

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA



TRABAJO ACADÉMICO

**Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el
servicio obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba
en el año 2018**

- Para Optar** : **El Título de Segunda Especialidad Profesional en Obstetricia, Especialidad Alto Riesgo Obstétrico**
- Autor** : **Obstetra Mirta Rossana Lume Mendoza**
- Asesor** : **Mg. Luz Verónica Maldonado Rafaele**
- Línea de Investigación** : **Salud y Gestión de la Salud**

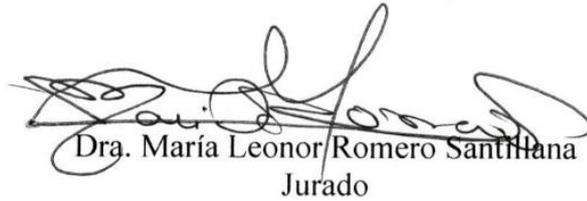
HUANCAYO – PERÚ

2020

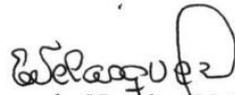
CONFORMIDAD DE LOS JURADOS



Dr. Aguedo Alvino Bejar Mormontoy
Director



Dra. María Leonor Romero Santillana
Jurado



Dra. Carmela Haydee Velasquez Ledesma
Jurado



Mg. Isabel Martha Cifuentes Pecho
Jurado



Dra. Melva Isabel Torres Donayre
Secretaria Académica

ASESORA:

MG. LUZ VERÓNICA MALDONADO RAFAELE

DEDICATORIA

A quienes estuvieron pendientes de cada paso que doy, brindándome su apoyo y esfuerzo por consolidar mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A mis colegas del Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba, por haberme brindado las facilidades para el acopio de los datos, y a todos los que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización del presente trabajo Académico.

CONTENIDO

	Pág.
CARÁTULA	i
ASESOR	ii
JURADOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO	vi
CONTENIDO DE TABLAS	ix
CONTENIDO DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRAC	xii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema general	15
1.2.2 Problema específicos	15
1.3 Justificación	15
1.3.1 Social	15
1.3.2 Teórica	16
1.3.3 Metodológica	16
1.4 Objetivos	16

1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivos específicos	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes	18
2.2 Bases teóricas	22
2.2.1 Aborto	22
2.2.2 Factores de riesgo sociodemográficos	32
2.2.3 Factores maternos	35
2.2.4 Factores obstétricos	39
2.3 Marco conceptual	41

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico	43
3.2 Tipo y diseño de estudio	44
3.3 Lugar y periodo de investigación	44
3.4 Procedimiento del muestreo	44
3.4.1 Población	44
3.4.2 Tamaño de la muestra	45
3.4.3 Marco de la muestra	45
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.5.1 Técnica	45
3.5.2 Instrumento	45

3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	45
3.7 Etapas del procesamiento de datos	46
3.8 Aspectos éticos	46

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados	47
4.1.1 Factores sociodemográficos	48
4.1.2 Factores maternos	51
4.1.3 Factores obstétricos	54
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
ANEXOS	65

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1	Análisis descriptivo de la variable aborto en mujeres gestantes	47
Tabla 2	Análisis de la dimensión grupo étnico	48
Tabla 3	Análisis de la dimensión estado civil	49
Tabla 4	Análisis de la dimensión grado de instrucción	50
Tabla 5	Análisis de la dimensión infección urinaria	51
Tabla 6	Análisis de la dimensión nivel de hemoglobina	52
Tabla 7	Análisis de la dimensión índice de masa corporal	53
Tabla 8	Análisis de la dimensión paridad	54
Tabla 9	Análisis de la dimensión edad gestacional	55
Tabla 10	Análisis de la dimensión atención prenatal	56

CONTENIDO DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Análisis descriptivo de la variable aborto en mujeres gestantes	47
Gráfico 2	Análisis de la dimensión grupo etéreo	48
Gráfico 3	Análisis de la dimensión estado civil	49
Gráfico 4	Análisis de la dimensión grado de instrucción	50
Gráfico 5	Análisis de la dimensión infección urinaria	51
Gráfico 6	Análisis de la dimensión nivel de hemoglobina	52
Gráfico 7	Análisis de la dimensión índice de masa corporal	53
Gráfico 8	Análisis de la dimensión paridad	54
Gráfico 9	Análisis de la dimensión edad gestacional	55
Gráfico 10	Análisis de la dimensión atención prenatal	56

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo identificar los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba. Metodología: se realizó una investigación de tipo descriptiva, transversal, retrospectiva, de diseño no experimental. Población: 51 casos clínicos, Técnica: Revisión documentaria (Historias Clínicas), Instrumento: Ficha de recolección de datos. Resultados: 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. Conclusión: Los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba, son: Factores demográficos, Maternos y obstétricos Recomendaciones: Fortalecer la educación para la salud.

Palabras clave: aborto, factores socio demográficos, factores Maternos, factores Obstétricos.

ABSTRACT

This research work aimed to identify the factors associated with abortion in pregnant women in the Obstetric Service of the Provincial Hospital of Acobamba. Methodology: a descriptive, transversal, retrospective, non-experimental design investigation was carried out. Population: 51 clinical cases, Technique: Documentary review (Clinical Histories), Instrument: Data collection sheet. Results: 70% of the women studied presented incomplete abortion. In the variable socio-demographic factors: Age 16% are adolescents, 12% are single, 14% have no instruction; Maternal Factors: 34% have UTI, 47% have some level of anemia, 21% have low weight according to their BMI, Obstetric Factors: 84% are multiparous; 22% had a gestational age over 13 weeks; and 47% had no APN. Conclusion: The factors associated with abortion in pregnant women in the Obstetric Service of the Provincial Hospital of Acobamba, are: Demographic factors, Maternal and obstetric Recommendations: Strengthen health education.

Keywords: abortion, socio-demographic factors, Maternal factors, Obstetric factors.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El aborto es un tópico muy relevante en la salud pública, que sigue generando polémica, en las distintas instituciones de salud, para la generación de políticas públicas¹.

Besio² sostiene que el aborto es el término del embarazo, con la evacuación completa o incompleta del producto de la gestación, en un período anterior a las 20 semanas de gestación, o la expulsión de un producto gestacional de menos de 0.5 kg. Según la guía práctica del ministerio de salud del Ecuador³ los abortos incompletos, podrían ocasionar complicaciones que agraven la morbilidad de la mujer conllevándola a la mortalidad. Entre estas complicaciones se encuentran: shock hipovolémico y procesos infecciosos, incrementando 60% las tasas de mortalidad materna.

A nivel mundial, se producen cerca de 42 y 46 millones abortos al año, estas cifras equivalen de 20 a 22 % de 210 millones de gestaciones anuales mundialmente, de los cuales 19'000,000 son abortos con elevadas tasas de inseguridad⁴. Donoso⁵, menciona que la OMS, calcula que cerca de veinte millones de gestaciones concluyen en abortos inseguros, predominantemente suceden en algún país en vías de desarrollo y ocasionan cerca de ochenta mil muertes maternas al año.

En Estados Unidos, la tasa de letalidad por aborto entre los años de 1988 y 1997, fue de 0,7 muertes/100.000 abortos legales, incrementándose 38% conforme se incrementa el periodo de gestación, también sostiene que cerca de 15% de gestaciones clínicas concluye en abortos espontáneos y 30.50%, de las subclínicas.

El mismo autor sostiene que los causantes que conllevan a la morbimortalidad materna son las infecciones, hemorragias o intoxicaciones producidas por los elementos que se usan para provocar el aborto.

Entre los factores que podrían estar asociados al aborto se encuentran: Malformaciones en el útero, intervenciones quirúrgicas gineco obstétricas previas, antecedentes de abortos, pólipos mayores a 2 cm, miomas uterinos, etc.³ Rivero⁶ refiere que entre los factores que condicionan el aborto se encuentran los factores geográficos, raciales, ambientales etc.

Al Hospital Provincial de Acobamba, acuden un gran número de mujeres con sintomatología compatible con aborto, muchas de ellas ignoran, las complicaciones inherentes a este procedimiento y mucho más si es practicado en condiciones insalubres que puede condicionarlas a problemas de infertilidad, morbilidad y en muchos casos inclusive la muerte.

En este contexto, es que la suscrita se formula la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles con los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuáles con los factores socio demográficos, asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?
- b) ¿Cuáles con los factores maternos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?
- c) ¿Cuáles con los factores obstétricos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

1.3.1. Social

Identificar los factores asociados al aborto en el servicio obstétrico del hospital provincial de Acobamba, permitirá enfocar las acciones de educación y promoción de la salud en la población

previniendo de esta manera situaciones que podrían complicar y poner en riesgo la vida de las pacientes lo que constituiría un gran problema familiar y social

1.3.2. Teórica

El presente trabajo, denominado, Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018; se justifica porque pretende maximizar y aportar al conocimiento existente respecto a los factores incidentes en los abortos que se producen en el hospital provincial de Acobamba.

1.3.3. Metodológica

Los hallazgos del presente trabajo fueron realizados con la metodología pertinente, que permite proporcionar data real y confiable respecto al aborto, favoreciendo la elaboración de protocolos de atención basados en evidencias, lo que constituirá una mejora en la calidad de atención a las usuarias.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Identificar los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Identificar los factores socio demográficos, asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.
- b) Determinar los factores maternos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.
- c) Establecer los factores obstétricos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales

Herrera Sarango⁷, en su investigación **titulada** Factores asociados a aborto en el Hospital de Yantzaza en Zamora en el periodo diciembre 2015-diciembre 2016, estableció como **objetivo** identificar aquellos factores que inciden en los abortos, la **metodología** empleada fue una investigación cuantitativa, descriptiva y retrospectiva, en los departamentos de Obstetricia y Ginecología, del 2015 al 2016, su población estuvo conformada por 120 mujeres embarazadas y su tamaño muestral fueron 42 mujeres. En sus **resultados** menciona que entre aquellas que presentaron abortos 28.6% (n=12) tenían de 14 a 19 años, 21.4% (n=9), tenían de 20 a 25 años y 7% (n=3), más de 44 años. Entre los factores asociados al aborto se encontraron las caídas de una altura similar a su estatura en 33.3% (n=14) de los casos, seguida del indicador causas no determinadas con 28.6% (n=12). la sintomatología más frecuente fue el dolor en el epigastrio en 59.5% de las gestantes, que formaron parte del estudio, 7%. Presentó sangrado genital y 33% dismenorrea, 76% (n=32) no presentaron complicaciones y 11.9% (n=5), presentaron infecciones y sangrado, llegó a la conclusión de que los factores que inciden en los abortos, en el hospital de Yantzaza en Zamora en el periodo diciembre 2015-diciembre 2016, son la edad de 14 a 19 años y las caídas.

