



UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” FILIAL ICA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“INCIDENCIA DE ABORTOS Y FACTORES PREDISPONENTES EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA 2015 – 2016”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BACH. KATHERINE KEYLA ALARCON LEVANO

ICA – PERU

2017

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi madre, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ella que soy lo que soy ahora. Te amo con mi vida.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco Dios, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida. Gracias por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona. Cada momento vivido durante todos estos años, son simplemente únicos, cada oportunidad de corregir un error, la oportunidad de que cada mañana puedo empezar de nuevo, sin importar la cantidad de errores y faltas cometidas durante el día anterior.

En segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mi MADRE, mi segunda madre MI ABUELA, mi tercera madre y no menos importante, MI TIA; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

Agradecer a mi asesora de tesis por el apoyo, paciencia y dedicación brindada para llevar a cabo mi tesis.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre los factores predisponentes asociado a aborto en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2015 – 2016, teniendo una población de 691 de pacientes que presentaron aborto obteniendo una muestra de 157 gestantes través de la fórmula de población finita con un muestreo aleatorio al azar; el diseño de investigación fue no experimental, descriptivo, el nivel de investigación transversal, retrospectivo habiendo utilizado el método documental.

Se llegó a los siguientes resultados la incidencia del aborto fue del 34%, encontrando el aborto incompleto en el 83.4%, la edad promedio de 30 a 35 años en un porcentaje de 47.8%, ocupación obrera 43.9%, el estado civil conviviente en el 65.6% de pacientes y las multíparas con un 63.6%.

Se llegó a la siguiente conclusión que existe relación significativa entre los factores predisponentes como la edad, ocupación durante el embarazo, estado civil, paridad con los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016

PALABRAS CLAVE: FACTORES PREDISPONENTES - ABORTO

ABSTRACT

An investigation was carried out to determine the relationship between the predisposing factors associated with abortion in patients attended at the Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2015 - 2016, having a population of 691 patients who presented abortion, obtaining a sample of 157 pregnant women through the finite population formula with random random sampling; the research design was non-experimental, descriptive, the level of cross-sectional research, retrospective having used the documentary method. The following results were found: the incidence of abortion was 34%; abortion was incomplete in 83.4%; the average age was 30-35 years, 47.8%, occupational occupation 43.9%, marital status in the 65.6% of patients and multiparous patients with 63.6%. It was concluded that there is a significant relationship between predisposing factors such as age, occupation during pregnancy, marital status, parity with abortions in patients treated at Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 - 2016

KEYWORDS: PREDISPONENT FACTORS - ABORTION

ÍNDICE

CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN... ..	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	viii

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	10
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	10
1.4. OBJETIVOS	
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	11
1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	13
1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	
1.7.1. POBLACIÓN.....	15
1.7.2. MUESTRA.....	16
CRITERIOS DE INCLUSION	16
CRITERIOS DE EXCLUSION	16

1.8.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
1.8.1.	TÉCNICAS.....	16
1.8.2.	INSTRUMENTOS.....	16
1.9.	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	17

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.2.	BASES TEÓRICAS.....	23
2.3.	MARCO CONCEPTUAL.....	31

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	33
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
ANEXOS.....	47
1.- FUENTES BIBLIOGRAFICAS.....	48
2.- MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	51
3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	53

INTRODUCCIÓN

El aborto es una de las emergencias obstétricas más frecuentes durante la primera mitad del embarazo y es la segunda causa más común de hospitalización gineco-obstétrica en la mayoría de los hospitales de países en vías de desarrollo. Cuando una mujer ingresa al hospital o clínica, es difícil determinar si el proceso de aborto ha sido espontáneo o inducido bajo condiciones potencialmente inseguras. Se calcula que alrededor del 90% de los abortos inseguros que se realizan en todo el mundo se lleva a cabo en países en vías de desarrollo.

El aborto espontáneo se asocia con morbilidad física y psicológica considerable. La respuesta emocional a éste puede ser profunda; incluye depresión, trastornos del sueño, ira y problemas matrimoniales. No debe ser considerado como un trastorno menor, pues sus repercusiones sobre la paciente que lo sufre trascienden de lo meramente orgánico. Las mujeres que presenta un aborto pueden padecer un grado significativo de estrés psicológico y emocional. La aflicción que experimentan se puede complicar con sentimientos de culpa, ansiedad y depresión que pueden dar como resultado un aislamiento social y la aparición de trastornos de pareja

Se realizó esta investigación teniendo tres capítulos; en el primero se menciona la problemática, planteamiento del problemas y objetivos de ésta así como la hipótesis de la investigación juntamente con el diseño de la investigación; en el segundo capítulo se menciona todo lo concerniente al marco teórico y el tercer capítulo, la presentación análisis e interpretación de los resultados, así como las conclusiones, recomendaciones y discusión de la investigación.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En todo el mundo el aborto es una causa de real preocupación. En la mayoría de los países subdesarrollados los organismos públicos no invierten mucho en la problemática del aborto, y cuando lo hacen, el abordaje inadecuado del problema, hace que el impacto sea reducido y el aborto continúe su curso.¹ Aborto según la Organización Mundial de la Salud es la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un feto inmaduro, no viable; que pesa menos de 500 grs o de una edad gestacional menor a 22 semanas de amenorrea; es un problema social que cada vez va incrementándose, estimándose que anualmente ocurren en el mundo aproximadamente 600,000 muertes maternas, de las cuales el 90% ocurren en países sub desarrollados especialmente en aquellos con escaso acceso a los servicios de salud; siendo la causa más frecuente de morbi mortalidad materna el aborto en forma insegura.² La mujer embarazada cuando presenta una hemorragia en los primeros meses busca atención inmediata en un establecimiento de salud y espera una atención adecuada para resolver su situación.

El aborto es una de las emergencias obstétricas más frecuentes que llegan a los establecimientos de salud ya que dentro de las hemorragias del I Trimestre dela gestación es la que tiene la mayor incidencia, a pesar de tener una estancia corta ocasionan altos costos de salud.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación temporal.-** la investigación se realizó durante el transcurso de los años 2015 y 2016
- **Delimitación espacial.-** se realizó en el departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez.
- **Delimitación Social.-** la investigación se realizó en las pacientes que presentaron aborto.
- **Delimitación conceptual.-** se trató de investigar la incidencia de los abortos y sus factores predisponentes.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la incidencia del aborto y que relación guarda con los factores predisponentes en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez - Ica?, 2015 - 2016

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son los tipos de aborto que se presentan en las pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez - Ica, 2015 – 2016?
- ¿Son los factores socio económicos los que predisponen a los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez - Ica, 2015 – 2016?

1.4. OBJETIVO

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del aborto y la relación que guarda con los factores predisponentes en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez - Ica, 2015 - 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los tipos de aborto que se presentan en las pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2015 – 2016.
- Investigar cuales son los factores socio económicos que predisponen para los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Ha = Existe relación entre los factores predisponentes con los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016

Ho = No existe relación significativa entre los factores predisponentes con los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016

1.5.1. VARIABLES

Variable independiente:

- Factores predisponentes:
Edad.
Ocupación.
Estado civil.
Paridad.

