésico, estaría llevando a la mujer a considerar como única solución en terminar con el embarazo (29,25).

En cuanto a la *procedencia*, se encontró que el 89% de la población con aborto incompleto provenían de la zona rural, un 46% de las pacientes con aborto completo, diferido y en curso eran de la zona rural, difiere con los resultados de Leon R. (Piura, 2019) que encontró 75,3% proceden de zonas urbanas (14), también con Guerrero I. (Piura, 2017) quien halló 60,7% procedían de zona urbana marginal (15), de igual manera con Mejía O. (Chota, 2018) quien encontró un 59,7% son de residencia urbana (21). Estadísticamente la procedencia tiene una relación significativa con el aborto incompleto ($p=0.000$). En el Perú según un estudio también menciona que la mayor incidencia de aborto se da en las mujeres que procedieron de la zona rural (5), esto se debería a que algunas mujeres no estarían tomando importancia a la planificación familiar ya sea por religión o cultura, también por el mismo hecho del machismo, en los que en algunos casos el varón no está de acuerdo que la mujer use algún método anticonceptivo lo que provocaría que el aborto espontáneo sea frecuente (48). Resultado que difiere con Mejía O. (Chota, 2018), quien no encontró relación estadísticamente entre aborto incompleto y procedencia ($X = 2,831$) (21); de igual modo con Morales H. (Lima, 2019), encontró que no guarda significancia estadística con el aborto ($p=0,359$) (19).

En el *grado de instrucción*, dentro del aborto incompleto el 32% pertenece a primaria incompleta y el 38% de las pacientes con aborto completo, diferido y en curso tuvieron primaria incompleta, difiere con los resultados de Bautista I, Chuchon R. (Huancavelica,2018) quienes encontraron 48,4% el grado de instrucción fue superior universitario (13), también con Mogrovejo M. (Lima, 2018) que halló grado de instrucción de secundaria 77.37%(16), de la misma manera con Mendoza M. (Lima, 2018) que encontró el 40,5% culminó la secundaria (18), Guerrero I. (Piura, 2017)

llego a encontrar que la mayor parte de pacientes presentó nivel de instrucción secundario 56,4% (15). Estadísticamente no guarda relación significativamente con el aborto incompleto ($p=0.937$); este resultado tiene similitud con el resultado de Morales H. (Lima, 2019), en su estudio no se encontró significancia estadística entre grado de instrucción y aborto ($p=0,155$) (19); sin embargo, difiere con Roncal F. (Cajamarca, 2018) encontró que estadísticamente existe relación significativa entre las variables grado de instrucción y aborto incompleto según lo evidencia $p = 0,000$ (20). El analfabetismo es un problema de primer orden para las mujeres en el Perú, donde la mayoría especialmente en sectores rurales son mujeres. El promedio educativo de las mujeres en zonas rurales es de primaria, una problemática que afecta sobre todo a las poblaciones indígenas (49). Los resultados obtenidos en Baños del Inca indican que hay un porcentaje moderado de mujeres que no han terminado su primaria lo cual estaría implicado a los medios económicos bajos, como lo señala PROMSEX que reportó que hay una incidencia de abortos en mujeres con estratos económicos medios y bajos (42). Las mujeres con un alto nivel de estudios tendrían mejor actitud en acceder a los métodos anticonceptivos e informarse sobre las consecuencias psicológicas, sociales y biológicas que podría tener un embarazo a una edad avanzada.

Con respecto a la *ocupación*, dentro del aborto incompleto se aprecia que el 91% de las mujeres atendidas por aborto incompleto son amas de casa, y el 85% de las mujeres por aborto completo, diferido y en curso también fueron amas de casa, resultado que guarda similitud con y Leon R. (Piura, 2019) que encontró en su investigación 80% son amas de casa (14), de igual manera con Guerrero I. (Piura, 2017) quien halló el 84,3% fueron amas de casa (15), sin embargo difiere con Mendoza M. (Lima, 2018) quien halló 37,6% estudia (18). Estadísticamente no tiene ninguna relación significativa ($p=0.476$). Estos resultados discrepan con lo reportado por Morales H. (Lima, 2019) quien encontró significancia estadística ($p=0,03$) con el aborto incompleto (19), de igual manera con Cora V. (Iquitos, 2017) reportó asociación significativamente entre la ocupación de la madre y el aborto $p=0,000$ (44), también con Aliaga Y. (Chota, 2019) encontró asociación entre la ocupación y aborto incompleto $p=0,048$ (12). El contar con un sustento económico resulta ser de gran importancia en el hogar, por lo que demanda de bienes y servicios. Lo que se ve en las zonas rurales es que el esposo trabaje y la mujer se dedique a su casa, de la manera que ambos apoyen a mantener un hogar, como se muestra en el estudio existe un alto porcentaje de mujeres que son amas de casa, y muchas veces la falta de economía, embarazos no planeados, además de no sentirse preparadas para ser madres, podría llevar a terminar el embarazo.

