



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PATOLÓGICAS EN MUJERES
ATENDIDAS POR ABORTO INCOMPLETO COMPLICADO EN EL HOSPITAL
SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA DURANTE EL 2014”**

PRESENTADA POR:

NOA PARIONA MILAGRITOS MARIPIY

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**Lima- 2016
PERÚ**

DEDICATORIA

A mi madre, Lucila quien me brindo su amor, cariño y su apoyo en todo momento y me enseñó desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme otorgado vida salud.

A mis Padres, Lucila y Roberto por haberme apoyado en todo momento, haberme inculcado valores que me ha permitido ser una persona eternamente agradecida, pero ante todo por el amor que me dan.

A mi asesora de tesis Lic. Miriam López y maestros, por su gran apoyo y motivación para la ejecución y elaboración de mi tesis;

A todas las obstetras docentes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, que con sus conocimientos motivan mi futura vida profesional.

RESUMEN

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PATOLÓGICAS EN MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO INCOMPLETO COMPLICADO EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA DURANTE EL 2014

Objetivo: Determinar las características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2014. **Material y método:** Descriptivo, tipo retrospectivo Aplicativo; se revisaron 199 historias clínicas de pacientes atendidas por aborto incompleto complicado durante el periodo Enero a Diciembre del 2014, la muestra del estudio fue de 199, se recolectaron las siguientes variables características demográficas: edad, estado civil, grado de instrucción, características patológicas: maternas y ovulares. La información fue procesada a través de una base de datos elaborada y codificada en el programa SPSS versión 20. **Resultados:** De las 199 mujeres atendidas por aborto incompleto complicado el 24,1% se encontraron entre los 20 a 24 años es decir mujeres jóvenes, el 55,9% son convivientes, el 75.8% culminó el nivel secundario, 161 mujeres atendidas presentaron características patológicas por causas maternas, siendo el 36.6% por alteración general infecciosa aguda, el 33.5% por alteraciones metabólicas, el 1.3% por alteraciones inmunológicas, el 28% por alteraciones endocrinas y el 0.6% por alteraciones anatómicas, 38 mujeres atendidas presentaron características patológicas por causas ovulares (alteraciones cromosómicas), siendo el 55.3%, por trisomías monosómicas y el 44.7% por trisomías autosómicas.

Conclusiones: En cuanto a las características demográficas que más predominaron fueron mujeres atendidas por aborto incompleto entre los 20 a 24 años de edad, es decir mujeres jóvenes encontrándose también un porcentaje significativo de 11, 6 % en adolescentes considerándose un problema de salud pública. El 55,9% son convivientes, De acuerdo al grado de instrucción alcanzado el nivel secundario.

Palabras claves: aborto incompleto, características patológicas, legrado uterino

SUMMARY

DEMOGRAPHIC AND PATHOLOGICAL IN WOMEN ASSISTED BY COMPLICATED INCOMPLETE ABORTION IN HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA CHARACTERISTICS DURING 2014

Objetivo: Determinar las Características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica Durante el año 2014. MATERIAL Y MÉTODO: Descriptivo, retrospectivo tipo Aplicativo; se revisaron 199 historias Clínicas de Pacientes atendidas por aborto incompleto complicado Durante el Periodo Enero de Diciembre del 2014, la Muestra del Estudio FUE DE 199, se recolectaron las Siguietes las variables: características demográficas: Edad, estado civil, el grado de instrucción, Características patológicas: Maternas Y ovulares. LA INFORMACIÓN FUE procesada una Través De Una BASE DE DATOS Elaborada y codificada en el mismo Programa SPSS versión 20. Resultados: De las 199 mujeres atendidas por aborto incompleto complicado el 24,1% se encontraron Entre los 20 a 24 años es factible de Mujeres Jóvenes, EL 55,9% convivientes hijo, el 75,8% culminó El Nivel secundario, 161 mujeres atendidas presentaron características patológicas por Causas Maternas, Siendo el 36,6% En Alteración aguda infecciosa en general, el 33,5% por Metabólicas Alteraciones, del 1,3% por inmunológicas Alteraciones, EL 28% por endocrinas Alteraciones y el 0,6% por anatómicas Alteraciones, 38 mujeres atendidas presentaron: características patológicas por Causas ovulares (Alteraciones cromosómicas), Siendo el 55,3%, por trisomías monosómicas y el 44,7% autosómicas por trisomías.