Variable dependiente:

- Aborto

1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Naturaleza	Clasificación	Indicadores	Instrumento	Fuente
Independiente: Factores Predisponentes: Edad	Probabilidad mayor de desarrollar alguna patología.	Cualitativa	Dicotómicas	15-19 años; 20-29 años 30-35 años; >35 años	Ficha de recolección de datos.	Historia Clínica Libro de registro de hospitalización
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona en relación a la otra	Cuantitativa	Dicotómica	Soltera, Casada. Conviviente.		
Ocupación	Referencia a lo que se dedica la persona	Cualitativa	Nominal	Estudiante Empleada. Obrera Ama de casa.		
Paridad	Nº de partos que tiene una mujer	Cualitativa	Nominal	Nulípara Multípara Gran multípara		

Dependiente: Aborto	Expulsión de la masa ovular, lo que provoca muchas veces que queden resto en la cavidad uterina.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
--	--	-------------	---------	--	--	--

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de tipo observacional, retrospectivo y transversal ya que no se van a modificar los datos, porque esta investigación se realizó en años anteriores y las variables sólo se midieron en una sola oportunidad.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de nivel descriptivo

1.6.3 MÉTODO

Para el desarrollo de esta investigación se ha utilizado el método correlacional ya que se tienen dos variables y el método documental porque se revisaron las historias clínicas.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Para el presente estudio el universo estuvo conformado por todas las gestantes con patologías hospitalizadas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez durante los años del 2015 al 2016 que fueron un total de 2,034 pacientes; de las cuales la población estuvo conformada por todas las pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto, siendo un total de 691 pacientes.

1.7.2. MUESTRA

El tamaño de la muestra teniendo en cuenta que es finita ,será calculado utilizando la formula siguiente:

$$n = \frac{N(Z^2_{\alpha})pq}{d^2(N-1)+(Z^2_{\alpha})pq}$$

Donde:

N= total de población

$Z^2_{\alpha} = (1.96)^2$ (si la seguridad es del 95%)

P= proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q= 1-p (en este caso 1- 0.05 = 0.95)

d= precisión (en este caso deseamos un 3 %)

Se procede a obtener la muestra con la fórmula de muestra finita teniendo una muestra de 157 pacientes; siendo el tipo de muestra muestreo aleatorio al azar

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas con datos completos.
- Pacientes con diagnóstico de aborto.
- Pacientes sin otra patología obstétrica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes que no presenten aborto en su diagnóstico.
- Pacientes con otra patología obstétrica.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS...

1.8.1. TÉCNICA

Se presentó una solicitud a la Dirección Ejecutiva del Hospital Félix Torrealva Gutierrez a fin de que se me brinde las facilidades para recopilar los datos con los cuales se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos para el análisis correspondiente. La técnica utilizada fue la Documental.

1.8.2. INSTRUMENTO

Ficha de recolección de datos, historias clínicas, donde se incluyen los datos de interés para la investigación.

ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio de investigación se recolectaron los datos específicos de las historias clínicas sin tener en cuenta el nombre de la paciente para guarda la debida ética, los cuales son guardados con absoluta reserva con el fin de resguardar y proteger la privacidad de las pacientes.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser el aborto una de las principales causas que aún predominan en la mayor morbilidad y mortalidad materna y por representar una entidad que desde el punto de vista psicológico, moral y social, afecta la vida de la paciente, y desde el punto de vista económico un gran compromiso para el ministerio de salud, surgió el interés de realizar este estudio con la finalidad de determinar la frecuencia del Aborto en pacientes asistidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez ya que en este nosocomio no se han realizado estudios sobre el tema. Es importante tener conocimiento de aquellas características cuya presencia contribuyen a la aparición de esta patología lo cual resulta relevante desde el punto de vista clínico puesto que algunas de las variables independientes a evaluar presentan la posibilidad de ser modificables por medio de intervenciones educativas; lo cual resulta de interés pues su conocimiento y

posterior control podrían minimizar la aparición de esta complicación y la morbilidad asociada a ella a través de estrategias preventivas aplicables desde el primer nivel de atención.

Se realizó esta investigación por la importancia que tiene a nivel de la salud pública y de la mujer para de esa manera contribuir de alguna manera a los conocimientos de los factores que predisponen de esta patología que luego trae como consecuencia una alteración psicológica por la pérdida de un hijo

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales:

- **Orbegoso, A: Factores Asociados a Amenaza de Aborto en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria - 2010**

El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de amenaza de aborto fueron: Antecedente de aborto (OR: 2.53; $p < 0.05$), uso de anticonceptivos hormonales (OR: 2.87; $p < 0.05$), antecedente de pielonefritis (OR: 2.11; $p < 0.05$), exposición a bebidas alcohólicas (OR: 4.05; $p > 0.05$).

El antecedente de aborto, el uso de anticonceptivos hormonales y el antecedente de pielonefritis son factores de riesgo asociados a amenaza de aborto. La exposición de bebidas alcohólicas no es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto.⁴

- **Gracia C, Samuel M, Chittams J. Risk Factors for Spontaneous Abortion in Early Symptomatic First-Trimester Pregnancies. Obstet Gynecol 2009**

En Norteamérica en el 2009 publicaron un estudio con la finalidad de precisar las condiciones asociadas a la aparición de aborto espontáneo a

través de un estudio de casos y controles en 2026 mujeres con hemorragia del primer trimestre atendidas de las cuales se confirmó el aborto espontáneo en 1192 pacientes. Dentro de las variables asociadas se identificó: edades extremas menor de 25 años y mayor de 35 años (OR: 7.35 IC 95% 5.74 – 9.41); presencia de dolor durante la gestación ($p < 0.05$); historia previa de aborto espontáneo ($p < 0.05$); antecedente de infección de vías urinarias ($p < 0.05$), antecedente de cesárea previa ($p < 0.05$)⁵

- **Benítez C, Sánchez T, Tejeda J. Factores de riesgos asociados a las causas de aborto en las pacientes que asistieron a la consulta prenatal en el centro sanitario de Santo Domingo. Rev. Med. Dom. 2009**

Las mujeres de la muestra 89 tuvieron abortos previos con los porcentajes de: edad 20 a 24 años con 29 (32.6%), los niveles educativos de primaria y secundaria con 34.8% y 46.0% respectivamente. El 66.3% han usado anticonceptivos hormonales y el 77.8% tuvieron antecedentes de infecciones de transmisión sexual. El número de abortos más frecuentes fue el de pacientes que tuvieron 1 aborto previo con un total de 65.2%. La violencia intrafamiliar se refleja en el 36.0 %. El 53.0 % presentaron hábitos tóxicos⁶.

- **Hasan H, et al.** en el 2010 en Norteamérica desarrollaron un estudio con el objeto de precisar las condiciones asociadas con la aparición de hemorragias del primer trimestre en 4539 gestantes de edades comprendidas entre 18 a 45 años se identificaron 1656 episodios en 1207 pacientes siendo el periodo más frecuente para la aparición de esta complicación entre las semanas 5 y 8 de gestación siendo los factores encontrados: la edad mayor a 35 años (OR: 1.4; IC 95%: 1.2 – 1.6); antecedente de infección de vías urinarias (OR: 1.3; IC 95%: 1.1 – 1.6); la nuliparidad (OR: 1.2; IC 95%: 1.1 – 1.4) y el antecedente de haber presentado un aborto (OR: 5.41; IC 95%: 1.1 – 1.9).⁷

- **Arichabala, M; Astudillo, M; Factores Asociados al Aborto en Adolescentes en el Hospital Teófilo Dávila, de la ciudad de Machala, año 2007 Cuenca – Ecuador 2008**

En un número de 152, de los cuales 62% fueron abortos inducidos y 38% espontáneos, el 69% tienen entre 17 - 19 años de edad, el 68% estaban en unión libre con sus parejas, el 39% únicamente completaron la primaria y el 37% no completo la secundaria, el 67% era de procedencia urbana, la ocupación fue de empleada de campiña en un 80%, el 76% de los casos era su primer aborto, el 55% no se realizaron controles, el 59.9% no presentó ningún antecedente aborto, el promedio de controles prenatales fue de 55% que no se realizaron controles, el 59,9 % no presentó ningún antecedente patológico personal, el 40% presentan otras patologías diferentes a las señaladas, el 90% no uso métodos anticonceptivos, el 39% de las adolescentes no tuvo hábitos tóxicos y finalmente el 60% no consumió vitaminas durante el embarazo. La frecuencia de abortos en mujeres adolescentes es mayor que en mujeres adultas, se registraron 152 casos de adolescentes con diagnóstico de aborto encontrándose que los mayores factores que influyen fueron la edad de 17 -19 años. La unión libre, no poseen profesión, residen en la zona urbana marginal, como antecedente patológicos familiares la Hipertensión arterial no se realizaron ningún control prenatal, no usaron métodos anticonceptivos⁸.