Rivero⁶ en su tesis con **título**, frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017, estableció como **objetivo**, describir los factores de riesgo del aborto en la población mencionada. **Metodología**: realizó una investigación descriptiva, longitudinal, transversal, su población estuvo conformada por 92 pacientes, los datos fueron analizados en una base de datos en Excel 2016, de enero a febrero del 2017. **Resultados**: La mayor proporción de abortos se presentaron en mujeres de 20-25 años (46%), 69% de ellas no presentaba antecedente de aborto, 70% de ellos ocurrió previo a las 12 semanas. **Conclusiones**: el aborto es una entidad cuya aparición es menor a las 12 sem., los antecedentes patológicos ginecológicos no constituyen factores de riesgo. **Recomendaciones**: es importante estudiar nuevos factores relacionados o desencadenantes del aborto.

Jimbo⁸ en su tesis cuyo **Título** es factores que interrumpen el embarazo en mujeres de 18-35 años de edad tratadas en el área de gineco-obstetricia de la fundación Pablo Jaramillo Cuenca 2015, estableció como **Objetivo**: Establecer el factor que interrumpe la gestación, en gestantes de edades entre 18-35, en el lugar y período de estudio; **Metodología**: Realizó un estudio descriptivo, transversal, su método fue inductivo – deductivo, como muestra tuvo 70 mujeres gestantes de 18 a 35 años, la técnica fue la entrevista y su instrumento de recolección de datos un cuestionario. **Resultados**: En 84% de gestantes, el aborto se produjo en las primeras 12 semanas de embarazo. **Conclusión**: El embarazo es interrumpido debido a factores distintos como edad, enfermedad en la gestación, factor físico, exposiciones a determinada

sustancia química, algún factor psicológico o social que origina el término de la gestación, las autoras encontraron asociación estadísticamente significativa entre paridad, hemorragia vaginal, enfermedad en el embarazo, número de abortos.

Antecedentes Nacionales

Ponce Lara⁹ en su tesis **titulada:** Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa El Salvador. Primer semestre 2016, establece como **objetivo:** establecer los factores que se encuentran relacionados con el aborto incompleto MEF, en el periodo y lugar de estudio. **Metodología:** Para cumplir su objetivo llevó a cabo una investigación de caso control; como caso investigó 405 pacientes con aborto incompleto, para cada caso tuvo un control, para ello realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo y de asociación. Para el procesamiento de datos, empleó el software Excel 2010 y SPSS 23, utilizó como estadístico el odds ratio con intervalos de confianza del 95% y el chi cuadrado. **Resultado:** El aborto incompleto predominantemente se presenta en mujeres adultas 65.4%, que como estado civil refieren vivir en convivencia, 66.4%, tenía secundaria, su IMC fue anormal en 55% de los casos, los niveles de hemoglobina fueron normales en el 76%, y 66.7% no tenía antecedentes de abortos previos. Encontró como factor de riesgo para aborto incompleto: soltera (OR=1.71), hemoglobina baja (OR=1.81), multigesta (OR=1.62) y gestaciones de 1-12 semanas (OR = 14.94). **Conclusión:** Los factores asociados al aborto incompleto, predominantemente, pueden ser prevenidos o

controlados. **Recomendaciones:** Los hallazgos podrán utilizarse para próximas investigaciones y estrategias de prevención y promoción de la salud

Roncal¹⁰ en su tesis que lleva por **Título:** Factores Psicosociales Y Su Influencia En El Aborto Incompleto. Hospital Regional Docente De Cajamarca. 2016. **Objetivo:** Establecer y estudiar los factores psicosociales que actúan sobre el aborto incompleto. **Metodología:** la autora realizó una investigación descriptiva, transversal, correlacional con diseño no experimental, su universo fueron 82 pacientes, y su población estuvo conformada por 62 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. **Resultado:** 34,1% de pacientes estudiadas tenían una edad comprendida entre 15 a 19 años; 24,4% de ellas tenía estudios secundarios incompletos; 37,8% vivían en estado de convivencia, y 40,2% formaba parte de familias disfuncionales. 41,5% de ellas tenía nivel de autoestima considerado como media y 35,4%, un nivel de depresión mínimo. La proporción de abortos fue 75,6%. Se, encontró que el nivel de instrucción considerado como factor social influye en el aborto incompleto con $p = 0,000$ y como factor psicológico, la depresión, influye de manera estadísticamente significativa en la presencia de aborto incompleto con P de significancia de $p= 0,001$.

Gaspar¹¹, En su tesis que lleva por **Título:** Factores Que Influyen En Las Mujeres En Edad Fértil En La Decisión Para Provocarse Un Aborto Del Servicio Gineco Obstetricia Del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Periodo Junio - Agosto Del 2017; plantea como **Objetivo:** establecer el factor que influye en la MEF para decidir en someterse a un aborto.

Metodología: realizó una investigación cuantitativa, explicativa, transversal de tipo correlacional causal, de diseño no experimental, como técnica de recolección de datos utilizó la entrevista, como tamaño muestral se trabajó con 132 mujeres en edad fértil, el muestreo fue no probabilístico por juicio y conveniencia. La comprobación de la hipótesis se realizó con el Chi cuadrado. **Resultado:** La decisión de provocarse un aborto es influenciado en 61% por factores económicos, el factor pareja 61%, el factor familia 55% y el factor proyecto de vida con 50%. **Conclusión:** el factor de riesgo más relevante en relación al aspecto económico es no contar con autonomía económica, y en relación a la pareja, es la relación conflictiva entre ambos, en el factor familia 55%, el factor de riesgo es la influencia del miedo y en el factor proyecto de vida 50%, el problema más relevante es el seguir estudiando.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Aborto

Definición

El aborto es definido a manera de suspensión provocada o espontánea del embarazo, que puede haber o no eliminación del resultado de la concepción, que suele ocurrir antes de la semana 22, contabilizados a partir de la fecha de última regla (FUR), o cuando el producto de la concepción pesa menos de 500 gramos.⁶

Se calcula que cerca de 15 a 20% de las gestaciones acaban en aborto espontáneo, antes de las 12 semanas en 62% de los casos

reportados, no existen datos estadísticos, pero se cree que existe un sub registro de 350 a 400 mil abortos clandestinos anualmente, es decir se produce un aborto por cada dos nacidos¹².

En su artículo el Dr. Pacora¹³ menciona que a través del tiempo se ha denominado aborto a la culminación de la gestación antes de las 22 semanas de embarazo, al deceso de un bebe intraútero después de las 22 semanas se le llama óbito fetal o natimuerto. Sin embargo, el autor menciona que el avance en biología reproductiva indica que esta clasificación no está acorde al desarrollo embrionario y fetal y clínicamente no ayuda mucho. El autor propone clasificar a la pérdida de la gestación en función de la etapa de desarrollo del producto de la gestación. Teniendo en cuenta que el período preembrionario, está comprendido entre la concepción hasta cerca de la quinta semana, después del primer día de la última regla. El período embrionario se inicia en la sexta semana hasta la novena semana. El período fetal se iniciaría en la décima semana, o 70 días a partir de la última menstruación, y se extiende a lo largo del embarazo hasta el parto. Quedando clasificada la pérdida de la gestación, desde el enfoque de la biología del desarrollo, como preembrionario (anembrionado), embrionario y fetal.

Epidemiología

El ministerio de salud del Ecuador¹⁴ menciona que la mayor proporción de estas pérdidas no pueden identificarse porque sucede antes de la siguiente menstruación. Reportan que del 100% de fecundaciones,

30% se pierden debido a problemas en la implantación, 30% por abortos preclínicos, 10% por abortos clínicos y 30% nacen vivos. Generalmente, los abortos espontáneos son precoces, 80% se presentan antes de las 12 semanas y 20% entre la 12 a la 20 semana; 1% de mujeres presentan un aborto recurrente. 10% y 12% de los abortos espontáneos, se presentan en adolescentes, esta proporción se incrementa de cuatro a cinco veces en mujeres mayores de 40 años, del 15% al 20% de gestaciones diagnosticadas clínicamente se pierden en el primer trimestre o iniciando el segundo, sin ninguna repercusión materna.

Etiología

Existen diferentes y varias razones y causas de origen fetal, materno o paterno, que conllevan a la pérdida del embarazo. Cerca al cincuenta por ciento o dos terceras partes de la casuística son debido a alteraciones cromosómicas. Las alteraciones vinculadas al desarrollo y crecimiento embrionario son las principales causas de pérdida del embarazo, ya sea subclínica o clínicamente identificados; el resto son dismórficos, con crecimiento disminuido o con productos muy macerados como para poder examinarse. Cerca de 30% a 50% de los abortos espontáneos son citogenéticamente anormales; las anormalidades en el cariotipo llegan a ser hasta de 50% a las 8-11 semanas de gestación y 30% a las 16-19 semanas de gestación¹⁴

Factores de Riesgo

- **Edad:** Las 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 %.
- **Antecedentes de Abortos espontáneos:** Si se tiene el antecedente de dos o más abortos espontáneos consecutivos existe una mayor probabilidad de tener un aborto espontáneo.
- **Enfermedades crónicas:** Padecer una enfermedad crónica, por ejemplo, diabetes no controlada, incrementa la probabilidad de un aborto espontáneo.
- **Problemas cervicales o del cuello del útero:** Alguna anomalía uterina o tejidos débiles a nivel cervical (incompatibilidad cervical) aumenta el riesgo de un aborto espontáneo.
- **Fumar y consumir alcohol y drogas ilegales:** Las fumadoras tienen mayor probabilidad de sufrir un aborto espontáneo en relación a las que no fuman. La ingesta de alcohol y el uso de drogas ilegales incrementan la probabilidad de un aborto espontáneo.
- **El peso:** El peso insuficiente o el sobrepeso está asociado al aborto espontáneo.

- **Estudios prenatales invasivos.** Algunos estudios genéticos como el análisis de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, elevan el riesgo de un aborto espontáneo¹⁵.

Clasificación del Aborto

Pacora¹³ en su artículo publicado el 2014, menciona que el código internacional del aborto es 003. Y sostiene que el aborto por su naturaleza, puede ser dividido en aborto espontáneo y aborto inducido.

a) Aborto espontáneo

Pérdida del producto de la gestación sin intervención de ningún tipo, proceso de reproducción humana es ineficiente. Se calcula que cerca de 65 % de embarazos terminan en pérdidas subclínicas. La incidencia de aborto clínico varía de 10 % a 30 %, con un promedio de 15 %.

b) Aborto inducido

Interrupción de la gestación con intervención humana. Los abortos inducidos se clasifican a su vez en: libre, eugenésico, por razones terapéuticas y por motivaciones mixtas.

b.1) Aborto libre

Realizado por decisión de la mujer, por razones económicas y sociales, (según el autor este tipo de aborto debería denominarse como embarazo no deseado).

b.2) Aborto eugenésico

La eliminación del feto cuando se confirma que tiene defectos o enfermedad congénita.

b.3) Aborto por razones médicas o terapéuticas

Interrupción voluntaria de la gestación antes de la viabilidad fetal por poner en riesgo la salud de la madre.

b.4. Aborto por motivaciones mixtas

Interrupción fetal selectiva, que elimina algunos embriones en embarazos múltiples, teniendo como finalidad que otros embriones puedan sobrevivir.