Conclusiones: En Cuanto a Las Características demográficas Que Más predominaron were mujeres atendidas por aborto incompleto Entre los 20 a 24 años de Edad, es factible de Mujeres Jóvenes encontrándose también ONU porcentaje significativo de 11, 6% en adolescentes considerándose ONU Problema de Salud Pública. El 55,9% convivientes hijo, De Acuerdo al grado de instrucción Alcanzado El Nivel Secundario.

Palabras claves: aborto incompleto, Características patológicas, legrado uterino

INDICE

CARATULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE	VI
INTRODUCCION	XII

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.2.1. DELIMITACIÓN SOCIAL	2
1.2.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL	2
1.2.3. DELIMITACIÓN ESPACIAL	3
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	3
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	4
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.5.1. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	4
1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.6.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	6
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.7.1. POBLACIÓN	6
1.7.2. MUESTRA	6
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	8
1.8.1. TÉCNICAS	8
1.8.2. INSTRUMENTOS	8

1.9.	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.9.1.	JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	9
1.9.2.	JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	10

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	11
2.1.	ANTECEDENTES INTERNACIONALES	11
2.2.	ANTECEDENTES NACIONALES	17
2.2.	BASES TEÓRICAS	18
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	35

CAPITULO III PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS TABLAS Y GRAFICAS ESTADISTICAS

3.1.	TABLAS Y GRAFICAS ESTADÍSTICAS	39
	DICUSIÓN DE RESULTADOS	45
	CONCLUSIONES	46
	RECOMENDACIONES	47
	FUENTES DE INFORMACION	48
	ANEXOS	51
	ANEXO 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA	51
	ANEXO 02 INSTRUMENTO	52

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) el aborto es un problema social que cada vez va aumentando, estimándose que al año ocurren aproximadamente 600.000 muertes maternas en el mundo, de las cuales el 90% se presentan en países subdesarrollados en donde existe escaso acceso a los servicios de salud.¹

El aborto incompleto se define como la expulsión parcial del contenido uterino a través del cérvix y que puede cursar con dolor y sangrado antes de las 22 semanas de edad gestacional.

Es una de las emergencias obstétricas más frecuentes y es la segunda causa más común de hospitalización Gineco-obstétrica en la mayoría de los hospitales a nivel nacional. Cuando una mujer ingresa al hospital, es difícil determinar si el proceso de aborto ha sido espontáneo o inducido bajo condiciones potencialmente inseguras.

La OMS en el año 2014 resalta el aborto como problema de salud pública y cita que para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción.²

Ante esta problemática se realiza el presente trabajo de investigación con la finalidad de determinar las características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2014

Las complicaciones que frecuentemente se presentan posterior a un cuadro de Aborto Incompleto son: Sepsis, Anemia severa, Desgarros cervicales e Histerectomía, que repercuten afectando la calidad de vida emocional y reproductiva de las pacientes. Se conoce también que existen factores que incrementan el riesgo de presentar complicaciones como: La edad, el nivel educativo, la condición conyugal, el limitado acceso a servicios de salud

confiables y el poco acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual dirigida a las poblaciones más vulnerables.

En el primer capítulo se describe metodología de la investigación los objetivos y la justificación de la investigación.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico, con antecedentes del estudio que respaldan la investigación.

En el tercer capítulo se detallan los resultados obtenidos en la investigación.

Dentro de la práctica obstétrica, lo que se pretende es contribuir en la disminución de número de pacientes con aborto incompleto complicado, por ende la siguiente investigación pretende presentar datos reales de tal situación para fortalecer programas de educación y planificación familiar dirigida a la población en general, principalmente a las mujeres en edad reproductiva.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El Aborto incompleto es un problema significativo de salud pública en muchos países. Las complicaciones relacionadas contribuyen significativamente a la mortalidad y la morbilidad materna. Es la segunda causa de hospitalización en Servicios de Ginecología en la mayoría de los Hospitales de los países en vías de desarrollo.¹