- **López, F; Morales, K; (2013): Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. Cuenca 2014**

La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%. Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos

de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido. Conclusiones: La prevalencia de aborto es elevada en el Hospital Homero Castanier Crespo y su caracterización no es diferente a la reportada en la bibliografía.⁹

Nacionales:

- **Sánchez, J-: Factores de Riesgo para Aborto Espontáneo en Pacientes Hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, Durante el Periodo Agosto- Diciembre-2012.**

La incidencia del aborto espontáneo ha ido aumentando en los últimos años. Los resultados obtenidos fueron: tener edad \geq 35 años (OR=1.91), ser multigesta (OR=3.58, tener antecedentes de cesárea (OR=2.58), legrado uterino (OR=2.42), abortos (OR=5.7), parto prematuro (OR=4.41), el consumir cafeína (OR= 5), tabaco (OR=15.29), bebidas alcohólicas (OR=26.91), la obesidad (OR=2.85), la infección urinaria (OR=4.8), la fiebre (OR=5.81), la diabetes (OR=5.06) y el estrés materno (OR=3.63). Se concluye que existen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo, la mayoría de los cuales son prevenibles o controlables. Se recomienda la utilización de los resultados con el fin de desarrollar actividades de salud preventiva promocional.

- **Peña G.: Factores relacionados al aborto en gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Periodo 2006 – 2007. Tesis de Bachiller. Tacna, Perú. UNJBG, 2009.**

Se evidencia que la incidencia de abortos fue de 14%, y que las características con las que con más frecuencia se presenta el aborto son: edad materna entre los 20 a 35 años, instrucción secundaria, estado civil conviviente, consumo habitual de café y té, nuligesta, sin antecedentes de aborto ni cesárea anterior.¹¹

- **Berlinda C.: Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al Aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Enero – Marzo 2011. Tesis de Bachiller. Puno, Perú, Universidad Nacional del Altiplano- 2011.**

Un estudio de casos y controles en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011, encuentra que: la incidencia de abortos fue de 12.5%, el 70% de los abortos se produjo dentro de las 12 primeras semanas, el tener grado de instrucción superior, antecedentes de abortos previos, la amenaza de aborto, tener patología uterina (mioma uterino), incrementan el riesgo de aborto. La edad de la paciente, el estado civil, la ocupación, la paridad y el peso pre gestacional no constituyen factores de riesgo.¹²

- **Poma H. (2010): Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al aborto en el Hospital de apoyo de Moquegua 2005 – 2009. Tesis de Bachiller. Tacna, Perú, 2010.**

Estudio de casos y controles llevado a cabo en el Hospital de Apoyo de Moquegua, durante los años 2006 al 2009, concluye que: la frecuencia de abortos fue de 13%, el grado de instrucción superior, el estado civil soltera (no conviviente), el tener antecedente de abortos previos, el haber tenido flujo vaginal (vaginosis bacteriana), durante el embarazo actual, el haber tenido amenaza de aborto y el tener diabetes mellitus constituyeron factores de riesgo para abortar. La edad de la paciente y la paridad no constituyeron factores de riesgo.¹³

- **Rojas M, Oscanoa A. Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo febrero-setiembre del 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Unidad de Postgrado. Tesis: 2008.**

En el 2008 en Perú desarrollaron un estudio con la finalidad de determinar los factores médicos y socio epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto a través de un estudio observacional, descriptivo, transversal y

prospectivo en un total de 135 casos de amenazas de abortos de un total de 6,669 gestaciones, se observó una incidencia de 2.02%, siendo características de riesgo la edad menor de 20 años (OR = 2.88 I.C. 95% 1.83-4.5), el embarazo no deseado (OR = 2.75 I.C. 95% 1.69 - 4.5), resultando el control prenatal un factor protector evidente (OR = 6.6 IC. 95% 4.20 - 10.39) y el antecedente de aborto (OR= 1.53 I.C. 95%, 0.89 - 2.60).¹⁴

Regionales:

No se encontraron estudios semejantes.

2.2. BASES TEÓRICAS

ABORTO

EPIDEMIOLOGIA:

En la actualidad de 14 a 22% de las gestantes experimenta un sangrado genital antes de la semana 18 del embarazo¹⁵). Del 73 a 90% de esos casos, tal signo corresponde a amenaza de aborto, y cerca de la mitad hay pérdida de la gestación por aborto espontáneo¹⁶. La mayor parte de esas pérdidas (80%) ocurre durante el primer trimestre de la gestación, y en casi todas se encuentran alteraciones morfológicas y citogenéticas en el producto del aborto¹⁷

CONCEPTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos hueros) o de un feto de menos de 500 gramos, peso que corresponde a una gestación de 20 semanas.¹⁸

Es la terminación de un embarazo antes de la semana 22 de gestación, cuando se conoce la edad gestacional o se obtiene un fruto de la gestación de menos de 500 gramos,

Se caracteriza por hemorragia presente durante la primera mitad de la gestación, acompañada de dolor hipogástrico que aumenta con la evolución de la dilatación

del cuello uterino. Es un proceso evolutivo que comienza con la amenaza de aborto y termina con la expulsión parcial o total del contenido uterino.

Se divide a este cuadro en dos grandes grupos: abortos espontáneos, o sea los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor de 15% de los embarazos y 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.

Formas clínicas de aborto existentes son¹⁹

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

Según el tiempo de gestación:

- ABORTO TEMPRANO: Edad gestacional menor o igual a 12 semanas.
- ABORTO TARDÍO: Edad gestacional mayor a 12 semanas.

Según la Forma de Presentación del aborto:

- ESPONTÁNEO
- INDUCIDO

EL ABORTO ESPONTÁNEO

El cuadro clínico de un aborto espontáneo incluye: mujer en edad reproductiva, dolor en hipogastrio con sangrado vía vaginal, retraso menstrual o amenorrea, fiebre y/o malestar general (en casos de aborto séptico). El diagnóstico se hace con la correlación entre el cuadro clínico y la ecografía transvaginal o transabdominal según la edad gestacional y concentración de β -HCG. La mayoría de abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 22¹⁷

El aborto esporádico espontáneo, especialmente el precoz, es una complicación frecuente del embarazo. Se estima que entre un 11 y un 20% de los embarazos clínicamente reconocidos evolucionan a un aborto espontáneo. En las adolescentes puede alcanzar una tasa de 10 a 12%, mientras en que las mayores

de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces¹⁷. Sin embargo la pérdida de embarazos subclínicos es mucho más alta y así, en estudios con determinaciones seriadas de gonadotrofina coriónica a una misma población de mujeres seguidas a lo largo del tiempo, la tasa de pérdida gestacional pos implantación alcanza el 31%; de ellas un 70% se producen cuando el embarazo aún no era clínicamente detectado. Así pues, hemos de entender el aborto espontáneo como una complicación enormemente frecuente que afecta casi al 50% de las concepciones.¹⁸

Entre los múltiples factores que intervienen en el aborto espontáneo del primer trimestre están: los trastornos inmunológicos como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO, infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis e infecciones por el virus herpes2, virus de inclusión citoplasmática, chlamydia trachomatis y Mycoplasma hominis; infecciones sistémicas como el Lupus Eritematoso Sistémica; alteraciones endocrinas como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, hipertiroidismo, la diabetes mellitus no controlada y problemas genéticos con las problemas genético, como las alteraciones cromosómicas²⁰ sin embargo, en un número importante (50%) no se logra conocer la causa del aborto.