El ministerio de salud del Perú¹⁶, utiliza la clasificación del CIE10

Aborto inevitable: O05.0: Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.

Aborto incompleto: O03.4: Es la eliminación parcial del contenido uterino.

Aborto completo: O03.0: Es la eliminación total del contenido uterino.

Aborto retenido, diferido o frustrado: O02.1: Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.

Aborto séptico: O03.0: Complicación infecciosa grave del aborto.

Cuadro Clínico:

La paciente puede presentar dolor pelviano tipo cólico, sangrado y al final, expulsión por la vagina de tejidos. En el aborto espontáneo tardío puede presentarse inicialmente la pérdida de líquido debido a la ruptura de las membranas. Eventualmente podría presentarse una hemorragia masiva. Un orificio cervical dilatado es signo de que el aborto es inevitable.

Si el producto de la concepción permanece en la cavidad uterina después del aborto puede presentarse sangrado vaginal, o una infección, precedida por fiebre, dolor y puede conllevar a una sepsis¹⁷

Diagnóstico del Aborto:

Según el programa nacional de salud sexual y procreación responsable de Argentina¹⁸, „para hacer el diagnóstico del aborto se debe tener en cuenta que las pacientes acudirán por presentar retraso en la menstruación, dolor tipo cólico en el hipogastrio, fiebre acompañado o

no de sangrado en escasa cantidad o con hemorragia, infección, daño intraabdominal; estas 3 últimas entidades evidencian complicaciones.

Para un buen diagnóstico es necesario evaluar signos y síntomas que nos ayuden a descartar shock, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, o, sepsis. Para ello es importante medir inmediatamente, pulso, presión arterial, respiración, estado mental, y descartar a la observación anemia severa.

Después de haber descartado el riesgo de que la paciente se encuentre en pre shock o shock, evaluar clínicamente de manera minuciosa y completa, es decir realizar una buena anamnesis y un examen clínico exhaustivo.

Anamnesis:

- a) Motivo de consulta y antecedentes.
- b) Antecedentes médicos y quirúrgicos pertinentes.
- c) Antecedentes ginecológicos y obstétricos: Embarazos anteriores y sus resultados, uso de anticonceptivos.
- d) Evaluación psicosocial. Identificar consumo de drogas, si es víctima de violencia doméstica o abuso sexual.

Examen físico: Informar a la usuaria, la necesidad de un examen clínico y explicar el procedimiento completo para que ella pueda dar su aprobación la cual es necesaria e ineludible, además debe realizarse en presencia de un acompañante que designe la paciente. El examen es céfalo caudal.

En el examen del abdomen, poner atención en la presencia de distensión abdominal, disminución de ruidos hidroaéreos, abdomen rígido, signo de Blumberg positivo.

En el estudio ginecológico:

Especuloscopía: Valorar el sangrado cuantificar e identificar la causa y si existe fetidez, lo que nos haría el diagnóstico de infección. Se extrae suavemente las estructuras ovulares accesibles y enviarlas para estudio anatomopatológico.

Examen bimanual: Se procede a este examen después de realizar el examen con espéculo. Establecer la altura, consistencia, posición y dolor a la movilización uterina, las características cervicales (cérvix dilatado o cerrado) y los anexos.

El ministerio de salud Perú¹⁶ plantea el siguiente esquema diagnóstico:

Establecer y sospechar en gestaciones menores a veintidós semanas, ante la presencia de sangrado vaginal, dolor en el hipogastrio.

Y en el:

Aborto inevitable, se evidenciarán cambios cervicales y ruptura de membranas.

Aborto incompleto, se hará el diagnóstico ante la presencia de restos productos de la gestación en canal cervical o vaginal, la evidencia de sangrado continuo.

Aborto completo, se hace ante la evidencia de expulsión completa del producto de la gestación con verificación ecográfica y sangrado escaso.

Aborto diferido o retenido: Su diagnóstico es ecográfico, no se visualiza el embrión en una embarazada con saco gestacional de 25 mm, o 18 mm, no presencia de latidos cardiacos fetales en embrión con longitud corono-nalga mayor de 6 mm. **Aborto séptico:** presencia de temperatura mayor de 38.5 grados o más y/o sangrado o secreción vagina fétida.

El ministerio de salud también hace el:

Diagnóstico diferencial: con embarazo ectópico, hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo, enfermedad del trofoblasto (mola hidatiforme), lesiones del canal vaginal, patología cuello uterino y vagina (cáncer, pólipos, cervicitis, etc)¹⁹

Manejo y tratamiento del Aborto:

Según Gutierrez²⁰ Los ginecobstetras en el Perú, usan un manejo quirúrgico para tratar el aborto incompleto. La utilización de fármacos, nuevo, y su uso no es rutinario, en el país. Tatar el aborto incompleto con misoprostol es una alternativa buena, no es costosa y si muy segura.

El tratamiento médico, o farmacológico, fue analizado por muchos expertos quienes llegaron a la conclusión de que puede aplicarse tanto en los servicios de salud como en aquellos que no cuentan con infraestructura para procedimientos quirúrgicos, ni para anestesia local y

el autor sugiere que debe ser protocolizado con un enfoque de atención humanizada.

La atención humanizada del aborto involucra una atención integral incluyendo el manejo post aborto, orientado a la prevención de los embarazos no deseados, el manejo con enfoque de calidad de las complicaciones, incluye, además, aspectos importantes para optimizar la capacidad de respuesta con sostenibilidad, frente a cualquier tipo de emergencias obstétricas, disminuyendo de ese modo las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materna. Debe considerarse que el acceso a los servicios es directamente proporcional a los aspectos socioeconómicos y culturales de las usuarias.

2.2.2. Factores de riesgo sociodemográficos

Los factores de riesgo sociodemográficos, son aquellas características tales como la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia²¹.

Edad²²: Del latín aetas, vocablo que hace mención al período de tiempo que transcurrió desde el momento en que nació un ser humano. Tener una noción de lo que es la edad otorga la probabilidad de dividir la vida en estadios de tiempo. El ministerio de salud dividió las edades en periodos denominados etapas de la vida, los cuales comprenden las siguientes edades.

Etapas de la vida:

Niño: 0-11 Años

Adolescente: 12-17 años.

Joven: 18-29 años.

Adulto: 30-59 años.

Adulto Mayor: mayor de 60 años

Según Fescina ²³ La edad de la mujer sobre todo en los extremos de la vida, reproductiva son factores que desde antes han sido relacionados con problemas o complicaciones tanto en la madre como en el producto de la gestación.

Edad Materna Avanzada: Está asociada a una elevada probabilidad de padecer hipertensión y diabetes, lo que también está relacionado con el sufrimiento fetal agudo y/o crónico.

Otro factor de riesgo de la edad materna avanzada está relacionada a las alteraciones en el desarrollo, por ejemplo, el Síndrome de Down.

Edad materna baja: Menos de 20 años, es un factor de riesgo que ocasiona partos pretérmino, aborto y algunas malformaciones, como Gastrosquisis entre otros.

Estado civil:²⁴ Atributo de la persona, que permite que se pueda diferenciar y distinguir en términos legales de otras personas. En el Perú son considerados seis grupos de estado civil:

Soltero: Individuo que no tiene unión legal con otro.

Casado: Individuo legalmente unido a otra persona, lo que atribuye a ambos derechos y obligaciones.

Conviviente: Persona que vive con otra haciendo vida marital, pero que legalmente no está refrendada, se les atribuye algunas obligaciones y responsabilidades.

Viudo: persona cuya pareja la cual fue legalmente conformada falleció.

Divorciado: Persona que legalmente, rompió el lazo legal con su pareja.

Separado: Persona que rompió el lazo legal con su pareja, pero que no lo hizo ante las entidades legales y formales.

Nivel de instrucción:

Según el Instituto Vasco²⁵ el nivel de instrucción de es el nivel más alto de estudios que alcanzó un individuo, no debe tenerse en cuenta si son concluidos o no.

Menciona la siguiente división:

- Sin Instrucción: Individuos que no tienen capacidad de lecto escritura.
- Sin estudios: Individuos que leen y escriben, pero no estudiaron.
- Primaria: Que tuvo seis primeros años de educación básica regular
- Secundaria: Que habiendo concluido los estudios primarios continuo con cinco años de estudios, siendo promovido en cada uno de ellos.

- Estudios superiores no universitarios: Los realizados en institutos de educación debidamente refrendados, estudios de ingeniería técnica, enfermería técnica, etc.
- Estudios Superiores: Universitarios de Grado, Licenciatura, Ingeniería Superior y similares, postgrados, máster, doctorado y especialización.

2.2.3. Factores maternos

Aquellos relacionados con la madre y que pueden ocasionar el aborto, entre ellos se consideran:

Infección de tracto urinario y Aborto:

Según Peláez²⁶ la OMS reporta que las infecciones urinarias durante la gestación, son un evento infeccioso resultante de las invasiones y el desarrollo de bacterias en el conducto de la orina, que ocasionan severas complicaciones en la madre y el feto. Muchas mujeres tienen pérdida de la gestación, y se cree que se presentan cerca de cincuenta y seis millones de abortos anuales a nivel mundial. El mismo autor reporta que por cada 4 gestaciones, se presenta un aborto, inducido o espontáneo.

En la gestación se presentan cambios fisiológicos, los uréteres y la pelvis renal se distienden y el peristaltismo ureteral disminuye notablemente. Volviendo a su estado normal al segundo mes post parto.

La infección del tracto urinario, es se presenta del 5% al 10% del total de embarazos. Las enterobacterias, son las más frecuentes, siendo la *Escherichia coli* la responsable del 80% de estas infecciones, en menor proporción la *Klebsiella ssp*, *Proteus mirabilis*.

La bacteriuria asintomática se diagnostica al encontrar más de 100,000 unidades formadoras de colonias. Si se encuentra más de dos bacterias en el cultivo pensar en que muestra pueda estar contaminada. La prevalencia de bacteriuria es 2% en primigestas de menos de 21 años, y 8-10% en multigestas mayores de 35 años, en pobladoras de bajos ingresos económicos.

Las usuarias que presentan bacteriuria en la gestación son diagnosticadas en la primera atención prenatal. Sin embargo, se han reportado 25% de gestantes que presentan bacteriuria en la gestación contraen ésta en el último trimestre. La cistitis aguda y la pielonefritis aguda complican el 1-2% las gestaciones. La dilatación marcada de los uréteres durante las últimas etapas parece permitir que las bacterias de la vejiga alcancen el tracto superior y surja una pielonefritis sintomática.

Anemia y Aborto:

La OMS²⁷ divide la hemoglobina en niveles, considerando en las mujeres no embarazadas los siguientes: Normal de 12 g/l, anemia leve de 11 a 11.9 g/l, anemia moderada de 8 a 10.9 g/l y anemia severa a aquellas mujeres que tienen niveles de hemoglobina por debajo de 8g/l. En las

gestantes estos valores son: normal por encima de 11 g/l. anemia leve de 10 a 10.9 g/l, anemia moderada de 7 a 9.9 g/l y anemia severa por debajo de los 7 g/l.