Cuando una mujer ingresa al Hospital, es difícil determinar si el proceso de aborto ha sido espontaneo o inducido bajo condiciones potencialmente inseguras. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una relación de un aborto complicado por cada 7 nacidos vivos en el mundo, pero en algunas regiones la relación es mayor. Por ejemplo, en Latinoamérica y el Caribe –señala el organismo– hay más de un aborto complicado por cada 3 nacidos vivos y el 13% de las muertes relacionadas

con el embarazo han sido atribuidas a las complicaciones de abortos inseguros.⁶

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2010) señala que en el Perú, se produjeron 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.⁵

Si bien esta razón de mortalidad ha disminuido desde 185 (ENDES 2000) hasta 93 muertes maternas (ENDES 2010), todavía sigue siendo alta en América Latina. Es conocida la asociación de la muerte materna a pre eclampsia, hemorragia, aborto e infección entre otras causas, ocupando el aborto complicado un lugar importante. Por ello, una estrategia para disminuir la muerte materna incluye evitar los abortos provocados y por ende disminuir las complicaciones tanto de los abortos inducidos como de los abortos espontáneos. Evitar que los abortos se compliquen implica, desde el punto de vista de prestación de servicios, un manejo oportuno y eficaz, su tratamiento inoportuno puede llevar a hemorragia uterina, anemia e infección; para evitar estas complicaciones es necesario realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento médico quirúrgico adecuado.⁵

Ante esto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2014 surge la necesidad de identificar las características demográficas y patológicas de las mujeres atendidas por aborto incompleto complicado. Así plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada establecer su frecuencia e identificar los factores asociados al mismo.

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.2.1. DELIMITACION SOCIAL

La población sujeto de estudio son las mujeres ingresadas por aborto incompleto en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2014.

1.2.2. DELIMITACION TEMPORAL

La investigación se realizó en el año 2014

1.2.3. DELIMITACION ESPACIAL

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Santa María del Socorro de Ica Servicio de Gineco-Obstetricia, un Establecimiento de categoría II-1 de que institución MINSA.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2014?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Qué características demográficas tienen las mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2014?
- ¿Qué características patológicas tienen las mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2014?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1. OBJETIVOS GENERAL

Determinar las características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2014

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características demográficas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2014.
- Determinar las características patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2014.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION

Por ser un estudio descriptivo no lleva hipótesis

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

VARIABLES

V₁. Características demográficas

V₂. Características patológicas

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	PERSONALES	-EDAD -ESTADO CIVIL -GRADO DE INSTRUCCIÓN
CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS	MATERNAS	ALTERACIONES ANATÓMICAS ALTERACIONES ENDOCRINAS ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS ALTERACIONES METABOLICAS ALTERACION GENERAL INFECCIOSA AGUDA
	OVULARES	MALFORMACIONES CROMOSOMICAS

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo, se observaron las características demográficas y patológicas, retrospectivo, porque se recolectaron los datos durante el año 2014 de las historias clínicas, transversal, porque los datos se recolectaron en un momento determinado.

1.6.2 NIVEL DE LA INVESTIGACION

Nivel Aplicativo, porque se aplica el conocimiento previo para reconocer características que puedan modificarse.

1.6.3 METODO

El método de investigación es cuantitativo porque se obtuvieron datos de historias clínicas susceptibles de cuantificación que permitieron el manejo estadístico.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

1.7.1 POBLACION

La población sujeto de estudio fueron 395 mujeres que se atendieron por aborto incompleto con complicaciones durante el 2014 en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, y que cumplen los criterios de inclusión.

1.7.2 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula estadística
Se planteó la muestra según la fórmula “cuando se conoce el tamaño del universo” (N), y al aplicarse se obtuvo el siguiente resultado

$$n = \frac{N}{1 + (N \times P^2)}$$

Dónde:

n=tamaño de la muestra a encontrar

N= número total de sujetos en el universo (en este caso 395)

P= precisión (error máximo permitido entre el parámetro y el estadístico), expresado en proporción en este caso es 5%.

$$n = \frac{N}{1 + (N \times P^2)}$$

$$n = \frac{395}{1 + (395 \times 0.05^2)}$$

$$n = \frac{395}{1 + (395 \times 0.0025)}$$

$$n = \frac{395}{1 + 0.9875}$$

$$n = \frac{395}{1.9875}$$

$$n=198.74 \quad n=199$$

Obteniendo como muestra 199 mujeres atendidas por aborto incompleto durante el 2014