EVOLUCION CLINICA Y CLASIFICACION DEL ABORTO ESPONTÁNEO:

Amenaza de aborto

Se presenta como una hemorragia escasa de varios días de evolución, con dolor hipogástrico leve o moderado y cérvix cerrado, es decir, ausencia de modificaciones cervicales y presencia de un embrión vivo.

Su manejo puede ser ambulatorio, para lo cual se deben realizar las siguientes actividades:

- Ordenar reposo en cama por 48 horas.
- Explicar la importancia de evitar el coito durante la actividad sexual
- Hacer tratamiento médico de la causa y las enfermedades asociadas.
- Realizar control clínico a las 48 horas o antes si aumentan los signos y síntomas.

Aborto en curso:

El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico: orificio cervical interno permeable, membranas íntegras.

Aborto inevitable

El aborto inevitable es aquel que sucede con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia y comienzo de la dilatación cervical. Su manejo debe ser hospitalario e incluye las siguientes actividades:

- Suspender la ingesta de alimentos
- Suministrar líquidos endovenosos
- Confirmado el diagnóstico, suministrar analgésicos
- Hacer evacuación uterina (ver más adelante) y estudio histopatológico de todas las muestras obtenidas del manejo quirúrgico del aborto.²¹

Aborto Incompleto

Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado; cuello uterino: orificio interno y externo entreabierto.

Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico. Su manejo puede ser de corta estancia, (horas) dependiendo de las condiciones de la paciente, e incluye las siguientes actividades:

- Realizar control de signos vitales
- Suspender la ingesta de alimentos, durante seis horas
- Suministrar líquidos endovenosos
- Suministrar analgésicos y uterotónicos para disminuir el sangrado, una vez confirmado el diagnóstico.

Uso de antibióticos: no existe evidencia que permita recomendar el uso de antibióticos profilácticos de rutina en mujeres con un aborto incompleto²¹

. El prestador de salud deberá recurrir a su criterio clínico para en presencia de factores de riesgo, decidir cuándo usar la profilaxis con antibióticos¹⁷ .

Hacer evacuación uterina y estudio histopatológico de todas las muestras obtenidas del manejo quirúrgico del aborto.

Aborto completo

Es el aborto que cursa con la expulsión completa del embrión o el feto, placenta y membranas, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor. Su manejo puede ser ambulatorio y requiere solicitar ecografía transvaginal para establecer que la cavidad uterina se encuentra libre de restos ovulares, y el seguimiento de los niveles de gonadotropina coriónica humana para garantizar la completa evacuación del material ovular.

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados a alteraciones cromosómicas^{19, 22}

Aborto retenido

Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo. El diagnóstico de aborto retenido deberá diferirse hasta que en el seguimiento ecográfico, con por lo menos diez días de diferencia, se tenga certeza de la presencia de un saco gestacional de 20 mm con embrión y sin embriocardia, un saco gestacional mayor de 20 mm sin presencia de embrión o un embrión de más de 6 mm de longitud céfalo caudal sin embriocardia. Para el diagnóstico de embarazo anembrionado, se esperará un saco gestacional de al menos 20 mm sin presencia de embrión durante el seguimiento ecográfico. Una vez confirmado el diagnóstico, su manejo debe ser hospitalario e incluye las siguientes actividades: utilizar uterotónicos, hacer la evacuación uterina y el estudio histopatológico de todas las muestras obtenidas del manejo quirúrgico del aborto.

Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un período de ocho semanas, proceso conocido como Aborto Frustrado.

Aborto séptico

Aunque en los últimos veinte años, las decisiones médicas y legales han cambiado la práctica y el resultado de la terminación precoz de un embarazo. En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, el aborto provocado continúa siendo una de las primeras causas de mortalidad materna y esta mortalidad es causada en más de 65% de los casos por la infección²³.

Los factores de riesgo de muerte después de un aborto son: la edad gestacional avanzada, la edad materna avanzada y el método utilizado.

Definición

El aborto séptico es la infección del útero o de los anexos que se presenta después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido y, usualmente, es un proceso ascendente.

Causas

- Presencia de cérvico vaginitis
- Retención de restos del producto de la concepción, que se sobre infectan
- Mala técnica aséptica, produciendo infección al practicar la instrumentación
- Utilización de elementos contaminados o sustancias tóxicas para interrumpir la gestación
- Trauma durante el procedimiento operatorio, con perforación del útero y/o de otras estructuras²¹

ABORTO ESPONTANEO Y EDAD MATERNA

Es el principal factor asociado a la aparición de aborto espontáneo. En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación²⁰. Un estudio prospectivo de Cohortes realizado en Sri Lanka, en los años 2001 y 2002, el cual pretendía determinar los factores

de riesgo para aborto espontáneo en su población concluyó que la edad materna >35 años es factor de riesgo (OR 2.98; 95% CI: 1.07-8.26), para abortos espontáneos del segundo trimestre después de controlar los factores de confusión² Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que en las adolescentes puede alcanzar entre 10 a 12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces.

Este aumento de riesgo conforme se incrementa la edad de la madre no puede ser atribuido exclusivamente a la mala calidad ovocitaria secundaria al aumento de la edad, pues en estudio con gestaciones obtenidas mediante donación de ovocitos los resultados son equiparables a los anteriores, una vez que la fase de implantación ha finalizado¹ El incremento de riesgo de cromosomopatía asociado a una edad materna elevada, está muy bien documentado, incluso en un estudio citogenético regional, en Lima, se halló que una edad ≥ 35 años se asocia con aneuploidías en el 78,4% de los abortos espontáneos momentos no está claro

Hasta el momento no está claro por qué el riesgo de alteraciones cromosómicas aumenta con la edad. Se han considerado dos hipótesis:

- Los ovocitos que se encuentran en mejor estado son los que maduran en los primeros ciclos.
- Las mujeres más jóvenes tienen menos probabilidad de llevar a término una gestación con una alteración cromosómica, al poseer un mejor mecanismo de filtrado para las anomalías embrio fetales.²⁷

ABORTO ESPONTÁNEO, ESTADO CIVIL Y NIVEL DE EDUCACIÓN

No hay estudios actuales que demuestren que un determinado estado civil constituya un factor de riesgo para aborto espontáneo. Los estudios que se hicieron en el pasado solo demostraron un grado de asociación. Tampoco hay información sobre la manera en que un determinado estado civil puede ocasionar

una pérdida involuntaria del embarazo. Existen estudios que sugieren que las madres con un nivel de educación bajo, vale decir analfabetas presentan una mayor frecuencia de abortos. Sin embargo en estudios posteriores se ha visto que las mayores frecuencias de abortos se presentaban en las madres que tenían educación secundaria o superior. Aún no se ha planteado estudios que expliquen estos resultados.¹

ABORTO ESPONTÁNEO Y PATOLOGÍA MATERNA

Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan sobre la fisiología materna. Así pues ante un inadecuado control estas enfermedades podrían condicionar abortos de repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones¹. La patología local uterina (tumorações, malformaciones e incompetencia cervical) afectarán en mayor o menor medida según la repercusión que tengan sobre la propia estructura anatómica uterina. Se ha podido comprobar un aumento en la incidencia de abortos espontáneos cuando aparece fiebre materna durante el embarazo. En cualquier caso, la fiebre deberá ser entendida como un antecedente (y no como una causa), relacionada con un proceso infeccioso, verdadero responsable último de la complicación²²

Existen referencias en investigación animal que reconocen la hipertermia materna como un teratógeno. En base a estos hallazgos se sospecha un efecto equiparable en humanos. Los efectos mal formativos más frecuentemente relacionados con la hipertermia afectan al sistema nervioso central (incluyendo el tubo neural) y el corazón. A pesar de ello, existe una tendencia generalizada a infravalorar el riesgo real de la hipertermia en el embarazo²³.