Tabla 3, con respecto a los factores obstétricos tenemos al *aborto*, donde se encontró que el 78% corresponde a aborto incompleto y el 22% corresponde a los abortos completos, retenido y en curso; estos resultados guardan similitud con el estudio realizado por Guerrero I (Piura, 2017) halló que el 85.7% de la población estudiada presentó aborto incompleto (15), de igual modo con Lume M (Huancayo, 2018) encontró que el 70% pertenece a aborto incompleto (17), igualmente Mejía O (2018) quien estimó el 52,2% corresponde a aborto incompleto (21) y Roncal F (Cajamarca, 2018) halló una incidencia de 75,6% (20). según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia el aborto incompleto se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción por lo que el orificio cervical aparece abierto, pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o en el cérvix, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional (35). En el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2015 se reportó 383 abortos incompletos, una cifra alta teniendo en cuenta las complicaciones que podría traer en la mujer (7).

En cuanto a la *edad gestacional*, el 78% se encontró que el aborto incide entre las 10-15 semanas de gestación, resultado que tiene similitud con el estudio de Lume M. (Huancayo, 2018), quien halló que el 22% tenía una edad gestacional mayor de 13 semanas (17). La mayoría de los abortos espontáneos se tienden a presentar a temprana edad gestacional representado un 80% antes de las 12 semanas de gestación y un 20 % después de las 12 semanas, después de las 15 semanas de gestación la probabilidad de presentar abortos disminuye, presentándose alrededor de un 0.6% en pacientes con desarrollo cromosómico y estructural normal (40). Alrededor del 30% al 50% de los abortos espontáneos son citogenéticamente anormales; las anomalías en el cariotipo llegan a ser hasta de 50% a las 8-11 semanas de gestación y el 30% a las 16-19 semanas de gestación (56).

En cuanto al *número de gestas*, predomina con el 40% las multigestas, dicho resultado es semejante al resultado de Ticlla L. (Chota, 2019), que halló el 31,1% son multíparas (22), sin embargo, difiere con Mogrovejo M. (Lima, 2018) que en su población encontró que el 57,38% fueron segundigesta (16). Algunas investigaciones reportan que la incidencia de abortos se da en las multigestas con un 38,6%, las gestantes que tienen antecedentes de dos a tres partos tienen un 34.1% de presentar un aborto incompleto (29).

Con respecto a *antecedentes de aborto*, el 34% de las pacientes que se atendieron no presentó ningún antecedente de aborto, resultado semejante a Leon R. (Piura, 2019), encontró que ninguna de las pacientes estudiadas en su investigación tenían aborto previo ni acudieron a su control prenatal (14). Las alteraciones cromosómicas

son la causa más frecuente de abortos esporádicos como en recurrentes, se estima que menos de un 5% de las mujeres van a experimentar dos pérdidas consecutivas de embarazo y sólo el 1% tres pérdidas consecutivas a más, del 12% a 15% de abortos recurrente son embrionarios y el 30 a 50% preclínicos, su incidencia es en 1 a 2% de las parejas fértiles, esto se debería a que varios de los embarazos terminan en abortos incompletos (51)

En cuanto al *periodo intergenésico*, en la investigación se encontró que el 32% tenían un periodo 6 meses a 2 años y 32% de 2 a 5 años, resultado semejante a Bautista I, Chuchon R. (Huancavelica,2018), el cual encontró que el espacio intergenésico fue adecuado el 34.4% (13). El periodo intergenésico entre 0-12 meses aumenta el riesgo de osteoporosis durante la post menopausia ya que en esta etapa las mujeres presentan menores niveles de densidad mineral ósea (51).

En cuanto al *control prenatal*, es una actividad que permite la identificación de factores de riesgo evitando así un aborto y sus posibles complicaciones. En el estudio se encontró que el 60% de las pacientes no tuvieron o no asistieron a su control prenatal resultado tiene similitud con el resultado de Lume M. (Huancayo, 2018), quien halló el 47% no tenía APN (17). La atención prenatal es una actividad relevante y necesaria para evitar todas estas cifras de aborto, al respecto la OMS menciona que la atención prenatal es tan importante que ha incrementado el número de atenciones prenatales de seis a ocho sesiones como mínimo sesiones necesarias para disminuir las elevadas tasas de morbi mortalidad materno perinatal (45).