Según el ministerio de salud del Ecuador²⁸ los niveles de hemoglobina menores o igual a 11 g/dL, son causa de discapacidad a nivel mundial. La anemia está presente en aproximadamente la mitad de gestantes en el mundo; 52% de ellas se encuentran en los países en vías de desarrollo y 23% en países desarrollados.

Entre las principales probabilidades de desarrollar anemia por deficiencia de hierro se encuentran: escasa ingesta de hierro, pérdida de sangre de manera crónica, deficiente absorción y, etapas de la vida en que se incrementa la necesidad de consumo de hierro. Entre las deficiencias nutricionales que predominantemente afectan a las gestantes se encuentra la anemia ferropénica.

Está demostrado que las gestantes que presentan anemia por deficiencia de hierro tienen mayor probabilidad de tener gestaciones pre término, o de bajo peso al nacer.

Existen también evidencias que muestran que si una mujer tiene escasa reserva de hierro en periodos previos a la gestación se incrementa la probabilidad de presentar anemia durante el mismo, menos capacidad para ejecutar actividades físicas, y es más susceptible a padecer infecciones y, consecuentemente, una escasa capacidad para interactuar

con sus recién nacidos, motivo que justifica las elevadas tasas de morbimortalidad perinatal.

Por otro lado, Gonzales²⁹, sostiene que en pacientes que presentaron aborto espontáneo, se observó que el nivel de hepcidina, hierro sérico y ferritina están incrementados. Esto demuestra que señales feto placentarias regulan la homeostasis de hierro materno. Por otro lado, niveles elevados de hierro durante la primera etapa del embarazo podría ocasionar daño en la organogénesis, y terminar en un aborto.

Índice de Masa Corporal y Aborto:

Una publicación en el Journal of the American Medical Association³⁰ sostiene que las gestantes con un índice de masa corporal (IMC) alto previos o en etapas iniciales a la gestación, tienen mayor probabilidad de muerte súbita, fetal, y aborto espontáneo, encontrándose estas entidades con mayor frecuencia en las gestantes con obesidad.

Un grupo de investigadores del Reino Unido, hicieron un metanálisis para encontrar la relación entre el IMC de la madre, previo o al inicio de la gestación y la probabilidad de muerte súbita, fetal, y aborto espontáneo. Encontraron 38 estudios que demostraban esta relación, las investigaciones realizadas incluían cerca de 10.147 muertes fetales, 16.274 abortos espontáneos, 4.311 muertes perinatales, 11.294 muertes neonatales y 4.983 muertes súbitas.

Los investigadores encontraron que, el mínimo incremento del IMC materno está relacionado con el incremento de la probabilidad de muerte embrionaria y fetal, en cualquiera de sus estadíos.

Al mismo tiempo, reportaron que las mujeres con riesgo elevado riesgo eran aquellas que presentaban obesidad grave, (IMC = 40), también, tenían 2 o 3 veces mayor probabilidad de muerte infantil que aquellas gestantes con IMC de 20.

2.2.4. Factores obstétricos

Paridad: Se clasifica como paridad a la mujer según número de hijos nacidos vivos y nacidos muertos en un período mayor a las 28 semanas de embarazo. El término paridad en obstetricia, es identificado por el número total de gestaciones y es representado con la letra “P”.³¹

Edad Gestacional:

Son los días que transcurrieron a partir del primer día de la última menstruación, hasta el momento de la consulta. La edad gestacional se expresa en semanas y días. El embarazo, dura aproximadamente 280 días (40 semanas), considerándose a término entre 38-42 semanas, considerando como menor riesgo el periodo comprendido entre las 38-41 semanas. Para calcular la edad gestacional, es muy importante realizar una adecuada anamnesis, para determinar la fecha de última menstruación con certeza y confiabilidad. La edad gestacional

determinada por la anamnesis será refrendada por los hallazgos ecográficos, siendo el resultado ecográfico más confiable el de las ecografías antes de las 7 a 10 semanas.³².

Atención Prenatal:

La Atención prenatal es una plataforma que tiene funciones relevantes, como el cuidado, promoción, prevención, tamizaje y diagnóstico de la salud de la mujer embarazada. Está comprobado que, cuando la atención prenatal se realiza en el momento oportuno, se puede obtener información clara, objetiva y fidedigna de la salud de la madre y con ello se pueden salvar vidas³³.

La atención Prenatal, son actividades obstétricas, que se concertan entre la gestante y el personal de salud y consiste en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, cuya finalidad es vigilar la evolución de la gestación para lograr una correcta preparación para el parto y el cuidado del recién nacido, y así minimizar los posibles riesgos de este periodo que es y debe ser totalmente fisiológico.

Según Villela³⁴ hoy en día los avances de la medicina otorgan a la atención prenatal mayor relevancia debido a que si esta atención se realiza de manera precoz, permite realizar un diagnóstico genético prenatal, el cual incluye el asesoramiento genético, el uso de técnicas diagnósticas, para el diagnóstico de labio leporino, espalda bífida,

afecciones cardiacas, etc. o alteraciones cromosómicas como síndrome de Down, trisomía 18, etc., y la toma de decisiones.

En la actualidad el diagnóstico genético prenatal es accesible y menos invasivo y está indicado si uno de los padres tiene algún factor de riesgo, muchas veces el diagnóstico genético prenatal, conlleva a discusiones éticas respecto a la decisión si vive y no, el producto diagnosticado con alguna anomalía, y la discriminación hacia discapacitados, entre otros.

Este es un problema, que tiene diversas aristas: la discriminación, políticas y aspectos demográficos. Por lo que es necesario distinguir entre aborto terapéutico y eugenésico, además, diferenciar entre aborto como control poblacional o con fines sociales.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Aborto: Es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos.³⁵

Infección del Tracto Urinario: Es la infección del tracto urinario debido a la colonización de bacterias patógenas. Es el síndrome más frecuente de cistitis en la mujer, y se debe a lesión vesical, generalmente es seguida de cistitis bacteriana.³⁶

Nivel de hemoglobina: Hemoglobina, proteína que contiene cada glóbulo rojo el cual transporta el oxígeno proveniente de los pulmones hacia todo el cuerpo en general. Los niveles de hemoglobina, fueron establecidos por la OMS y

aceptados por el MINSA, aquellos niveles anormales de hemoglobina podrían ser signo de un trastorno de la sangre³⁷.

Índice de Masa Corporal: La medida internacionalmente aceptada para calcular el índice de masa corporal (IMC) es peso por talla al cuadrado³⁸.

Edad: Es el tiempo de existencia de un individuo, u otro ser vivo o inerte, desde su creación, aparición o nacimiento, hasta la fecha actual³⁹

Estado Civil: Situación civil que ostenta el individuo frente a las normas legales de la sociedad²⁴

Grado de Instrucción: Mayor nivel educativo alcanzado³⁹.

Paridad: El total de embarazos de una mujer, incluye los abortos. Se puede recordar por las siglas en inglés de TPAL: Term, Preterm, Abortion, Living, (término, pretérmino, aborto, hijos vivos)⁴⁰

Edad Gestacional: Se considera como edad gestacional, al número de días que transcurre a partir del primer día de la última regla, y se considera en semanas o días²⁹.

Atención Prenatal: Conjunto de actividades que se realizan de manera periódica para prevenir, diagnosticar y tratar aquellos eventos que puedan colocar a la madre en una situación que la conlleve a contraer, una enfermedad incluso a la muerte²⁹

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Para la presente investigación se empleará el diseño descriptivo simple, es decir, que se observaran a los sujetos de estudio bajo su normal desarrollo en un contexto determinado, y analizar su comportamiento frente a las situaciones planteadas, sin ninguna intervención externa, teniendo en cuenta las posibles limitaciones que se puedan presentar.

Por lo que se establecerá el siguiente procedimiento:

- Definición de características o factores a estudiar
- Expresar la forma en que el sujeto o sujetos de estudio serán sometidos a análisis y mediante que instrumento
- Recopilar y analizar los resultados.

Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista⁴¹, mencionan que la investigación descriptiva se basa en el análisis e interpretación sistemática de un hecho o un fenómeno y describe las variables tal y como se presentan, sostiene que, el método descriptivo estudia el fenómeno en su estado natural y actual.

ESQUEMA METODOLÓGICO:



Donde:

O = Observación

M = Muestra

3.2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La presente es una investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal, y de diseño no experimental debido a que el investigador no manipulará las variables de estudio.

3.3. LUGAR Y PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo se realizó en el Hospital Provincial de Acobamba – Huancavelica, y se consignó todas las historias clínicas con diagnóstico de aborto del año 2018, por lo tanto, el período de estudio es de enero a diciembre del 2018.

3.4. PROCEDIMIENTO DEL MUESTREO

3.4.1. Población

Según Hernández, Fernández y Baptista⁴¹ la población es la totalidad de los elementos que poseen las principales características objeto del análisis y sus valores son conocidos como parámetros. En el presente estudio se tomó como población las historias clínicas de las mujeres que fueron atendidas en el servicio obstétrico del hospital

provincial de Acobamba, cuyo diagnóstico fue aborto, teniendo un total de 51 historias clínicas.

3.4.2. Tamaño de la muestra

La presente investigación trabajó con el 100% de la población por lo que no cuenta con tamaño muestral.

3.4.3. Marco de la muestra

Como marco de la muestra se revisó el libro de atenciones del servicio obstétrico del hospital provincial de Acobamba, donde se obtuvo los números de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el establecimiento con diagnóstico de aborto.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica: La técnica que se utilizó para la recolección de datos de la presente investigación fue la revisión de historias clínicas.

3.5.2. Instrumento: Como instrumento, se utilizó un formato para recolectar los datos consignados en la historia clínica, los cuales eran necesarios para medir las variables de estudio y comprobar la hipótesis planteada.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se solicitó la autorización del hospital provincial de Acobamba, y luego de la autorización correspondiente, se acudió al servicio de estadística para

obtener las historias clínicas sujeto de estudio. Después se procedió a recolectar los datos de cada una de las historias clínicas, anulándose aquellas que tenían la información incompleta.

3.7. ETAPAS DEL PROCESAMIENTO DE DATOS:

Se ingresaron los datos, registrados en las encuestas al SPSS para armar la base de datos. El análisis de los datos fue expresado en porcentajes por cada indicador.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Se respetó el reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Los Andes, siguiendo los procedimientos que se plantea y exige, considerando los principios bioéticos una parte importante para los sujetos de investigación. Además, la información que se brinda y se brindara es verídica y real, ya que se está respetando y citando de las referencias bibliográficas. Por otro lado. La investigadora hace constar su compromiso formal y decidido en respetar la confidencialidad de los datos obtenidos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1.