Los datos relacionados con estos efectos se refieren a elevaciones de la temperatura corporal por fiebre de al menos 38,9 grados centígrados durante varios días, aunque otros se refieren a fuentes de calor externas como saunas. En los procesos infecciosos, la vaginosis bacteriana en el embarazo precoz debe

ser considerada como importante factor de riesgo para la aparición de aborto espontáneo. Los procesos crónicos más frecuentes con riesgo teratógeno son la diabetes mellitus, los trastornos del tiroides, la epilepsia, la hipertensión arterial y el asma. Menos frecuentes, pero también con posibles riesgos teratógenos, son las enfermedades del tejido conectivo, las cardiopatías, la enfermedad inflamatoria intestinal y los trastornos del ánimo²⁴

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Aborto.-** expulsión del producto de la concepción con una edad gestacional de 22 sem. o menos y un peso menor o igual a 500 grs.
- **Incidencia.-** epidemiológicamente se conoce a la presencia de los casos nuevos en un determinado tiempo y localidad.
- **Edad.-** tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad consignada en años.
- **Paridad.-** número de partos vaginales que tiene una mujer.
- **Estado civil.-** situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto
- **Ocupación.-** hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.
- **Factor de riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad de sufrir un daño. Además se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.²⁸
- **Paciente:** Se designa a todo individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es

curada. El término paciente se puede declinar de varias maneras. Se le llama "sujeto" en las investigaciones. Los anglosajones hablan más a menudo de "clientes". Una nueva terminología está tomando importancia progresivamente: "actiente". Esta palabra sería la contracción de "acción" y de "paciente". Se utiliza para hablar de personas que practican la automedicación.²⁸

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Para comprobar la hipótesis se plantea lo siguiente:

Ha = Existe relación significativa entre los factores predisponentes como la edad, ocupación durante el embarazo, estado civil, paridad con los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016

Ho = No existe relación significativa entre los factores predisponentes como la edad, ocupación durante el embarazo, estado civil, paridad con los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016

Con un nivel de significancia del 95% y un margen de error del 5% se grafica la prueba estadística de Chi cuadrado con la siguiente fórmula:

$$X^2 = \sum \left(\frac{f_o f_e}{f_e} \right)^2$$

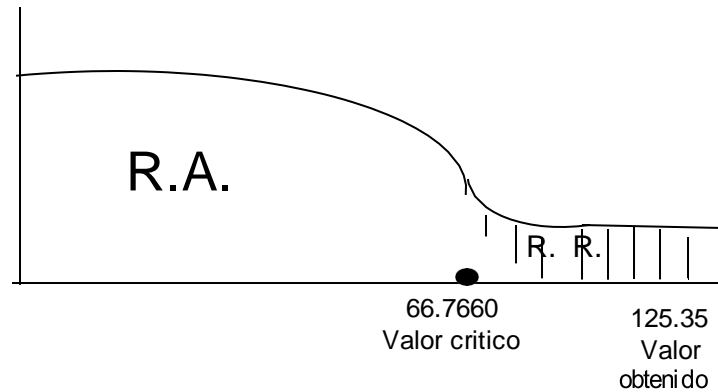
Se obtiene el grado de libertad que resulta de:

$$(F-1) (C-1) = (8-1) (7-1) = (7) (6) = 42$$

Teniendo un grado de libertad de 42 obtenemos:

$$X^2_{\text{tabla}} = 66.7660$$

$$X^2_{\text{calculado}} = 125.35$$



El valor obtenido es de 125.35 superando el valor crítico de 66.7660 según tabla. Entonces, rechazamos la Hipótesis Nula (H_0) y aceptamos la hipótesis alterna, donde se afirma que:

Existe relación significativa entre los factores predisponentes con los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015–2016.

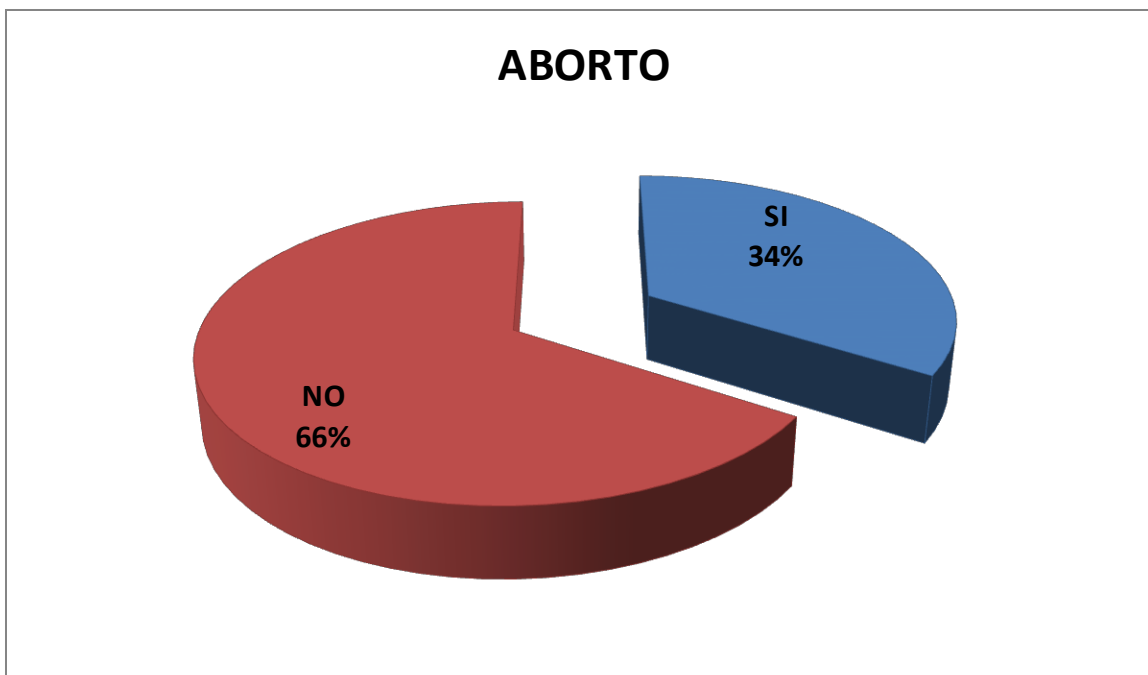
“Incidencia de Abortos y Factores Predisponentes en Pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016”

TABLA N° 01
SEGÚN INCIDENCIA

ABORTO	N°	%
SI	691	34
NO	1343	66
TOTAL	2034	100%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

Del total de gestantes con patologías la incidencia de pacientes con diagnóstico de aborto fue un total del 34%.



“Incidencia de Abortos y Factores Predisponentes en Pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016”