Tabla 4, en cuanto a la *edad gestacional*, en las pacientes con aborto incompleto tiene una incidencia del 72% de 10-15 semanas, de igual modo se encontró que en las pacientes con aborto completo, diferido y en curso el 100% de las gestantes fueron de 10-15 semanas, resultado que difiere con Bautista I, Chuchon R. (Huancavelica, 2018) quien encontraron que el 89,2% interrumpió su embarazo antes de las 12 semanas de gestación (13), también con Mogrovejo M. (Lima, 2018) quien halló que la edad gestacional más frecuente fue de 8-10 semanas 63,76% (16), así mismo con Guerrero I. (Piura, 2017) que halló la edad gestacional fue menor de 8 semanas con un 50% (15). Estadísticamente la edad gestacional tiene una relación significativa con el aborto completo ($p=0,032$); resultado que discrepa con el estudio de Aliaga Y. (Chota, 2019), quien no halló asociación significativa entre la edad gestacional con el aborto incompleto tanto en adolescentes como en jóvenes ($p=0,964$), ($p=0,280$) respectivamente (12). En cuanto al grupo de abortos espontáneos tardíos existen factores maternos que con mayor frecuencia se encuentran presentes, por lo que estos abortos están asociados a una mayor tasa de complicaciones asociadas

maternas. Del 15 % al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. Las causas para un aborto espontáneo son varias, uno de ellos se debe a problemas en los cromosomas de los embriones, es decir el embrión tiene algún problema en su dotación cromosómica o en su contenido genético lo que permite su implante en el útero, pero no su desarrollo final, otro factor son los niveles anómalos, diabetes no controlada, infecciones, obesidad, problemas en los órganos reproductores de la madre, trastornos endocrinos, alteraciones inmunológicas o enfermedades graves (14, 50). El riesgo de aborto espontáneo clínicamente detectable en la mujer que nunca ha abortado oscila entre el 11% y el 15%, en cambio, después de uno a cuatro abortos, es el 25%,45% y 54%, respectivamente (56).

En cuanto al *número de gestas*, en los resultados del aborto incompleto se observó que el 47% de las pacientes son multigesta, en las pacientes con aborto completo, diferido y en curso se encontró el 77% son Segundigesta, resultado que guarda similitud con Lume M. (Huancayo, 2018) que halló el 84% son múltiparas (17), también con Mejía O. (Chota, 2018) que encontró el 63,2% tuvieron de 2 -4 gestaciones (21), resultado difiere con Mogrovejo M. (Lima, 2018) que en su población encontró que el 57,38% fueron Segundigesta (16). Estadísticamente tiene una relación significativa el número de gestas con el aborto incompleto de $p=0.015$, resultado que coincide con el estudio de Aliaga Y. (Chota, 2019), que encontró asociación entre el número de gestas con el aborto incompleto tanto en adolescentes como en jóvenes ($p=0,004$) ($p=0,005$) respectivamente (12). Hoy en día las familias son más responsables con la cantidad de hijos que desean tener, pero también hay parejas que no tienen la suficiente información acerca de la salud sexual y reproductiva, por lo que muchos de estos embarazos estarían terminando en aborto. Las pacientes múltiparas tienen un riesgo de presentar abortos tres veces más que las pacientes primíparas (29).

Con respecto a *antecedentes de aborto*, dentro de las pacientes que tuvieron un aborto incompleto el 64% no tienen aborto previo y en las pacientes con aborto completo, diferido y en curso el 69% tuvieron 1 aborto previo, resultado que guarda similitud con el estudio de Mejía O. (Chota, 2018) quien halló el 81,6% tienen 1 antecedente de aborto (21), también con Paillacho A, Rubio A. (Quito, 2019) encontraron dentro su población estudiada las mujeres tuvieron 1 y 2 abortos previos (9). Estadísticamente tiene una relación significativa con el aborto incompleto de $p=0.033$, resultado que coincide con Aliaga Y. (Chota, 2019), que encontró asociación entre antecedentes de aborto y aborto incompleto $p=0,000$ (12). Las mujeres que presentan uno o más abortos previos, el riesgo de un nuevo aborto se incrementa, en

mujeres primíparas presentan un riesgo menor de tener un aborto a diferencia de las mujeres multíparas que el riesgo se triplica, las pacientes con edad mayor de 35 años presentan un riesgo de sufrir un aborto y en mayores de 40 años este riesgo se duplica (52).