Se seleccionaron a las 199 entre las 395 mujeres atendidas por aborto incompleto complicado tomando en cuenta un muestreo aleatorio simple considerando a las historias clínicas que terminaron en números pares, que además cumplieron con:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de aborto incompleto con complicaciones.
- Pacientes ingresadas en el 2014.
- Historias clínicas con datos completos
- Historias clínicas con datos legibles.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otros diagnósticos que no correspondan a aborto incompleto con complicaciones.
- Pacientes no ingresadas entre enero a diciembre del 2014.
- Historias clínicas con datos incompletos
- Historias clínicas con datos ilegibles.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCION DE DATOS**1.8.1 TECNICAS**

- La recolección de datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas.
- Se seleccionaron en forma aleatoria 199 Historias Clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión.
- Los datos se recolectaron en forma manual y se registraron en la ficha de datos.
- Se revisaron 199 historias clínicas De mujeres con diagnóstico de aborto incompleto con complicaciones de diferentes fechas para constatar el llenado completo de los datos que se requieren.
- Procesamiento de datos; Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20
- Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

1.8.2 INSTRUMENTO

La información fue recolectada a través de un instrumento previamente diseñado (ANEXO 1) en base al formato institucional de la historia de atención post aborto (APA) utilizada por la institución de estudio el cual recogió los datos de acuerdo a las variables planteadas y los objetivos presentados en el estudio.

El instrumento fue validado por expertos en Gineco-Obstetricia para lo cual se contó con la participación de 3 magíster de la institución. Reúne los requisitos indispensables de confiabilidad, validez y objetividad

El instrumento consta de los siguientes ítems:

- Características demográficas: edad, estado civil, grado de instrucción

- Características patológicas:

 - Maternas: Alteraciones anatómicas, alteraciones endocrinas, alteraciones inmunológicas, alteraciones metabólicas y alteración general infecciosa aguda

 - Fetales: Malformaciones cromosómicas

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación Teórica:

El aborto incompleto complicado es un problema de preocupación creciente. Intervienen múltiples factores especialmente de tipo psicosocial, siendo el más importante la falta de información sobre temas de sexualidad y la falta de acceso a métodos de planificación familiar modernos y efectivos. Las complicaciones del aborto, por lo tanto, son una respuesta al problema anterior.

Ante las estadísticas de una mortalidad materna sumamente elevada a nivel mundial y en nuestro país por complicaciones de aborto surgió la inquietud por realizar un trabajo de investigación mediante el cual no simplemente se conozcan estadísticas sino que además de conseguir estadísticas se puedan obtener conclusiones de las características

demográficas y patológicas del aborto, incluyendo una comparación entre las adolescentes y las mujeres adultas que nos admitan realizar el tratamiento más adecuado, oportuno y evitar al máximo los efectos y las complicaciones que pueden tener al instante o al pasar algunos años como serían, esterilidad, hemorragias e infecciones y mejorar así el sistema de salud en nuestro medio, de esta manera enfrentar a este problema de salud como es el aborto.

Justificación Práctica:

Tener conocimiento de aquellas características que contribuyen al incremento de complicaciones del aborto incompleto, me permite dejar un precedente desde el punto de vista clínico puesto que alguno de los indicadores a evaluar presentan la posibilidad de ser modificables por medio de intervenciones educativas, su conocimiento y posterior control podrían disminuir la aparición de estas complicaciones. Ante los datos obtenidos surge la necesidad de investigar las características demográficas, médicas, y patológicas en mujeres atendidas por Aborto Incompleto Complicado.

La investigación sustenta un alcance y límite a nivel del área de Gineco-Obstetricia durante el 2014.