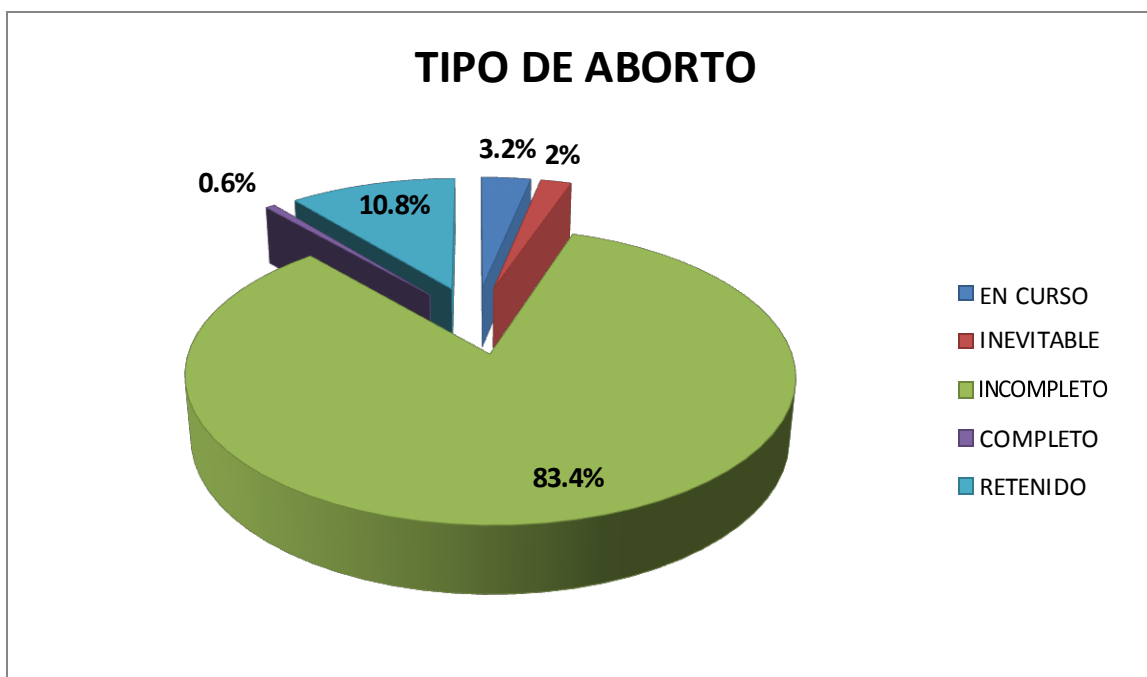
TABLA N° 02

SEGÚN TIPOS DE ABORTO

TIPO DE ABORTO	N°	%
EN CURSO	05	3.2%
INEVITABLE	03	2.0%
INCOMPLETO	131	83.4%
COMPLETO	01	0.6%
RETENIDO	17	10.8%
TOTAL	157	100%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

Según la muestra del estudio observamos que el aborto incompleto tiene mayor incidencia con un 83.4%, seguido del 10.8% del aborto retenido, 3.2% de aborto en curso y 2% de inevitable.



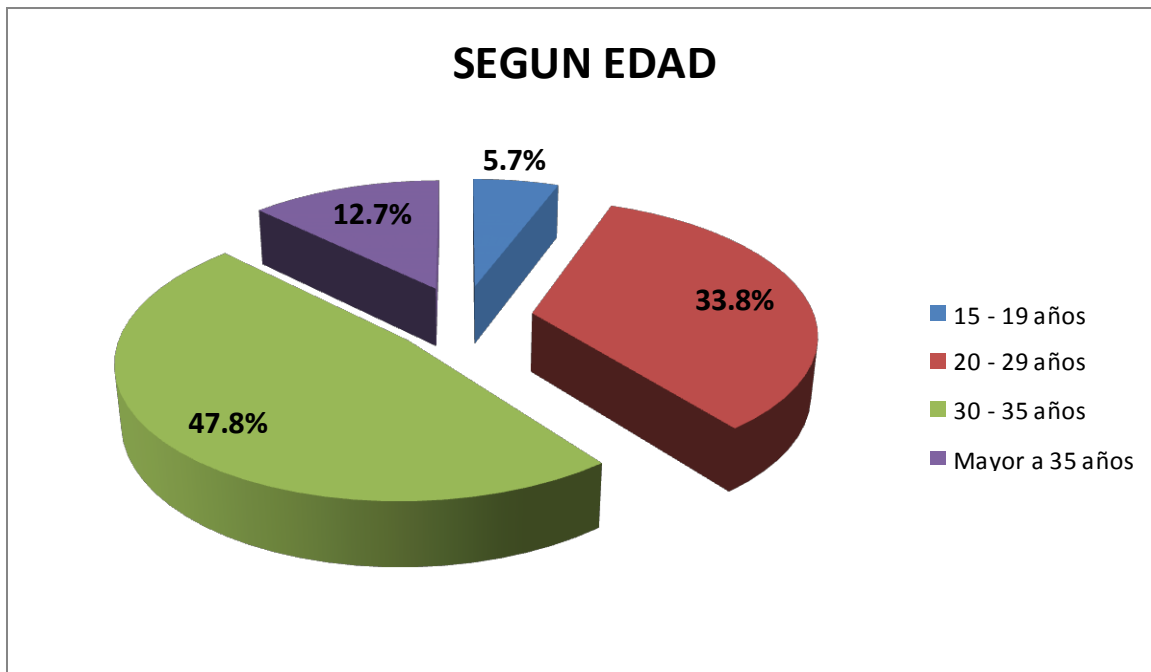
“Incidencia de Abortos y Factores Predisponentes en Pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016”

**TABLA N° O3
SEGÚN EDAD**

EDAD DEL PACIENTE	N°	%
15 - 19 años	09	5.7%
20 - 29 años	53	33.8%
30 - 35 años	75	47.8%
Mayor a 35 años	20	12.7%
TOTAL	157	100%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

El 47.8% corresponde a las edades entre 30 a 35 años, seguido del 33.8% con 20 a 29 años, 12.7% mayor o igual a 36 años y sólo el 5.7% son adolescentes entre 15 a 19 años.



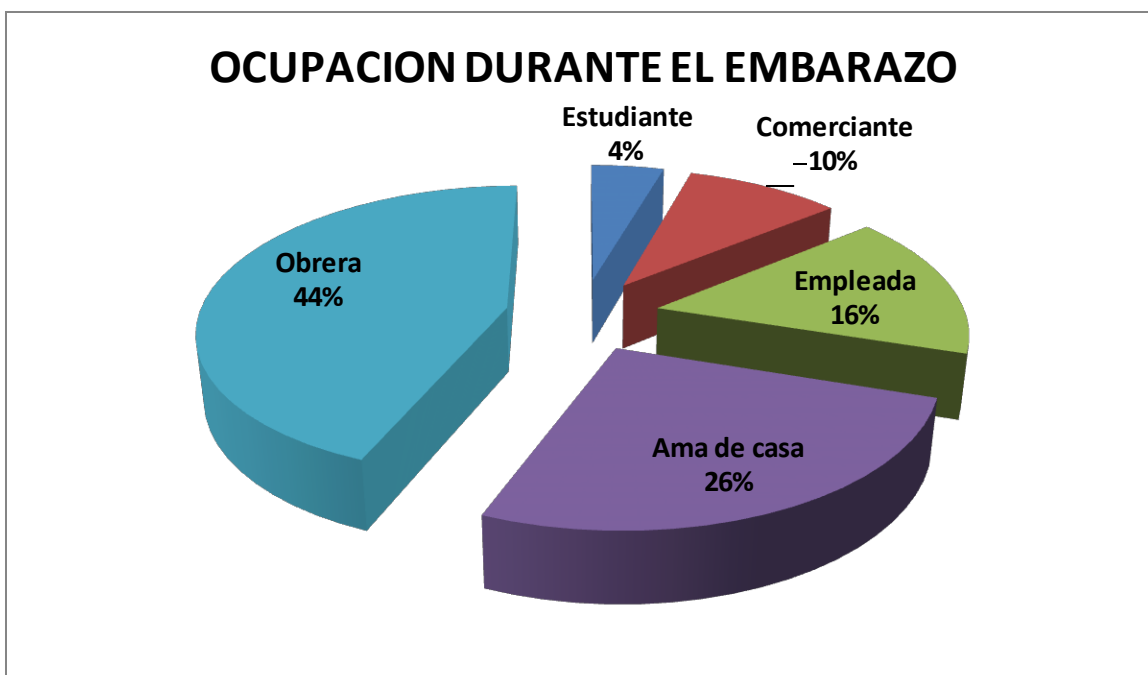
“Incidencia de Abortos y Factores Predisponentes en Pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016”

TABLA N° 04
SEGÚN OCUPACION DURANTE EL EMBARAZO

OCUPACIÓN DURANTE EL EMBARAZO	N°	%
Estudiante	7	4.5%
Comerciante	15	9.6%
Empleada	25	15.9%
Ama de casa	41	26.1%
Obrera	69	43.9%
TOTAL	157	100%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

En cuanto a la ocupación de las gestantes encontramos que el 43.9% fueron obreras, 26.1% amas de casa, 15.9% empleadas, 9.6% comerciantes y 4.5% estudiantes.