En cuanto al *periodo intergenésico*, en la investigación dentro del aborto incompleto se llegó a encontrar una prevalencia del 36% en mujeres con periodo intergenésico de 2 a 5 años, lo que indica un tiempo adecuado para un nuevo embarazo y en las pacientes con aborto completo, diferido y en curso se encontró que el 54% no tuvieron ningún embarazo por lo que no hay periodo intergenésico. Estadísticamente tiene una relación significativa con el aborto incompleto $p=0,002$. Se ha informado que existe riesgo materno – fetal en cuanto a la duración del periodo intergenésico, por lo que según la OMS el tiempo óptimo es de 18 a 27 meses desde la última gestación, un periodo intergenésico corto puede causar ruptura uterina, restricción del crecimiento intrauterino y óbito fetal, un periodo intergenésico menor de 6 meses está relacionado con el aborto, ruptura prematura de membranas, anemia, endometritis y malformaciones congénitas que incluye las cardiopatías, defectos del tubo neural y anomalías cromosómicas

En cuanto al *control prenatal*, en el estudio dentro del aborto incompleto se llegó a encontrar el 55% de las pacientes no tuvieron ningún control prenatal, dato por el cual el aborto sería un problema de salud en el Centro de Salud Baños del Inca, igualmente con las pacientes con aborto completo, diferido y en curso se llegó a encontrar el 77% no tuvieron controles prenatales. Estadísticamente no guarda relación significativa entre control prenatal y aborto $p=0,159$. Los controles prenatales ayudan a identificar a pacientes con riesgo obstétrico, lo ideal es que la atención prenatal inicie antes de la concepción o tan pronto que el embarazo sea sospechado, incluso también antes de las 10 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural; pero el mayor porcentaje acude cuando están embarazadas más de 10 semanas y algunas mujeres llegan a urgencias presentando un aborto incompleto ya que ni ellas mismas tenían conocimiento de su embarazo. Por ello mismo la comunicación y el flujo de información entre el profesional obstetra a los pacientes es la clave para prevenir los abortos incompletos.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se concluye que:

1. En las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca, se determinó que los factores sociodemográficos relacionados fueron: la edad materna 30-59 años, estado civil conviviente, procedencia rural. En relación con los factores obstétricos están, la edad gestacional de 10-15 semanas, multigesta, sin antecedente de aborto, periodo intergenésico de 2-5 años.
2. Los factores sociodemográficos de las mujeres que tuvieron una relación significativa con el aborto incompleto fueron: la edad materna ($p=0.000$), estado civil ($p=0.026$), procedencia ($p=0.000$).
3. Los factores obstétricos de las mujeres que tuvieron una relación significativa con el aborto incompleto son: la edad gestacional ($p=0.032$), número de gestas ($p=0.015$), antecedentes de aborto ($p=0.033$) y el periodo intergenésico ($p=0.002$).