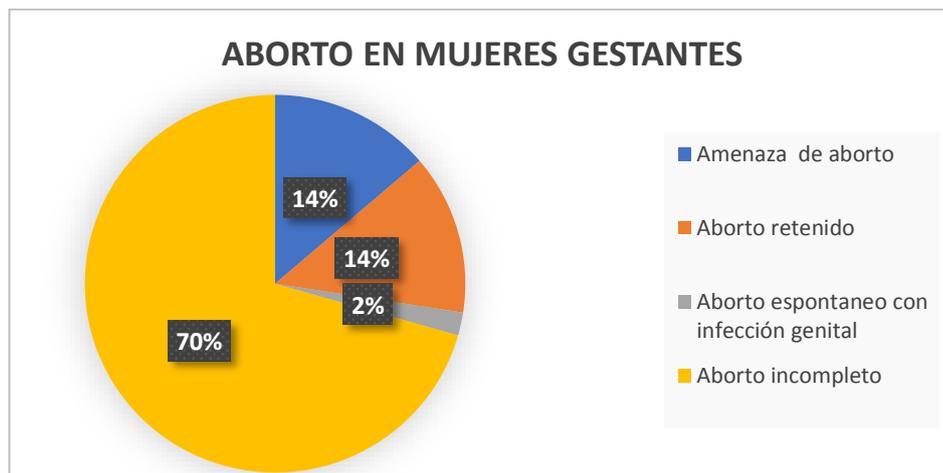
Análisis descriptivo de la variable aborto en mujeres gestantes

TIPOS DE ABORTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Amenaza de aborto	07	14.00
Aborto retenido	07	14.00
Aborto espontaneo con infección genital	01	02.00
Aborto incompleto	36	70.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.

Aborto en mujeres gestantes



Interpretación: De los 51 casos estudiados, se observó que, 14% (7) corresponden a mujeres que fueron diagnosticadas como amenaza de aborto y una cifra similar 14% (7) corresponde a aquellas con diagnóstico de aborto retenido; 2% de ellas tenían diagnóstico de aborto espontáneo con infección genital y la proporción más alta corresponde a los diagnósticos de aborto incompleto 70% (36).

4.1.1. Factores Socio demográficos:

Tabla 2

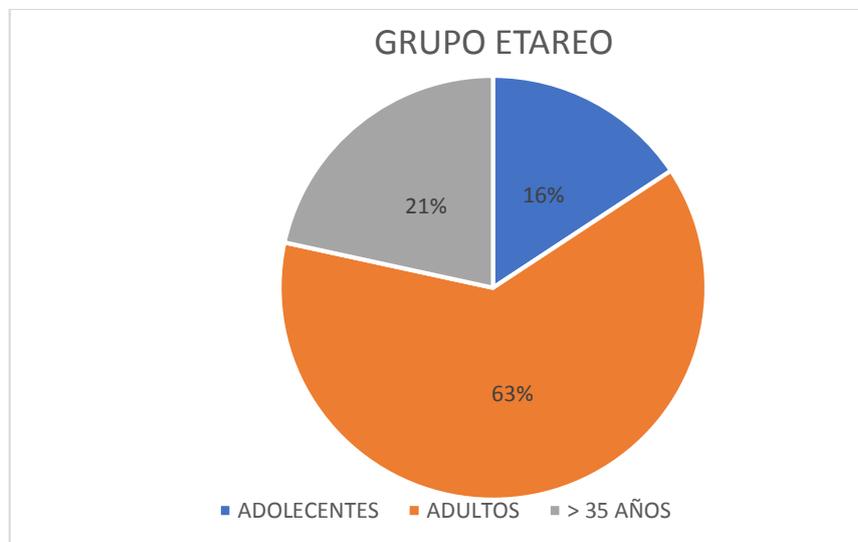
Análisis de la dimensión grupo etéreo

DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ a 17 años	8	16.00
18 a 34 años	32	63.00
> 35 años	11	21.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2.

Análisis de la dimensión grupo etéreo



Interpretación: La tabla N° 2 permite observar que, entre las mujeres estudiadas, 16% (8) tenían edades igual o menor a 17 años, 63% (32) tenían edades entre 18 a 34 años, 21% (11) eran mayor de 35 años.

Análisis de la dimensión estado civil

Tabla 3.

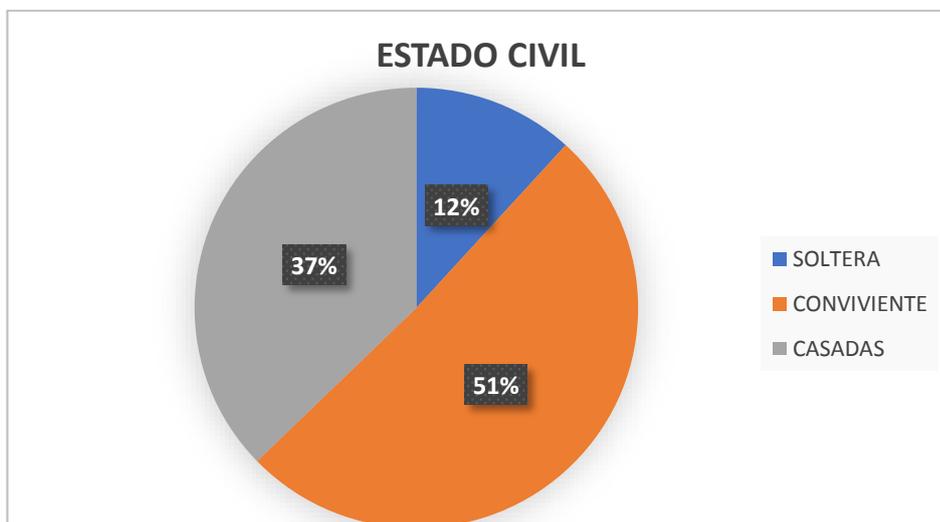
Análisis de la dimensión estado civil

DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	6	12.00
Conviviente	26	51.00
Casada	19	37.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3

Análisis de la dimensión estado civil



Interpretación: 12% (6) señala como estado civil soltera, 51% (26) denota como estado civil conviviente, y 19% (37) denota como estado civil casada.

Tabla 4

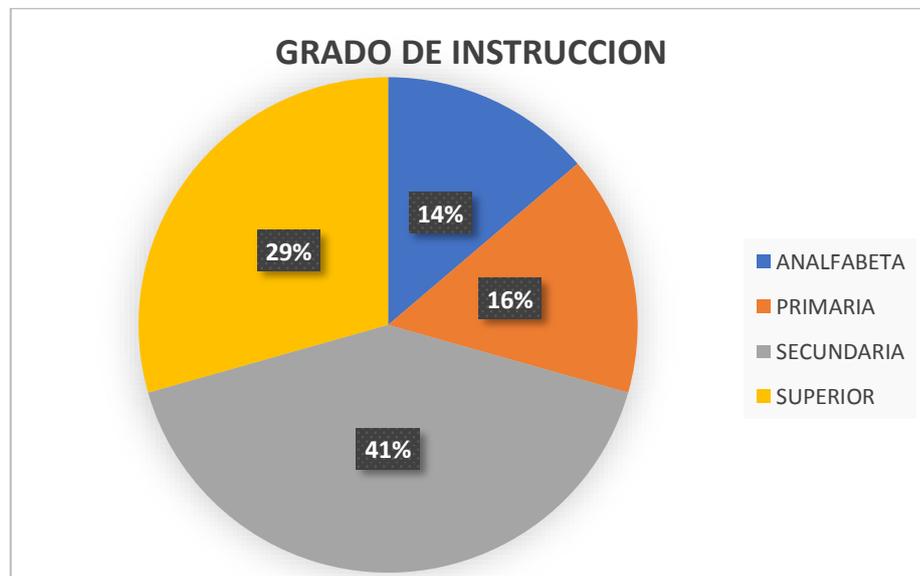
Análisis de la dimensión grado de instrucción

DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	7	14.00
Primaria	8	16.00
Secundaria	21	41.00
Superior	15	29.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración propia

Grafico 4

Análisis de la dimensión grado de instrucción



Interpretación: De las historias clínicas revisadas 14% (7) de las mujeres que forman parte del estudio, no tiene ningún grado de instrucción (analfabeta), en tanto que 16% (8) tiene instrucción primaria, 41% (21) secundaria, y 29% (15) superior.

4.1.2. Factores Maternos:

Tabla 5.

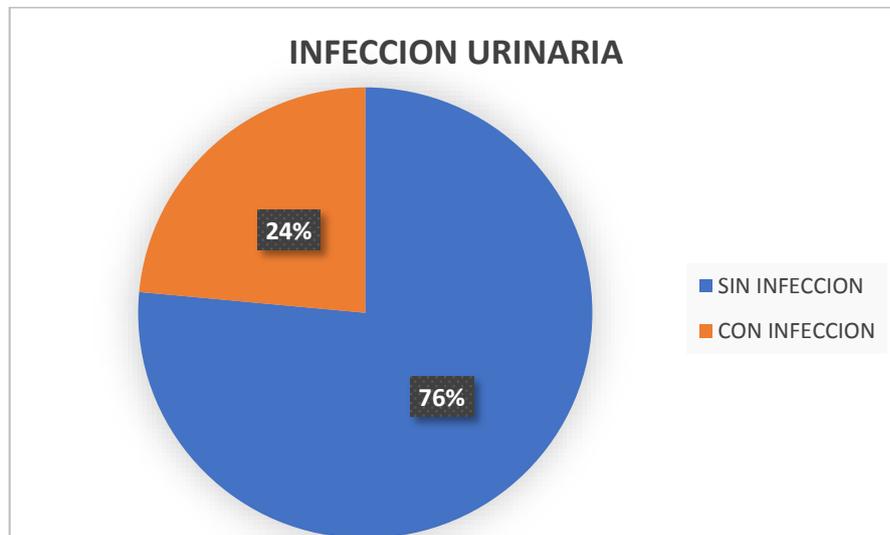
Análisis de la dimensión infección urinaria

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sin infección Urinaria	39	76.00
Con infección Urinaria	12	24.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5

Análisis de la dimensión infección urinaria



Interpretación: La tabla N° 5, muestra que 76% (39) de las pacientes no tiene diagnóstico de infección urinaria, en tanto que un 24% (12) si lo tiene.