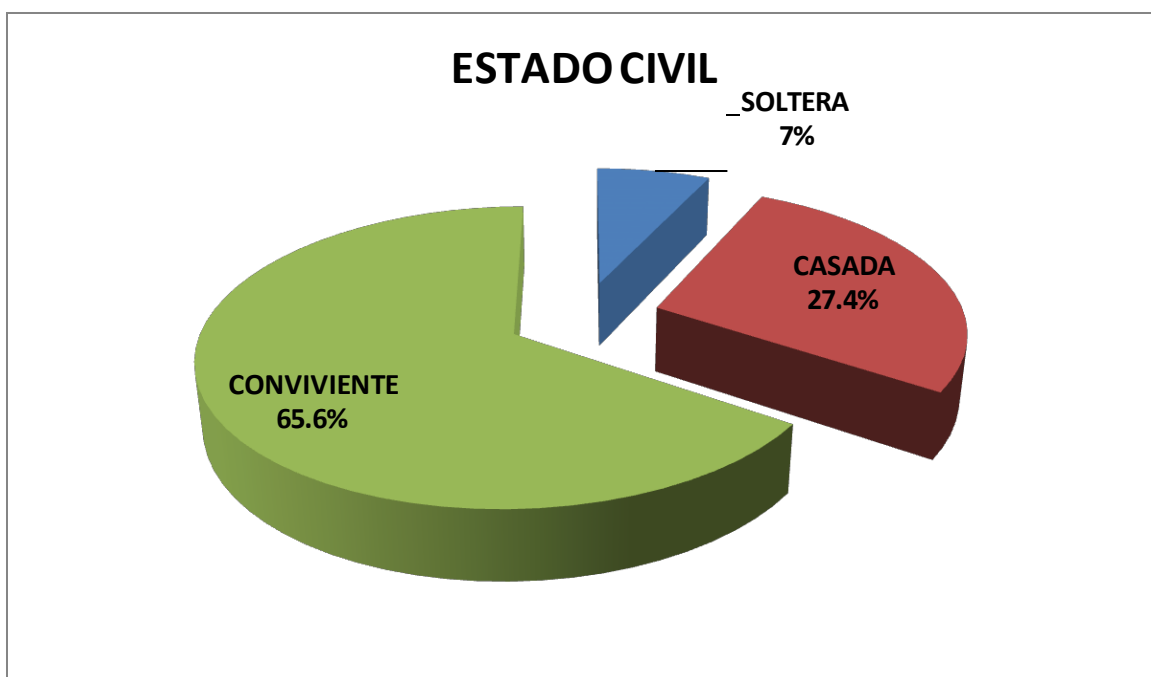
“Incidencia de Abortos y Factores Predisponentes en Pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016”

**TABLA N° O5
SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	11	7%
Casada	43	27.4%
Conviviente	103	65.6%
TOTAL	157	100%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

La pacientes que presentaron aborto tuvieron un estado civil de convivientes el 65.6%, seguido del 27.4% casadas y 7% solteras.



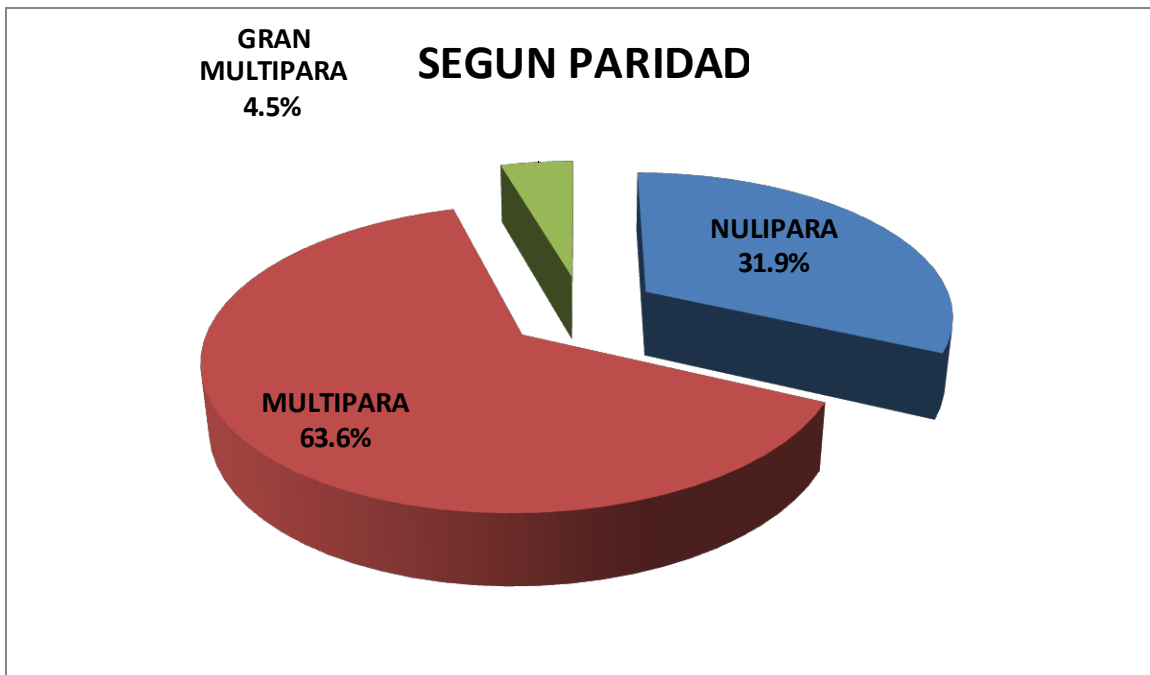
“Incidencia de Abortos y Factores Predisponentes en Pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016”

TABLA N° O6
SEGÚN PARIDAD

PARIDAD	N°	%
NULIPARA	50	31.9%
MULTIPARA	100	63.6%
GRAN MULTIPARA	07	4.5%
TOTAL	157	100%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

El 63.6% corresponde a pacientes múltiparas, 31.9% a nulíparas y el 4.5% a gran múltiparas.



DISCUSIÓN

La incidencia del aborto en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica fue del 34%, lo que no concuerda con el estudio de Peña, G. en Tacna donde la incidencia de aborto es del 14% de las pacientes que presentaron amenaza de aborto, se tendría que obtener datos sobre las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de aborto incompleto para aceptar o rechazar este estudio, Berlinda, C. también en Tacna encuentra una incidencia del 12.5%

El tipo de aborto que más encontramos en este trabajo de investigación fue el aborto incompleto en un 83.4% teniendo estrecha relación porcentual con el estudio de López, F.

En el resultado del estudio la edad donde se producen los abortos oscila entre los 30 a 35 años con un 47.8% no concordando con el estudio de Gracia C. donde identificaron las edades extremas menor de 25 años y mayores de 35, el estudio de Benitez C. encontró edades entre 20 a 24, y Hasan, H. y Sánchez, J. tuvieron una edad mayor a 35 años por lo que rechazamos estos estudios.

La ocupación de las pacientes fue la de obrera con el 43.9%, teniendo porcentajes superiores el estudio de Arichabala, M. como el 80% de trabajadoras de campiña, lo que nos muestra que los trabajos que demandan mayor esfuerzo y donde se utilizan fertilizantes e insecticidas provocan múltiples patologías no sólo para la madre sino también para el producto de la concepción.

En cuanto al estado civil conviviente el aborto se presenta en un 65.6%, teniendo cifras similares en el estudio de Arichabala, M. siendo esta unión

la que mayormente predomina actualmente; López, F. encontró un estado civil de casada por lo que no aceptamos este estudio.

Las pacientes que presentaron abortos fueron las multíparas en un 63.6%, no concordando con el estudio de Hasan, H. quien encontró que esta patología se presenta en las nulíparas, no aceptando este estudio.