RECOMENDACIONES

- A los directivos del Centro de Salud Baños del Inca brindar los medios necesarios a los profesionales obstetras para poder detectar a tiempo los factores de riesgo que puedan ocasionar un aborto y poner en riesgo la vida de la mujer.
- A los obstetras del Centro de Salud Baños del Inca, fortalecer los programas de prevención en salud, planificación familiar y educación sexual, dirigidos a la población en general, y también promover y ejecutar en coordinación con las autoridades institucionales, actividades formativas de salud sexual y reproductiva que sean dirigidos a los padres de familia, con la finalidad que con la información brindada se pueda contribuir a disminuir los abortos, sobre todo en mujeres mayores de 35 años, convivientes y de zonas rurales.
- A los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia fortalecer y mejorar sus habilidades y destrezas en la elaboración de programas de prevención y promoción de la salud, desarrollando trabajos comunitarios para así mismo poder prevenir el aborto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Prevención del aborto peligroso. [internet].2020 [citado el 1 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
2. Guttmacher Institute. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. [internet]. 2020 [citado el 8 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf>
3. Guttmacher Institute. Por el aborto legal en América Latina y el Caribe. [internet]. 2018 [citado el 11 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/print/article/2018/08/por-el-aborto-legal-en-america-latina-y-el-caribe>
4. Católicas por el Derecho a Decidir-Perú. Situación del aborto clandestino en el Perú. [citado el 15 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.cddperu.org/es/informacion/hoja-informativa/situaci%C3%B3n-del-aborto-clandestino-en-el-per%C3%BA>
5. Taype A, Merino L. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú. [internet]. 2016 [citado el 11 de mayo 2020]. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2573/2600>
6. Ríos C, Vera R, Mantilla V. Revista médica de Trujillo. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. Es Salud. Enero 2016- diciembre 2017. [internet]. [citado el 27 octubre 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/usser/Downloads/2097-Texto%20del%20art%C3%ADculo-6209-1-10-20181009.pdf>
7. Análisis de situación de salud 2017 (ASIS). Hospital Regional Docente Cajamarca. [internet]. [citado el 12 mayo 2020]. Disponible en URL: <http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/ASIS%202017%20H RD C.pdf>
8. Roncal M. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. [internet]. [Tesis previa a la obtención del título de obstetra] Cajamarca. Hospital Regional Docente de Cajamarca [citado el 12 diciembre 2019]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016_43192983_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Análisis de situación de salud 2019. Hospital Regional Docente Cajamarca. [internet]. [citados el 4 de junio 2021]. Disponible en: http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_A%C3%91O_2019.pdf?r=1606503282
10. Paillacho A, Rubio A. Factores que inciden en el aborto en mujeres en edad fértil en el Hospital General Enrique Garcés. Universidad Central del Ecuador. [Internet]. [Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Ingeniería en Estadística]. [citado el 25 octubre 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20783/1/T-UCE-0005-CEC-277.pdf>
11. Herrera S. Factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora. Universidad Nacional de Lonja. [internet]. [Tesis previa a la obtención del título de Médico General]. [citado el 25 octubre 2021]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19607/1/Tesis%20Stephany%20Herrera.pdf>
12. Santana G, Marín G. Causas de aborto en adolescentes de 12 a 18 años de edad atendidas en un hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [internet]. [Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de Licenciatura en Enfermería]. [citado el 16 de diciembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8988/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-393.pdf>
13. Aliaga Y. Factores personales, sociales y obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán soto Cadenillas – Chota. 2019. [internet]. [tesis para optar el título profesional de obstetra]. Universidad Nacional de Cajamarca. [citado el 10 diciembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4354/INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Bautista I, Chuchon R. Características sociodemográficas y reproductivas de las usuarias atendidas por aborto en el hospital Essalud de Ayacucho, 2018 y 2019. [Internet]. [tesis para optar el título de especialista en emergencias y alto riesgo obstétrico]. Universidad Nacional de Huancavelica. [citado el 25 marzo 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3381/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020->

BAUTISTA%20PEREZ%20Y%20CHUCHON%20GUTI%C3%89RREZ.pdf?s
equence=1&isAllowed=y

15. Leon R. Factores de riesgo asociados en mujeres adolescentes con aborto, atendidas en el Hospital de Sullana II-2, Piura, 2019. [internet]. [tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Universidad Nacional de Piura. [citado el 25 marzo 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/3121/OBST-LEO-CAM-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Guerrero I. Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo nuestra señora de las mercedes-Paita. [internet]. 2018 [citado el 18 diciembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1184/CIE-GUE-COR-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Mogrovejo M. (2017). Características epidemiológicas de pacientes con aborto espontáneo en el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. [internet]. 2018 [citado el 18 diciembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1547/T-TPMC-%20Marlene%20Solangel%20%20Mogrovejo%20Ysuhaylas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Lume M. Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el servicio obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018. [internet]. [Tesis para optar el Título de segunda especialidad profesional en obstetricia, especialidad alto riesgo obstétrico]. [citado el 14 enero 2020]. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1752/TA037_21870623_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Mendoza M. Factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años en el Hospital San Juan de Lurigancho 2018. [internet]. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Universidad Nacional Federico Villarreal. [citado el 14 enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3237/UNFV_MENDOZA_SIMBRON_MARYSOL_EMELY_ISABEL_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1
20. Morales H. Factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de gineco obstetricia del Hospital San José durante enero- diciembre 2019. [internet]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Ricardo Palma. [citado el 15 enero 2020]. Disponible en:

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3263/HMORALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Roncal F. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. [internet]. 2018. [citada el 22 enero 2020]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016_43192983_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Mejía O. El aborto y su relación con los factores sociodemográficos y biológicos en las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2016. [internet]. 2018. [citado el 22 enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7044/8/T059_47002076_T.pdf
23. Ticlla L. Características sociodemográficas y ginecoobstetricas de las mujeres con diagnóstico de aborto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota. 2019. [internet]. [tesis para optar el título profesional de obstetra]. Universidad Nacional de Cajamarca. [citado el 17 octubre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3692/TESIS%20LUZ%20DELIA%20TICLLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Pérez J. Definición sociodemográfica. Diccionario Definición. De. 2020. [internet]. [citado el 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/sociodemografico/>
25. Quintero E, Ortiz R, Ochoa M, Consuegra M, Olivares C. Características sociodemográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Revista de salud Pública. [internet]. 2010. [citado el 11 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a04.pdf>
26. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica Chile 2014; 142: 168-174. [internet]. [citado el 8 de mayo 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
27. Ministerio de salud. MINSA. Salud sexual y reproductiva.2020. [internet]. [citado el 8 de febrero del 2021]. Disponible en URL: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_greta.asp
28. Torres k. Grado de instrucción como factor asociado a aborto en adolescentes del servicio de ginecología – obstetricia del Hospital Hidalgo Atoche López – Chancay. años 2016 – 2019. [internet]. [tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. [citado

- el 4 de junio del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3958/Torres%20La%20Rosa%20Kevin%20Paul%20-%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Mazza G. Explore.Doc.[internet]. [citado el 4 febrero 2021]. Disponible en: <https://expydoc.com/doc/72530/estado-civil---prof.-gast%C3%B3n-mazza-maio>.
30. López J. Factores socio-demográficos y Gineco-Obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, período enero-abril 2016. [Tesis de grado]. Piura: Universidad César Vallejo. 2017. [internet]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16941/Lopez_PJM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Macas J. Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil. [internet]. [Tesis para optar el título de obstetra]. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil. [citado el 10 de noviembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1806/1/TESIS%20FRECUENCIA%20DE%20FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABORTO%20INCOMPLETO.pdf>
32. Cunningham G. et al. Obstetricia de Williams. Vigésimo quinta edición. México D.F.: McGrawHill; 2019. [internet]. [citado el 23 de marzo 2020]. Disponible en: <file:///D:/DATOS/Documents/libros/Obstetricia%20Willams%2025edc.pdf>
33. Ministerio de salud. Instituto nacional Materno perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018. [internet]. [citado el 25 de marzo 2020]. Disponible en: <file:///D:/DATOS/Downloads/guias%20internado/Guia%20de%20la%20MATERNIDAD%202018.pdf>
34. Cirugía. Malrotación congénita SCHWARTZ. Principio de. Sexta edición. México: Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 1999. 736 – 737. [internet]. [citado el 28 de abril 2020]. Disponible en: <file:///D:/DATOS/Documents/libros/Obstetricia%20de%20Schwarcz%206ta%20Edicion.pdf>
35. ARS Médica Revistas de ciencias médicas. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. [internet]. [citado el 28 abril 2020]. Disponible en URL: [file:///C:/Users/usser/Downloads/290-Documento%20principal%20\(texto\)-1194-1-10-20160822.pdf](file:///C:/Users/usser/Downloads/290-Documento%20principal%20(texto)-1194-1-10-20160822.pdf)

36. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Protocolos asistenciales en obstetricia. 2010. [internet]. [citado el 28 abril 2020]. Disponible en: <https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>
37. Lombardía J, Fernández M. (2007). Ginecología y obstetricia. Manual de consulta rápida. (2da Ed). Buenos aires.
38. Carvajal J, Barriga M. Manual de obstetricia y Ginecología. X edición 2019. [internet]. [citado el 26 octubre 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
39. Ministerio de salud Pública. Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. [internet]. [citado el 26 octubre 2021]. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_EQU_18979_S.pdf
40. Hernández R. Metodología de la investigación. 6° Ed. México; 2014. [citado el 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
41. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Guía de atención del aborto. [internet]. [citado el 26 octubre 2021]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/dds/publicaciones/guia%2011.%20%20atencion%20del%20aborto.pdf>
42. Promsex. Centro de Promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Perú. 2019. [internet]. [citado el 27 octubre 2021]. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
43. Ríos C, Vera R, Mantilla V. Revista médica de Trujillo. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. EsSalud. Enero 2016- diciembre 2017. [internet]. [citado el 27 octubre 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/usser/Downloads/2097-Texto%20del%20art%C3%ADculo-6209-1-10-20181009.pdf>
44. Santisteban M. Factores Socioculturales Y Gineco obstétricos Asociados Al Aborto Incompleto. En Las Pacientes Atendidas En El Hospital De Huaycan, 2017. [internet]. [Tesis para optar el título de licenciado en obstetricia]. Universidad Privada Telesup. [citado el 27 octubre 2021]. Disponible en:

<https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/376/1/SANTISTEBAN%20CHAPO%c3%91AN%20MARIA%20ALEJANDRA.pdf>

45. Cora V. Factores sociodemográficos y actitudinales asociados al aborto en mujeres atendidas en los hospitales del Minsa – Iquitos del 2017. [internet]. [tesis para optar el título profesional de obstetra]. Universidad Científica del Perú. [citado el 25 marzo 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/581/CORA-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2018. [internet]. [citado el 25 marzo 2022]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
47. Tuapanta, J y col. Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de Tic en docentes universitarios. 2017. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>
48. Tomas L, Lucille D. El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina. Buenos Aires. [internet]. [citado el 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5296/5457>
49. Miranda P. La mujer peruana en cifras. [internet]. [citado el 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Doc/bibliografia%20de%20LA%20MUJER%20PERUANA%20EN%20CIFRAS.pdf>
50. Aborto. [internet]. [citado el 29 de mayo 2022]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/diccionario/aborto.html>
51. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Vol.83 no.1 Santiago 2018. [citado el 30 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052
52. Pintado S, Rivero N. Frecuencia y Factores de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017. [internet]. [tesis para optar el título de Médico]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [citado el 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf>

53. Doblado N, Batista I, Junco A. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. Aborto en la adolescencia un problema de salud. [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011
54. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2007. [citado 25 de junio de 2022]. URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
55. Rospigliosi M, Carmen J, Giusti M. “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Penal. [internet]. [citado el 25 de junio 2022]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM%20486-2014%20-%20GTN%20DE%20ABORTO%20TERAPEUTICO.pdf
56. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (CPC). [citado el 26 de junio de 2022]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf
57. Asociación Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Protocolos de asistencia en Obstetricia. [internet]. [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: [file:///C:/Users/usser/Downloads/S0304501310004565%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/usser/Downloads/S0304501310004565%20(5).pdf)

ANEXOS

ANEXO 1



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



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS A ABORTO INCOMPLETO
RECOLECCIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO DEL CENTRO DE SALUD
BAÑOS DEL INCA CAJAMARCA 2021**

Por medio del presente instrumento, se recolectará los datos requeridos de las HCL para establecer los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca para obtener el título de obstetra.

I. Identificación del instrumento

N° ficha:

N° Historia clínica:

II. Información sobre características sociodemográficas

1. EDAD.

- a) 12-17 años b) 18-29 años c) 30-49 años

2. ESTADO CIVIL

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

3. PROCEDENCIA.

- a) Urbano. b) Urbano-marginal. c) Rural.

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Sin ningún nivel b) Primaria incompleta c) Primaria completa
d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior

5. OCUPACIÓN

- a) Ama de casa b) Profesional c) Estudiante d) Otros

III. factores obstétricos

6. EDAD GESTACIONAL

- a) 4– 9 semanas b) 10 -15 semanas c) 16- 22 semanas

7. NÚMERO DE GESTAS

- a) Primigesta b) Segundigesta c) Multigesta d) Gran Multigesta

8. ANTECEDENTES DE ABORTO

- a) 0 b) 1 c)2 d)3 e)4 a más

9. PERIÓDO INTERGENÉSICO

- a) Ninguno b) <6 meses c) 6 meses a 2 años d) 2 a 5 años
e) 5 años a más

10. CONTROL PRENATAL

- a) Si b) No

11. ABORTO INCOMPLETO

- a) Si b) Otro tipo de aborto

ANEXO 2: SOLICITUD PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Universidad Nacional De Cajamarca
Facultad De Ciencias De La Salud
Escuela Académico Profesional De Obstetricia



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

SOLICITO: “PERMISO PARA REALIZACIÓN
DE PROYECTO DE TESIS”

SEÑOR:

DR. WILSON LEÓN VILCA

JEFE DEL CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA

Yo, **Nancy Quiroz Fernández**, con DNI N° **70969893**, domiciliado en Caserío Huacariz San Antonio, en el departamento de Cajamarca, actualmente egresada en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto, me presento y expongo.

Que, por ser de vital importancia para mi proyecto de investigación, titulado: **Factores Sociodemográficos y Gineco obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021**. Teniendo como asesora a la Dra. Obst. Julia Elizabeth Quispe Oliva, me conceda el permiso necesario para recolectar datos de las historias clínicas atendidas en Centro de Salud Baños del Inca.

POR LO EXPUESTO:

Seguro de contar con su total apoyo para lo solicitado, me despido no sin antes agradecerle su acto de buena fe para conmigo.