Tabla 6

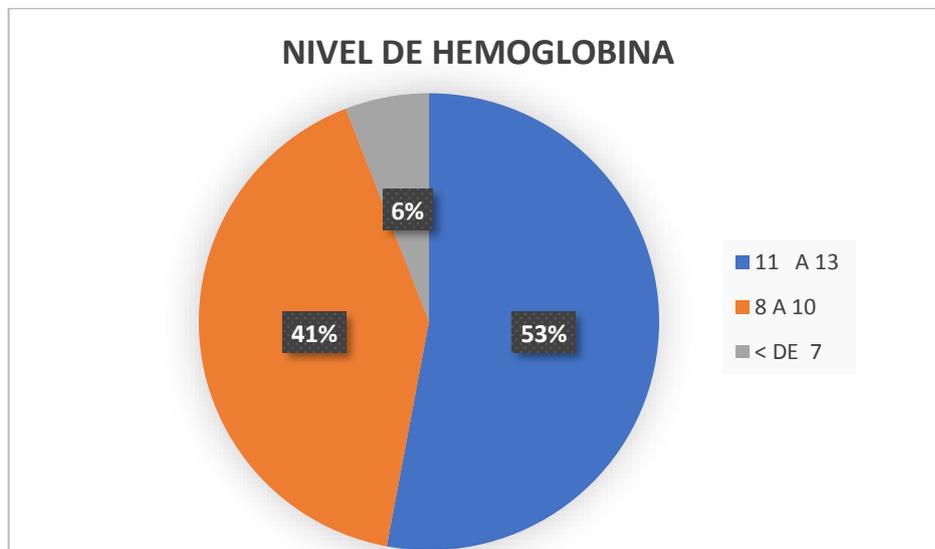
Análisis de la dimensión nivel de hemoglobina

Nivel de Hb.	CANTIDAD	PORCENTAJE
11 a 13	27	53.00
08 a 10	21	41.00
< de 7	3	06.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6

Análisis de la dimensión nivel de hemoglobina



Interpretación: La tabla N° 6 muestra el nivel de hemoglobina de las pacientes estudiadas, encontrando que 53% (27 casos), tiene un nivel de hemoglobina comprendido entre 11 a 13g/l, en tanto, que 41% (21), tienen un nivel medio de hemoglobina comprendido entre 8 a 10g/l, mientras que 6%, (3) tienen un nivel de hemoglobina bajo menor a 7g/l.

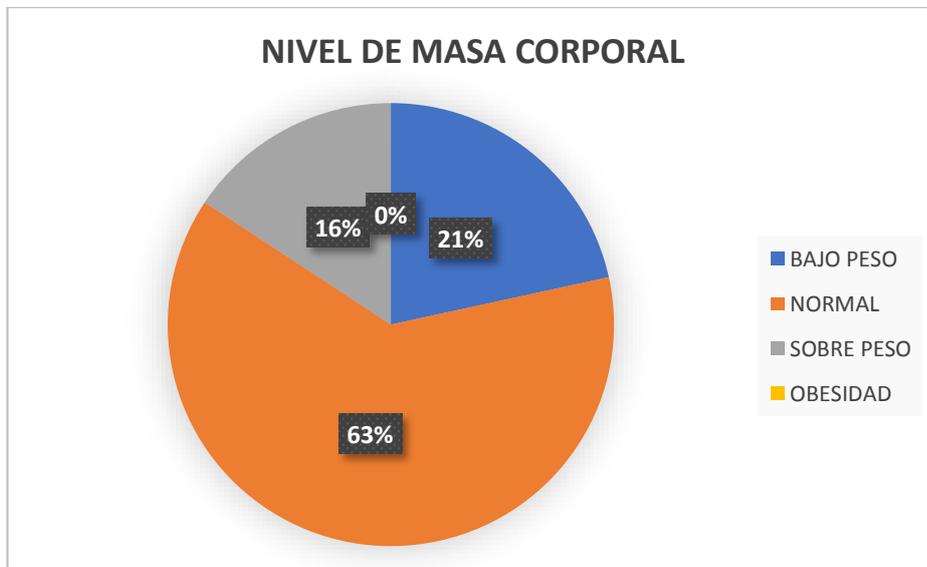
Tabla 7

Análisis de la dimensión Índice de masa corporal

.DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Bajo peso	11	21.00
Normal	32	63.00
Sobre peso	08	16.00
TOTAL	51	100.00

Gráfico 7

Análisis de la dimensión Índice de masa corporal



Interpretación: La tabla N° 7 muestra que 21% (11) de las mujeres estudiadas y de acuerdo a su índice de masa corporal, correspondían a la clasificación de bajo peso, 63% (32) peso normal, en tanto que 16% (8) correspondía a sobrepeso, no se observaron casos con la clasificación de obesidad.

4.1.3. Factores Obstétricos:

Tabla 8

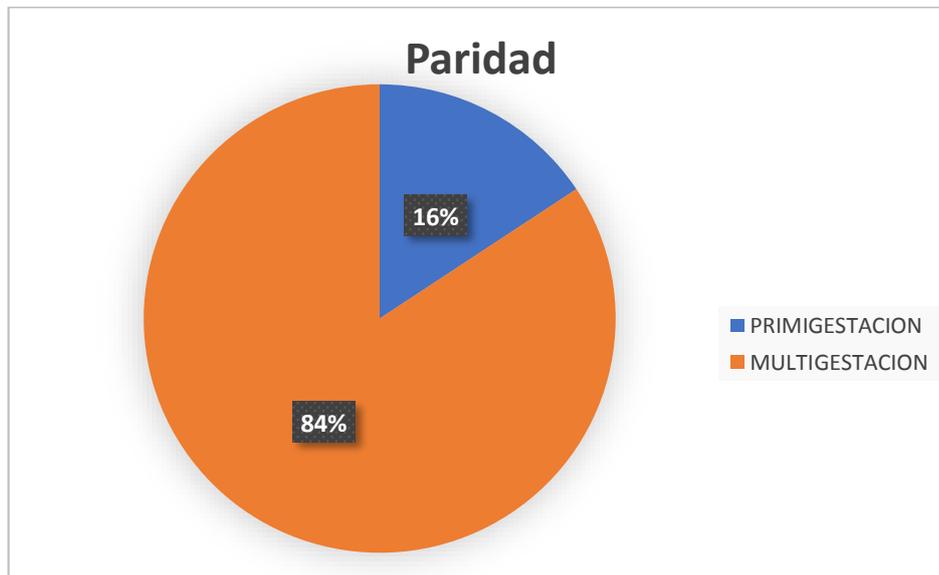
Análisis de la dimensión Paridad

Paridad	CANTIDAD	PORCENTAJE
Primigesta	08	16.00
Multigesta	43	84.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8.

Análisis de la dimensión Paridad



Interpretación: La tabla N° 8, muestra que 16% (8) de los casos eran primíparas, en tanto que 84% (43) eran multíparas.

Tabla 9.

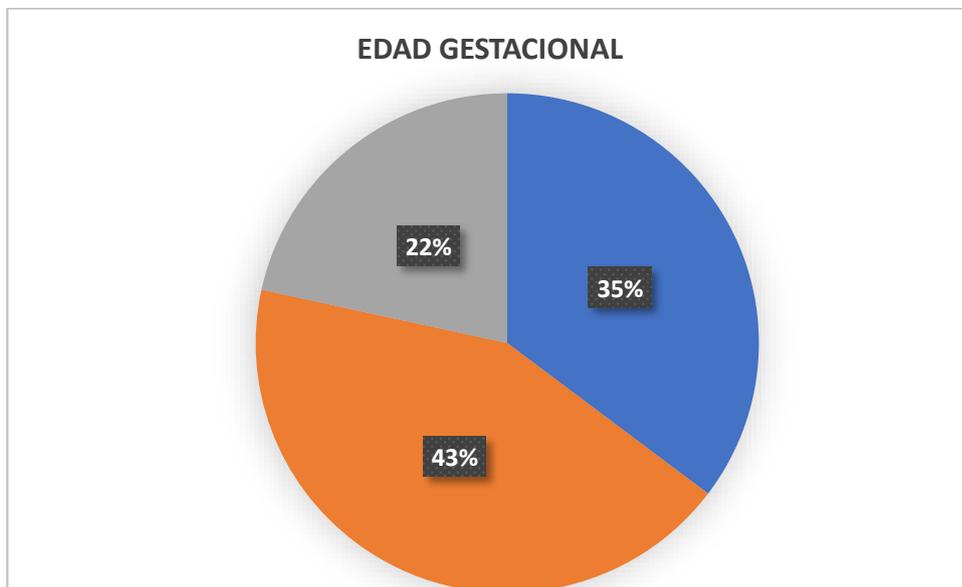
Análisis de la dimensión edad gestacional

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
1 a 6 sem	18	35.00
7 a 12 sem	22	43.00
13 a 21 sem	11	22.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 9.

Análisis de la dimensión edad gestacional



Interpretación: La tabla N° 9 muestra que 35% (18) de los casos tenían una edad gestacional entre 1 a 6 semanas, en tanto que 42% (22) de casos tenían una edad gestacional de 7 a 12 semanas, y 22% (11) de 13 a 21 semanas.

Tabla 10.

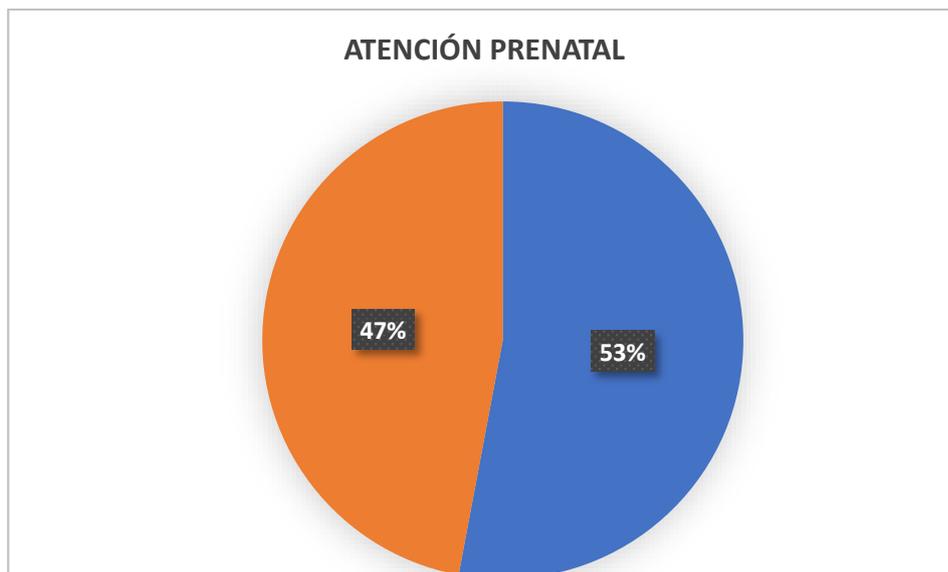
Análisis de la dimensión Atención prenatal

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Con APN	27	53.00
Sin APN	24	47.00
TOTAL	51	100.00

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 10.

Análisis de la dimensión Atención prenatal



Interpretación: La tabla N° 10, muestra 53% (27) registran que tienen una APN, mientras que 47% (24) que no acudieron a APN.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El aborto, es interrumpir un embarazo cuando el feto aún no es viable fuera del vientre de la madre, es decir, antes de las 21 semanas de embarazo y cuando el feto pesa menos de 500 gramos. El Aborto puede producirse de dos maneras: espontánea o inducida y puede ser legal o clandestino⁴². En el Perú, el aborto terapéutico está aprobado legalmente, sin embargo, las peruanas aún no pueden acceder a estos servicios en los establecimientos de salud públicos, este hecho, podría ser responsable de las elevadas tasas de muerte materna en el país⁴³.

Siendo el aborto un tema del que se habla de manera soslayada y que cuyo evento es estigmatizado por algunos profesionales de la salud y población en general, es que se decidió identificar los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018. Para analizar mejores los factores que se encuentran asociados al aborto se los dividió en Factores sociodemográficos, maternos y obstétricos, considerando entre los factores demográficos la edad, (TablaN° 2), encontrando que 16% de las mujeres que presentaron aborto tenían menos de 17 años, según Venegas⁴⁴ en Chile, nacen cada año alrededor de 1175 (16,16%), niños hijos de mujeres menores de 15 años, cifra que es similar a los hallazgos del presente estudio lo cual puede deberse, a que nuestra población tienen las mismas características.