Dentro de la práctica Obstétrica, lo que se pretende es contribuir a la disminución de número de pacientes con aborto incompleto complicado, por ende la siguiente investigación pretende presentar datos reales de tal situación para fortalecer programas de educación y planificación familiar dirigida a la población en general, principalmente a las mujeres en edad reproductiva.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

6 ESTUDIOS INTERNACIONALES:

Francisco Sebastián López Delgado, Karla Gabriela Morales Campo verde, en su trabajo de tesis denominado **“Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital “Homero Castanier Crespo” en el año 2013. Cuenca 2014.** Cuenca, Ecuador. **Objetivo:** Establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficos asociados en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre Enero – Diciembre de 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues y en su departamento de Emergencia y Gineco Obstetricia; se revisaron las historias clínicas de pacientes atendidas por aborto durante el 2013, se recolectaron las siguientes variables edad, residencia, estado

civil, instrucción, religión, características obstétricas, tipo de aborto y anticoncepción; la información fue procesada a través de una base de datos elaborada y codificada en el programa SPSS versión 19. **Resultados:** La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 73,3%; 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

Juri Mariuxi Macas Macas, en su trabajo de tesis denominado **“Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013”**. Guayaquil, Ecuador. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, Determinar la frecuencia de aborto incompleto por automedicación con misoprostol, Determinar la edad cronológica en que más se presenta el aborto incompleto, Determinar la frecuencia de aborto incompleto en relación al lugar de procedencia.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para lo cual se revisaron los expedientes clínicos, utilizando una hoja cuestionario de recolección de datos, que indagaba información relacionada con el objetivo de determinar la frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital

Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo del 6 de Septiembre 2012 a Febrero 2013. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. El universo estuvo conformado por un total de 633 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Abortos, de los cuales 481 estuvo constituida por expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, mientras que la muestra estuvo representada por 273 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto.

Resultados: muestran que el 98,53% en relación con el misoprostol no se auto-medicaron, la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%, el 87,18% procedían de zonas urbanas, el 22,34% tenían dos gestaciones, el 49,08% son nulíparas, el 54,94% sin abortos previos, el 63,00% sin cesáreas previas, mientras un 79,85% fueron abortos incompletos espontáneos como causa desencadenante.¹⁰

Villamarín Granja Luis Felipe, en su trabajo de tesis denominado **“Complicaciones del legrado instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011”**. Ambato, Ecuador. **Objetivo:** El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el conocer la principales complicaciones de la realización del legrado instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas; parte desde la realización de la técnica de forma adecuada **Metodología:** El diseño de esta investigación estuvo enmarcado dentro de la modalidad de una investigación documental, porque se determinó tanto en número como el tipo de Complicaciones presentadas luego del tratamiento con legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011. A través de la revisión de las historias clínicas de tal institución tomando en cuenta el día del alta y el control posterior.

El enfoque del estudio fue cualitativo y cuantitativo basado en una población integrada por 336 pacientes con el diagnóstico Aborto Incompleto, se excluyeron las pacientes con aborto inducido, o tratamiento previo en otras casas de salud y aquellas cuyas historias clínicas contenían información incorrecta e incompleta, quedando de esta manera un total de 220 pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas para el estudio.

Resultados: en relación a las edades de las usuarias que tuvieron diagnóstico de aborto incompleto (54.53%) tienen entre 20 – 30 años; (24.24%) entre 31 – 40 años; (21.21%) tienen menos de 20 años. demostró que el signo y síntoma más frecuente es el dolor, que corresponde al 69.4% de la población, el mismo que se acompaña de alza térmica con el 23.2%, Además, en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, se encontró que el síntoma más llamativo fue el dolor en un 56.7%, y el alza térmica en un 33.5%. Al estudiar los factores de riesgo se evidenció que la edad en sus dos extremos, el estado civil, el nivel de educación, el acceso a los servicios de salud, la ocupación, etc. Intervienen directamente en la incidencia de aborto incompleto y en las posteriores complicaciones luego de realizar un legrado instrumental. La mayoría de abortos incompletos, fueron resultado de abortos espontáneos, aunque en pocos casos se puede dudar de la causa del aborto.¹¹

Ana Cristina Suarez Mendoza en su trabajo de tesis denominado **“Incidencias y complicaciones del aborto incompleto en adolescentes de 13 a 19 años ´´Hospital Matilde Hidalgo de Procel de septiembre del 2012 a febrero del 2013 de la Provincia del Guayas”**. Guayaquil, Ecuador. **Objetivo:** El objetivo general de esta investigación es disminuir la incidencia de aborto incompleto en adolescentes que no tienen conocimiento sobre el tema de sexualidad. En el “Hospital Matilde Hidalgo de Procel”.