Pido a usted acceder a dicha petición por ser de justicia.

Cajamarca, 26 de agosto del 2021.

Nancy Quiroz Fernández
DNI:70969893

ANEXO 3

CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



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



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	DEBORA YANINA PILCOÑ ARAUSO
2. PROFESIÓN	OBSTETRA
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAESTRO EN CIENCIAS
ESPECIALIDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	09 años.
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	C.S. Niños del Inca
CARGO	Coordinadora de obstetras

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto. Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2020

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Nancy Quiroz Fernández

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar los factores sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto en hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2020

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El presente instrumento es una lista de chequeo en la cual se va a registrar datos sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto en el hospital simón bolívar; está dividido en tres partes: la primera parte es datos de la entrevista, la segunda parte son los datos sociodemográficos y la tercera parte son los datos gineco obstétricos. Las preguntas están enumeradas de forma secuencial desde la segunda parte hasta el final.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1		X	X						X		indicar adobreniti edad 7 de 10 (OMS) / 12 (MUSA)	
2	X		X				X		X			
4	X		X				X		X			
5	X		X				X		X			
6	X		X				X		X		Sugiero considerar etapa embriológica y fetal / desde Sem. Considerar también gemeluzigenta	
7	X		X				X		X			
8	X		X				X		X			
9	X		X				X		X			
Aspectos Generales										Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X		Considerar sugerencias dadas.
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X		

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES
 NO APLICABLE

Fecha: 23-09-19
 Firma:
 E mail: debora2399@hotmail.com
 Telefono: 976 035 421

Elaborado por Corral Y (2009)



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		TANY ZEINA VALLEJOS CACHO										
2. PROFESIÓN		OBSTETRA										
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO		MAGISTER										
ESPECIALIDAD		ALTO RIESGO OBSTÉTRICO										
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)		9 AÑOS										
INSTITUCIÓN DONDE LABORA		HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR										
CARGO		RESPONSABLE DE CONSULTORIO EXTERNO MATERNO										
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto. Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2020												
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Nancy Quiroz Fernández												
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN				Determinar los factores sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto en hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2020								
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El presente instrumento es una lista de chequeo en la cual se va a registrar datos sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto en el hospital simón bolívar; está dividido en tres partes: la primera parte es datos de la entrevista, la segunda parte son los datos sociodemográficos y la tercera parte son los datos gineco obstétricos. Las preguntas están enumeradas de forma secuencial desde la segunda parte hasta el final.												
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.												
Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	x		x			x	x		x		*****	
2	x		x			x	x		x			
3	x		x			x	x		x			
4	x		x			x	x		x			
5	x		x			x	x		x			
6	x		x			x	x		x			
7	x		x			x	x		x			
8	x		x			x	x		x			
9	x		x			x	x		x			
Aspectos Generales										Sí	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										x		
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación										x		
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial										x		
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir										x		
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:												
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>		APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input type="checkbox"/>				NO APLICABLE <input type="checkbox"/>						
Fecha:	02/10/19	Firma:			E mail:	vtany1983@hotmail.com		Telefono:	951586559			
Elaborado por Corral Y (2009)												



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Nancy Noami Vasquez Barcoles
2. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Maestría en Ciencias
ESPECIALIDAD	Promoción y Educación para la Salud
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	15
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	UNA
CARGO	Docente Contratada

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto. Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2020

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Nancy Quiroz Fernández

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar los factores sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto en hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2020

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El presente instrumento es una lista de chequeo en la cual se va a registrar datos sociodemográficos y gineco obstétricos asociados a aborto en el hospital simón bolívar; está dividido en tres partes: la primera parte es datos de la entrevista, la segunda parte son los datos sociodemográficos y la tercera parte son los datos gineco obstétricos. Las preguntas están enumeradas de forma secuencial desde la segunda parte hasta el final.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1		✓		✓	✓	✗	✓				en la opción a: 10-19 años	
2	✓		✓		✓	✓	✓		✓			
4	✓		✓		✓	✓	✓		✓			
5	✓		✓		✓	✓	✓		✓			
6	✓		✓		✓	✗	✓		✓			
7	✓		✓		✓	✗	✓		✓			
8	✓		✓		✓	✗	✓		✓			
9	✓		✓		✓	✓	✓		✓			
Aspectos Generales										Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										✓		indica algunas
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										✓		" "

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 05-10-19 Firma: *[Firma]* E mail: *masgumb@uncc.edu.pe* Telefono: 976666480

Elaborado por Comal Y (2009)