Situación muy delicada debido a que las mujeres de esta edad pertenecen a un grupo bastante vulnerable denominado adolescentes, este hecho es igualmente motivo de preocupación en Chile, donde se evidencia que las madres adolescentes se van incrementando generando luego, un impacto negativo debido a que estas

madres no pueden integrarse a la sociedad, originando un círculo vicioso de desigualdad e inequidad que se constituye como una barrera para que estas mujeres y sus hijos salgan de la pobreza.

Respecto al estado civil, la tabla N° 3 muestra que 51% eran convivientes, al respecto Ramos¹, menciona que el estado conyugal y la edad no están relacionados con una casuística más elevada de aborto, sin embargo, también menciona que las mujeres sin pareja y que no cuentan con respaldo de la familia, tienen más probabilidad de terminar sus gestaciones en aborto en relación con las que sí la tienen. También esta investigación encontró que 14%, (tabla N° 4), eran analfabetas, la relación grado de instrucción y condiciones de salud está bastante documentada⁴⁵, por lo tanto la condición de no tener ninguna instrucción coloca a estas mujeres en mayor riesgo de enfermar o morir por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio.

Entre los factores maternos se consideró la infección del tracto urinario, los niveles de hemoglobina y el índice de masa corporal, al respecto se encontró que 24% de las mujeres estudiadas sufrían de infección urinaria, (Tabla N°5), según Bello et. al.⁴⁶ las infecciones urinarias, es la invasión microbiana de las vías urinarias (riñón, uréteres, vejiga, uretra, etcétera) que sobrepasan la posibilidad de que el organismo se defienda. Existen investigaciones que relacionan las infecciones urinarias con el aborto, parto prematuro y rotura prematura de membranas.

En cuanto al nivel de hemoglobina, la (Tabla N°6), muestra que si bien es cierto, 53% de la población estudiada tiene niveles de hemoglobina considerados

entre rangos normales, es decir niveles entre 11 a 13; sin embargo, la diferencia que es 47% tiene niveles considerados como anemia, situación que es importante resaltar debido a que los bajos niveles de anemia, ocasionan elevado riesgo reproductivo, al respecto García⁴⁷ menciona que la anemia es la que en mayor proporción se presenta en el embarazo o es provocada por este. El autor menciona que la prevalencia en el mundo, es de 30 a 70 % de las embarazadas, cifra que se encuentra acorde a nuestros hallazgos, lo que es preocupante por su repercusión en la fisiología del feto. El autor la relaciona con mayor probabilidad de abortos, embarazos pretérmino, bajo peso al nacer e incremento de la muerte perinatal.

Respecto al IMC, esta investigación encontró en la tabla N° 7 que 21% (11) de las mujeres estudiadas y de acuerdo a su índice de masa corporal, correspondían a la clasificación de bajo peso, 63% (32) peso normal, en tanto que 16% (8) correspondía a sobrepeso, no se observaron casos con la clasificación de obesidad, De la Rosa⁴⁸ reporta que en su investigación 4,3% pertenece al grupo de bajo peso, cifra que es mucho menor que la encontrada en esta investigación, esto se justifica debido a que la zona de estudio está considerada como de pobreza y extrema pobreza por lo que la alimentación es sumamente deficiente. La autora también reporta que 46,4% correspondía al grupo de normopeso, el 29,4% al grupo de sobrepeso y el 19,9% al grupo de obesidad. Las cifras encontradas en esta investigación como sobrepeso son mucho menores por las razones ya explicadas. La autora menciona que el porcentaje de abortos aumenta según se incrementa el IMC.

En Cuanto a los factores Obstétricos, la tabla N° 8, muestra que 16% (8) de los casos eran primíparas, en tanto que 84% (43) eran multíparas, lo que puede

justificarse debido a que la multíparas se encuentran más propensas a tener embarazos no deseados por encontrarse en unidad conyugal lo que determinaría su mayor actividad sexual, en cuanto a la edad gestacional en la que se produjeron los abortos, la tabla N° 9, muestra que 22% (11) tenía entre 13 a 20 semanas, lo que coloca a estas madres en elevado riesgo de morbilidad materna. AL respecto, Rivero⁶ menciona que en Europa y Asia 91,4%, de abortos, se presentaron en pacientes con más de 13 semanas de gestación, cifra que es mucho mayor a la encontrada en esta investigación lo que podría deberse a que en el lugar de investigación existe una menor oferta legal o ilegal para este problema.

Teniendo en cuenta que la atención prenatal, es una actividad que permite la identificación de factores de riesgo, y que por otro lado algunos de los casos de aborto pueden deberse a que estos embarazos no fueron deseados y que sucedieron en las primeras semanas de gestación, podría justificarse que 47% (24) de ellas, (Tabla N° 10) no acudieran a solicitar atención prenatal. La atención prenatal es una actividad relevante y necesaria para evitar todas estas cifras de aborto, al respecto la OMS³³ 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 morbi mortalidad materno perinatal.

CONCLUSIONES

Los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018, son los factores sociodemográficos, factores maternos y factores obstétricos

Entre los factores socio demográficos, asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018, se encuentran la edad el estado civil y el grado de instrucción.

- Es alarmante, la proporción de mujeres menores de 17 años que tuvieron un aborto, porque el aborto en edades tempranas tiene un impacto negativo debido a que estas madres no pueden integrarse a la sociedad, originando un círculo vicioso de desigualdad e inequidad que se constituye como una barrera para que estas mujeres salgan de la pobreza.
- El estado civil soltera influye para que los embarazos terminen en abortos debido a que las mujeres sin pareja y que no cuentan con respaldo de la familia, tienen más probabilidad de terminar sus gestaciones en aborto.
- La proporción de mujeres sin instrucción, constituye un problema de salud pública, debido a que está demostrada la relación grado de instrucción niveles de salud.

Entre los factores maternos, asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018, se encuentran las Infecciones del tracto urinario, los niveles de hemoglobina y el índice de masa corporal.

- Un tercio de las mujeres estudiadas presentó infección del tracto urinario.
- Casi la mitad de ellas presentó niveles de anemia leve, moderado y severo.
- Aproximadamente un tercio de la población estudiada presentó un IMC, compatible con bajo peso.

Entre los factores Obstétricos, asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018, se encuentran la paridad, edad gestacional, y la atención prenatal.

- La mayor proporción de mujeres estudiadas eran multíparas.
- Aproximadamente un tercio de ellas, sufrió un aborto después de las 13 semanas colocando en una condición de alto riesgo materno.
- Cerca de la mitad de las mujeres que fueron parte de este estudio no tuvieron atención prenatal.

RECOMENDACIONES

- Ejecutar estrategias de educación en salud y promoción de la salud, dirigidas a la población jurisdicción del Hospital Provincial de Acobamba para controlar los factores sociodemográficos, maternos y obstétricos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del en el año 2018.
- Potenciar el trabajo coordinado con las instituciones educativas para enfatizar la responsabilidad en el inicio de la sexualidad.
- Organizar redes de apoyo comunal para ayudar a las gestantes que son solteras, y de esa manera evitar que dichos embarazos concluyan en aborto.
- Coordinar de manera intersectorial, para mejorar el nivel educativo de las mujeres
- La identificación temprana de las infecciones urinarias contribuirá a disminuir los abortos ocasionados por esta causa, por lo que es importante fortalecer los laboratorios de la zona para el tamizaje de infecciones urinarias, por otro lado, es importante brindar información respecto a la prevención de esta entidad nosológica.
- El hospital de Acobamba a través de servicio de nutrición incrementar las sesiones educativas y demostrativas a las gestantes con una dieta equilibrada y saludable para evitar la anemia y evitar complicaciones.
- Fomentar el trabajo casa por casa para la captación de las madres multíparas o que tienen su paridad satisfecha para que ingresen al programa de planificación familiar

- El hospital provincial de Acobamba debería de implementar el acceso a la buena atención de salud reproductiva diferenciada donde se pueda educar la amplia gama de métodos anticonceptivos modernos (incluyendo la anticoncepción de emergencia, método que puede prevenir el embarazo no deseado en los primeros días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección) para poder evitar embarazos no deseados y aborto inducidos
- El hospital provincial de Acobamba a través del servicio de obstetricia incrementar la captación del control pre natal temprano y completo para identificar factores de riesgo y tratar de forma oportuna y adecuada.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el servicio obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MÉTODO
GENERAL	GENERAL	Por ser un estudio descriptivo la presente no cuenta con hipótesis	Variable 1 Factores sociodemográficos	Edad	≤ 17 años, 18 a 34 años, >35 años	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN: Método científico TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva, transversal, retrospectivo.
¿Cuáles con los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?	Identificar los factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.			Estado civil	Soltera, casada, conviviente, divorciada, viuda	
ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS			Grado de Instrucción	Sin Instrucción, Primaria, secundaria, superior	
a)¿Cuáles con los factores socio demográficos, asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?	a) Identificar los factores socio demográficos, asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.		Variable 2 Factores maternos	ITU	Si, No	ESQUEMA METOLÓGICO:  Donde: O = Observación M = Muestra
b)¿Cuáles con los factores maternos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?	b) Determinar los factores maternos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.			Hemoglobina	11 a más g/l, 8 a 10 g/l, Menos de 7g/l	
c)¿Cuáles con los factores obstétricos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018?	c) Establecer los factores obstétricos asociados al aborto en mujeres gestantes en el Servicio Obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018			IMC	Bajo, Normal, Sobrepeso	
			Variable 3 Factores Obstétricos	Paridad Edad Gestacional APN	Primípara, múltipara 1 a 6 sem, 7 a 12 sem, 13 a 21 sem. Con APN, Sin APN	LUGAR Y PERIODO DE INVESTIGACIÓN: Hospital Provincial de Acobamba, De Enero a Diciembre del 2018 POBLACIÓN: 51 historias clínicas. TÉCNICA E INSTRUMENTO: La técnica fue la revisión de historias clínicas El instrumento: Ficha de recolección de datos

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS	características biológicas, sociales o educativas, que incrementan la probabilidad de que la madre, el embrión, el feto o el recién nacido, sufran un daño	características biológicas, sociales o educativas, que incrementan la probabilidad de que la madre, el embrión, el feto o el recién nacido, sufran un daño en el hospital provincial de Acobamba	Edad	≤ 17 años, 18 a 34 años, >35 años	Numérica
			Estado civil	Soltera, casada, conviviente, viuda	Nominal
			Grado de instrucción	Sin Instrucción, Primaria, secundaria, superior	Nominal
FACTORES MATERNOS	características biológicas, que incrementan la probabilidad de que la madre, el embrión, el feto o el recién nacido, sufran un daño	características biológicas, que incrementan la probabilidad de que la madre, el embrión, el feto o el recién nacido, sufran un daño en el hospital provincial de Acobamba	ITU	Si, No	Nominal
			Hemoglobina	11 a más g/l, 8 a 10 g/l, Menos de 7g/l	Numérica
			IMC	Bajo, Normal, Sobrepeso	Nominal
FACTORES OBSTÉTRICOS	características obstétricas que incrementan la probabilidad de que la madre, el embrión, el feto o el recién nacido, sufran un daño	características obstétricas, que incrementan la probabilidad de que la madre, el embrión, el feto o el recién nacido, sufran un daño en el hospital provincial de Acobamba	Paridad	Primípara, multípara	Nominal
			Edad Gestacional	1 a 6 sem, 7 a 12 sem, 13 a 21 sem.	Numérica
			APN	Con APN, Sin APN	Nominal