Metodología: Este trabajo se realizó bajo la metodología de un estudio epidemiológico, retrospectivo, analítico, longitudinal y descriptivo, los

datos fueron recolectados de las historias clínicas de las adolescentes de 13 a 20 años con diagnóstico de aborto incompleto. Después de la tabulación llegamos a la conclusión hay riesgos que se expone una mujer cuando se somete a un aborto van desde daños irreversibles, como perforaciones en el útero, mutilación de ovarios, hasta la muerte.

Resultados: la mayor incidencia en las adolescentes con aborto incompleto por el uso de misoprostol fue en la edad comprendida de 15 – 17 años con un 53%, el 13% son de estado civil Soltera, el 21% de mujeres son Casadas, mientras que el 66% de adolescentes es de Unión libre constituye en la edad de 15 a 17 años , el 35% de mujeres utilizan Anticonceptivos orales en la edad de 15 a 17 años, el 13% utilizan Preservativos, el 17% utilizan Anticonceptivos Inyectables, el 22% utilizan Otros Anticonceptivos; mientras que el 13% de adolescentes no utilizan Ningún Anticonceptivo, el 72% de mujeres tienen vida sexual activa entre la edad comprendida de 15 a 17 años; mientras que el 28% de adolescentes tienen vida sexual activa, el 72% de mujeres Si le han hecho Legrado Uterino Instrumental de una edad de 15 a 17 años; mientras que el 28% de adolescentes No le han hecho Legrado Uterino Instrumental, el 45% de mujeres que tuvieron aborto por causa de Automedicación con Misoprostol una edad comprendida entre 15 a 17 años, el 17% fue por causa traumática, el 13% por antecedentes personales; mientras el 25% por otras causas (influencia familiar, influencia de amistades).¹²

Galvis Romero, Nohemí; Ochoa Estepa, Ángela; Rojas Gaitán, Andrea. En su trabajo de tesis denominado “**Frecuencia del aborto incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años que llegan a la sección de Gineco-obstetricia de un hospital de tercer nivel en una ciudad de Colombia en el periodo de marzo y junio del año 2010**”. Medellín, Colombia. **Objetivo:** fue establecer la frecuencia de aborto incompleto, los factores asociados y sus complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años en la sección de Gineco-obstetricia en un hospital de tercer nivel en una

ciudad de Colombia en el periodo comprendido entre marzo y junio de 2003.

Método: estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se aplicaron 30 encuestas semiestructuradas de 20 preguntas en donde se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas de la población, los antecedentes Ginecobstetricos, y el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos, y el comportamiento sexual.

Resultados: de las 30 pacientes que consultaron al servicio de ginecobstetricia por aborto incompleto el 83.3 (25 mujeres) no presentaron ningún tipo de complicación el 16.7 (5 mujeres) presentaron infección (aborto séptico), desde el último grupo una paciente de 16 años fue sometida a histerectomía por lo cual quedo en estado de infertilidad.

Conclusiones: este estudio demostró que las adolescentes inician sus relaciones sexuales a temprana edad y que cursan con abortos incompletos.¹³

Eliana M. Quintero-Roa, Ricardo Ortiz-Serrano, Miguel E. Ochoa-Vera, Mónica P. Consuegra-Rodríguez y Carol A. Oliveros, En su trabajo de tesis denominado "**Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital público de Bucaramanga Colombia, Bucaramanga**". **Objetivo:** Fue analizar las características socio-demográficas de las mujeres que consultan por aborto provocado en el Hospital Local del Norte de Bucaramanga.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y transversal con una muestra por conveniencia, tomada entre las pacientes que consultaron en Urgencias de Ginecoobstetricia del Hospital Local del Norte de Bucaramanga entre el 1º de marzo de 2008 y el 28 de febrero del 2009 con diagnóstico de aborto incompleto.