Uno de nuestros resultados fue que las pacientes multíparas son las que presentan el mayor porcentaje de abortos en un 63.6% teniendo porcentajes muy similares el estudio de López, F. aceptando este trabajo.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de abortos en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez durante los años 2015 a 2016 fue del 34%
2. El tipo de aborto con mayor incidencia en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica es el aborto incompleto.
3. La edad donde se producen los abortos oscila entre los 30 a 35 años.
4. La ocupación de las pacientes que presentaron aborto en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica fue la de obrera.
5. El estado civil conviviente es el de mayor predominio en las pacientes de aborto en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica.
6. Las pacientes multíparas son las que presentan mayor porcentaje de abortos.

RECOMENDACIONES

1. El personal involucrado en la atención materna deberá identificar los factores de riesgo de la paciente para disminuir la incidencia de los abortos.
2. Realizar consejerías sobre los signos de alarma del embarazo para que la paciente pueda identificarlos y acudir al establecimiento de salud evitando el aborto incompleto.
3. Identificar otros factores de riesgo para los abortos en pacientes entre los 30 a 35 años a través de investigaciones en este grupo etáreo.
4. Concientizar a las gestantes sobre los cuidados durante el embarazo sobre todo en las ocupaciones que demanda esfuerzo y exposición a fertilizante e insecticidas.
5. Realizar investigaciones sobre otros factores concomitantes al estado civil conviviente y a la multiparidad a fin de identificar las causas de los abortos en este grupo poblacional.

ANEXOS

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Aborto espontáneo. Obstetricia de Williams. McGraw-Hill. 22° Edición. New York-2010
2. Galindo A, Burguillo AGE, Azriel S, Fuente Pde L. Outcome of fetuses in women with pregestational diabetes mellitus. J Perinat Med. 2011
3. Cnattingius S., Signorello LB., Annerén G., et al. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. The New England Journal of Medicine 2008.
4. Orbegoso, A (2010): Factores Asociados a Amenaza de Aborto en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria
5. Gracia C, Samuel M, Chittams J. Risk Factors for Spontaneous Abortion in Early Symptomatic First-Trimester Pregnancies. Obstet Gynecol 2009
6. Benítez C, Sánchez T, Tejeda J. Factores de riesgos asociados a las causas de aborto en las pacientes que asistieron a la consulta prenatal en el centro sanitario de Santo Domingo. Rev. Méd. Dom. 2009
7. Hasan H, Baird D, Herring A. Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of Pregnancy. Ann Epidemiol. 2010 July
8. Arichabala, M; Astudillo, M; Factores Asociados al Aborto en Adolescentes en el Hospital Teófilo Dávila, de la ciudad de Machala, año 2007 Cuenca – Ecuador 2008
9. López, F; Morales, K; (2013): Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. Cuenca 2014
10. Sánchez, J; (2012) Factores de Riesgo para Aborto Espontáneo en Pacientes Hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, Durante el Periodo Agosto- Diciembre.
11. Peña G. (2009): Factores relacionados al aborto en gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de

- Tacna. Periodo 2006 – 2007. Tesis de Bachiller. Tacna, Perú. UNJBG, 2009.
12. Berlinda C. Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Enero – Marzo 2011. Tesis de Bachiller. Puno, Perú, Universidad Nacional del Altiplano, 2011.
 13. Poma, H. Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al aborto en el Hospital de apoyo de Moquegua 2005 – 2009. Tesis de Bachiller. Tacna, Perú, 2010.
 14. Rojas M, Oscanoa A. Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo febrero-setiembre del 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Unidad de Postgrado. Tesis: 2010.
 15. 7 Vajira, HW, Maheshi, AM: Chromosomal abnormalities in patients with recurrent spontaneous pregnancy loss sub-fertility – Sri Lanka J, Obstet Gynecol 2011
 16. García, A, López, A, Bermejo, S: Diagnóstico citogenético en aborto espontáneo del primer trimestre. Ginecol Obstet México 2011
 17. Choobun, T, Pinjaroen, S: Comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and Sharp curettage. Department of Obstetric and Gynecology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla- Thailand, 2012)
 18. Ragan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage, Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2008
 19. Obstetricia/Ricardo Leopoldo Schwartz, Ricardo Fescina y Carlos Duverges “El Aborto” 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2007
 20. Cochrane Plus, última revisión junio del 2012
 21. May, Gülmezoglu, AM; Ba-Thike, K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2013 Número 2. Oxford:.

22. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú-2010.
23. OMS. Enfermedades Trofoblásticas de la Gestación. Informe de un grupo científico de la OMS. Serie de Informes Técnicos. 692. Ginebra. 2014)
24. Menéndez-Velázquez J.: El Manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. gac. med mex 2009
25. Carrasco G., Di-Pietrantonio E. Aborto Guía de Atención. Rev. Hosp Mat Inf Ramón Sarda 2010
26. C., Jayawardana P. Y DE A Seneviratne R. Risk factors for spontaneous abortion. Journal of the College of Community Physicians of Sri Lanka 2009
27. Quiroga M, Díaz, A; Paredes, D y cols.: Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica. Rev. Per Gynecol Obstet 2009
28. Verdú, L, SANTAMARÍA R. Tratado de Obstetricia Ginecológica y Medicina de la Reproducción. 1 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
29. Moretti M, Fried S, Koren G.: Maternal Hyperthermia and the risk for neural birth defects: systematic review and meta-analysis. Epidemiology 2010.
30. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, y cols. Bacterial vaginitis as a risk for preterm delivery: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2008.
31. Bailón E.; Rodríguez M. Enfermedades crónicas y gestación. En grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo, ed. Guía para la prevención de defectos congénitos. Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas tecnologías. 1ra Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, España; 2012

2.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “INCIDENCIA DE ABORTOS Y FACTORES PREDISPONENTES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ, ICA 2015– 2016”

Autor: Alarcón Lévano, Katherine Keyla.

Problema	Objetivo General:	Hipótesis:	Variables	Indicadores:	Instrumento	Fuentes de Información
<p>¿Cuál es la incidencia del aborto y que relación guarda con los factores predisponentes en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez - Ica?, 2015 - 2016</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>-¿Cuáles son los tipos de aborto que se presentan en las pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2015 – 2016</p>	<p>Determinar la incidencia del aborto y la relación que guarda con los factores predisponentes en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez - Ica, 2015 - 2016</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Conocer los tipos de aborto que se presentan en las pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2015 – 2016.</p>	<p>Existe relación entre los factores predisponentes con los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Factores predisponentes:</p> <p>Variables Independientes:</p> <p>Aborto</p>	<p>Factores socioeconómicos</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación</p> <p>Edad</p> <p>Factores Obstétricos:</p> <p>Paridad</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Historia clínica</p>

<p>-¿Son los factores socio económicos los que predisponen a los abortos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016?</p>	<p>-Investigar cuales son los factores socio económicos predisponen a los abortos incompletos en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica 2015 – 2016</p>					
--	--	--	--	--	--	--

3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“INCIDENCIA DE ABORTOS Y FACTORES PREDISPONENTES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ

ICA” 2015 - 2016

Ficha N° _____

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

1. EDAD DE LA PACIENTE:

15 -19 años _____ 20 -29 años _____ 30- 35 años _____ ≥ 35 años _____

2.- NIVEL CULTURAL:

Analfabeta ____ Primaria. ____ Secundaria ____ Superior ____

3.- ESTADO CIVIL:

Soltera ____ Casada. ____ Conviviente _____

4.- OCUPACIÓN DURANTE EL EMBARAZO:

Estudiante ____ empleada ____ Ama de Casa ____ obrera ____

ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS

Nulípara ____ Multípara ____ Gran multípara ____

TIPO DE ABORTO

Incompleto ____ Completo ____ Inevitable ____ En curso ____ Retenido