ANEXO 03: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN MUJERES GESTANTES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE ACOBAMBA EN EL AÑO 2018

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad..... años

ESTADO CIVIL

1. soltera
2. conviviente
3. casado

GRADO DE INSTRUCCIÓN

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

II. FACTORES CLÍNICOS

1. PESO
2. TALLA
3. IMC
4. HEMOGLOBINA VALOR
5. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO
 - a) SI
 - b) NO

III. FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS

Numero de gestación

- a) Primípara
- b) Multípara

Edad gestacional S. S de gestación

Control pre natal

- a) si
- b) no

ANEXO 04: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ramos, S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). Estudios demográficos y urbanos, 31(3), 833-860. 2016. Recuperado en 01 de marzo de 2020, Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833&lng=es&tlng=es
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833
2. Besio, M. Las interrupciones del embarazo en la práctica obstétrica: recurso terapéutico vs aborto provocado. Acta bioeth. [Internet]. 2016, Nov [citado 2020 Mar 01]; 22(2): 169-178. Disponible en:
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200003&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200003&lng=es)
[http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200003.](http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200003)
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2016000200003&lng=es&nrm=iso
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013. 46p: [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf

García, M., Cruz, V. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2015 Mar [citado 2020 Mar 06] ; 41(1): 23-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100004&lng=es.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100004

4. Donoso, E., Vera, C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600014&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000600014>.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600014

5. Rivero, M., Pintado, S. Frecuencia Y Factores De Riesgo De Aborto En Mujeres De 20 A 40 Años En El Hospital Mariana De Jesús Durant El Periodo De Enero Y Febrero Del 2017. [Tesis]. universidad católica De Santiago De Guayaquil, Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Medicina. Ecuador, 2017. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf>

6. Carrión, X., Herrera, S. Factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora en el periodo diciembre 2015 - diciembre 2016. [Tesis]. Ecuador. Universidad Nacional de Loja. 2017. 65 p. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19607>
7. Jimbo, N., Buele, J., Landi, A., Pesántez, L. “Factores Que Interrumpen El Embarazo En Mujeres De 18-35 Años De Edad Tratadas En El Área De Gineco-Obstetricia De La Fundación Pablo Jaramillo Cuenca 2015”. [Tesis] Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Enfermería. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23645/1/Tesis%20Pregrado.%20pdf.txt>
8. Ponce, F. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa el Salvador. Primer semestre 2016. [Trabajo académico]. Perú. Universidad de San Martín de Porres. 2018. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:

<http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/3685?show=full>
9. Roncal, M. Factores Psicosociales Y Su Influencia En El Aborto Incompleto. Hospital Regional Docente De Cajamarca. 2016. [Tesis] 2018. Universidad Nacional De Cajamarca Facultad De Ciencias De La Salud. Escuela Académico Profesional De Obstetricia. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:

http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016_43192983_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Gaspar, S., Torres, A., Factores Que Influyen En Las Mujeres En Edad Fertil En La Decisión Para Provocarse Un Aborto Del Servicio Gineco Obstetricia Del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Periodo Junio - agosto Del 2017. [Tesis] Universidad Privada De Huancayo Franklin Roosevelt, facultad De Ciencias De La Salud, escuela Profesional De Obstetricia. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
<http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/103/Tesis%20Aborto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Hoffman, B. Williams Ginecología. Editorial: McGraw Hill Año: 2014. Edición: 2da.
12. Pacora, P. Aborto terapéutico: ¿realmente existe? Acta méd. peruana vol.31 no.4 Lima oct./dic. 2014. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000400006
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
14. Mayo Clinic. Guía de Mayo Clinic para tener un embarazo saludable. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298>

15. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud del Perú. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
16. Dulay, A. Aborto espontáneo. Manuales MSD. Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. Last full review/revisión Octubre 2017. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
17. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. 2015. Argentina. [citado 2020 Mar 01]; Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>
18. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GRR.pdf>
19. Gutiérrez Ramos Miguel, Guevara Ríos Enrique. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 Ene [citado 2020 Mar 08] ; 61(1): 57-64. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es)

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000100010&script=sci_abstract

20. Martínez, C., Parco, E., Yalli, A. Factores Sociodemográficos Que Condicionan La Sobrecarga En El Cuidador Primario Del Paciente Pediátrico Con Leucemia En Un Instituto Especializado – 2018. [Tesis] Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2018. Lima. [citado 2020 Mar 08]; Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3969/Factores_Martinez_Fierro_Cinthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Pérez, J., Porto, Ana. Definición de edad. Definición de. [citado 2020 Mar 08]; Disponible en:
<https://definicion.de/edad/>
22. Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a Edición: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (Publicación CLAP/SMR, 1573).
https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=174-clap-1573&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es
23. Diccionario de Derecho. Estado civil. [citado 2020 Mar 08]; Disponible en:
https://www.google.com/search?ei=6GtlXu3NOdGI5OUPtNK72AQ&q=Estado+civil&oq=Estado+civil&gs_l=psy-

[ab.3..0i6716j0j0i67j0l2.14652.14652..15988...0.2..0.136.136.0j1.....0....1..gws
wiz.....0i71.ebXjkfRrfQY&ved=0ahUKEwjt4cyO8YvoAhXRErkGHHTpDk
sQ4dUDCAs&uact=5](http://ab.3..0i6716j0j0i67j0l2.14652.14652..15988...0.2..0.136.136.0j1.....0....1..gws
wiz.....0i71.ebXjkfRrfQY&ved=0ahUKEwjt4cyO8YvoAhXRErkGHHTpDk
sQ4dUDCAs&uact=5)

24. Instituto Vasco de Estadística. Nivel de instrucción (7 grupos).
[citado 2020 Mar 08]; Disponible en:

https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html

25. Peláez, L. Infección Del Tracto Urinario En Pacientes De 18 A 29 Años Atendidas Por Aborto Espontaneo, En El Servicio De Gineco Obstetricia Del Hospital San Jose Del Callao En El Periodo Del 2016 Al 2018. [Tesis] Universidad Ricardo Palma. Facultad de medicina. Lima, Perú 2019.
[citado 2020 Mar 08]; Disponible en:

<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1831/LPELAEZ.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

26. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1)
[citado 2020 Mar 08]; Disponible en:

https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf

27. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 1ª Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

<http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Anemia%20en%20el%20embarazo.pdf>

28. Gonzales, F, Olavegoya, P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución?. Rev. Perú ginecol. obstet. [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Mar 09] ; 65(4): 489-502. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400013&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2210>.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400013&script=sci_arttext&lng=pt
29. Journal of the American Medical Association. Las madres con mayor IMC tienen más riesgo de muerte fetal. Cúidate Plus. 2014. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/ginecologicas/2014/04/15/madres-mayor-imc-riesgo-muerte-fetal-32049.html>
30. Cáceres, O. Factores maternos asociados a la presencia de complicaciones neonatales en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante enero- julio de 2017 [tesis] Universidad Ricardo Palma. Facultad De Medicina Humana. 2018. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1307/28OC%C3%81CERES.pdf?sequence=1>
31. Carvajal, J, Cabrera, M., Barriga, C. Manual Obstetricia y Ginecología. Décima Edición. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:

<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>

32. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2018. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
33. Villela, F., Linares, J. Diagnóstico genético prenatal y aborto: Dos cuestiones de eugenesia y discriminación. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2012 Ene [citado 2020 Mar 10] ; (24): 31-43. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000100004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000100004&lng=es)
[http://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872012000100004.](http://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872012000100004)
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000100004
34. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud Segunda edición. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=CA40B9756422B0CDC66D379256FB954C?sequence=1
35. Mora, M. et.al. Infecciones del tracto urinario como factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas. Facsalud. UNEMI. Volumen. 3, Nº 4, Junio – noviembre 2019. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:
<file:///C:/Users/USER/Downloads/779-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3021-1-10-20190612.pdf>

36. Medline Plus. Hemoglobina. Biblioteca Nacional de medicina de los estados unidos. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisis-de-hemoglobina/>
37. Pajuelo, J. Valoración del estado nutricional en la gestante. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Mar 10] ; 60(2): 147-152. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200008&lng=es.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200008
38. Diccionario. Conceptos.com. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:
<https://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>
39. Fournier, S. Diccionario del embarazo. 2015. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:
<https://unamamiquesemima.com/diccionario-del-embarazo-tercera-entrega/>
40. Metodología de la investigación. 2010. México. Mc. Graw-Hill/ Interamericana de C.V, Editores, S.A. Quinta edición.
41. Aslalema, A., Ortuño, D., Sacoto, M. Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones diferentes según la edad? Estudio realizado en Quito, Ecuador (2017). Psicología, Conocimiento y Sociedad - 9(1), 7-30 (mayo-octubre 2019) - Trabajos originales. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-5.pdf>

42. Távara. L., Presentación del Simposio Acceso al Aborto Terapéutico en el Perú. An Fac med. 2015;76(4):393-5 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11409>. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n4/a10v76n4.pdf>

43. Venegas, M., Valles, B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 Sep [citado 2020 Mar 10] ; 21(83): e109-e119. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006&lng=es. Epub 09-Dic-2019.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006

44. Lillo, V. Salud y educación: dos vocaciones al servicio de los derechos humanos. Revista Médica Clínica Las Condes. Volume 25, Issue 2, March 2014, Pages 357-362. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:

[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70047-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70047-1) Get rights and content

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700471>

45. Bello, ZL., Cozme, Y., Pacheco, Y., Gallart, A., Bello, AB. Resistencia antimicrobiana en pacientes embarazadas con urocultivo positivo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(4). Disponible en:

<http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1433>.

[citado 2020 Mar 09]; Disponible en:

<file:///C:/Users/USER/Downloads/1433-3878-1-PB.pdf>

46. García Odio Amado, Izaguirre Mayor Diana Rosa, Álvarez Bolívar Daymeris.

Impacto de la anemia para una embarazada e importancia del riesgo preconcepcional. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Mar 10]; 33 (1): 146-153. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100013&lng=es.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100013

47. De la Rosa, Z., Rivas, M., González, V. Índice de masa corporal y su relación con la patología obstétrica. Revista Matronas. diciembre 2017 N° 3 Volumen 5. [citado 2020 Mar 09]; Disponible en:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/123/indice-de-masa-corporal-y-su-relacion-con-la-patologia-obstetrica/>