Resultados: La muestra total fue de 93 pacientes de las cuales 16 aceptaron haberse inducido un aborto. Los factores asociados con este hecho fueron: pertenecer a un estrato socio-económico bajo, carecer de adecuada atención sanitaria y educativa en planificación familiar, carecer

de pareja estable o que esta fuera disfuncional y que la pareja presionara inducir el aborto por motivos económicos o paternidad satisfecha. El promedio de edad fue de 24,7 años, con extremos entre los 14 y 40 años. No se encontraron diferencias significativas al respecto entre los grupos de aborto no provocado y aborto provocado. La población estaba compuesta principalmente por mujeres pertenecientes a estratos socio económicos bajos y dependientes económicamente.²¹

2 ESTUDIOS NACIONALES:

Fernando Liberato Felles; En su trabajo de tesis denominado **“Nuliparidad como factor asociado al dolor operatorio severo durante el tratamiento del aborto incompleto mediante aspiración manual endouterina. 2008”**. **Objetivo:** Determinar si la nuliparidad está asociada al dolor pélvico intraoperatorio severo, durante la aspiración manual endouterina por aborto incompleto.

Metodología: Estudio observacional de corte transversal y prospectivo, incluyendo pacientes con aborto incompleto operadas mediante la aspiración manual endouterina (AMEU). El dolor pélvico fue cuantificado utilizando la Escala Visual Numérica.

Para el análisis de los datos, se usó la prueba Chi cuadrado, OR y análisis multivariado.

Resultados: De 272 pacientes con aborto incompleto operadas mediante la AMEU, entre julio

2008 y marzo 2009, 191(70.2%) fueron incluidas y 81 (29.8%) excluidas. El 67.5% de las pacientes incluidas tuvieron entre 20 y 34 años, 40.8% procedían de los distritos La Victoria y El Cercado, 72.2% eran casadas o convivientes, y el 82.7% pertenecían al nivel socioeconómico C, D y E. Las nulíparas representaron el 50.8% y las no nulíparas el 49.2 %. El 66.0% de las nulíparas y el 56.4% de las no nulíparas tuvieron dolor pélvico intraoperatorio severo, siendo la diferencia no significativa ($p = 0.168$; OR = 1.656, IC: 0.809 - 3.389). El promedio del dolor pélvico

intraoperatorio (6.82 ± 2.20 puntos) fue significativamente mayor que el dolor preoperatorio (2.81 ± 1.87), ($p=0.00$).

Conclusión: La nuliparidad no estuvo asociada significativamente al dolor pélvico intraoperatorio severo, durante la AMEU por aborto incompleto.¹⁴

Aparicio, Jorge; Ayala, Jorge; Ascarruz, Alexander; Casquero, José; En su trabajo de tesis denominado: “**Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo**”. Lima, Perú. **Objetivo:** Determinar las características de las adolescentes atendidas por aborto en el Hospital "Dos de Mayo". **Métodos:** Revisión de 71 casos de pacientes menores de 20 años con diagnóstico de aborto. Se excluye 2 casos debido a la falta de informe anatomopatológico y/o la no concordancia entre el diagnóstico patológico y el clínico. Se utilizó una ficha pre elaborada para la recolección de datos. **Resultados:** el 92.7 por ciento de casos tuvo una edad entre 16 a 19 años, siendo conviviente 55,1 por ciento. Casi la totalidad de las pacientes, 97,1 por ciento, no tuvo control prenatal. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue aborto incompleto, en 86,9 por ciento. La mayoría de pacientes no utilizaba métodos naturales. En 10.1 por ciento hubo el antecedente de un aborto anterior. La complicación más seria del aborto fue la pelviperitonitis, teniéndose que emplear la histerectomía.

Conclusiones: El aborto en el grupo adolescente ocurre con mayor frecuencia en la adolescencia tardía y en mujeres de un nivel sociocultural bajo, sin control prenatal. Palabras clave: Aborto, adolescencia, anticoncepción.¹⁵

2.2. BASE TEORICO – CIENTÍFICA

ABORTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la expulsión o extracción espontánea o provocada de un embrión o de un feto de

menos de 500 gramos antes de las 22 semanas de gestación. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 20% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.³

SEGÚN SU ORIGEN:

El aborto puede clasificarse según la forma como se produce, en espontáneos y provocados.

ABORTOS ESPONTÁNEOS

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.⁵

El aborto espontáneo ocasional ocurre una o hasta dos veces en la historia reproductiva de la mujer, en forma consecutiva o no.¹⁶

ABORTOS PROVOCADOS

Es la interrupción de un embarazo antes de la viabilidad fetal con intervención voluntaria para su finalización.¹⁶

El aborto provocado en condiciones de riesgo, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado, practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos.¹

SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

En 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 y son:

- Amenaza de aborto
- Aborto inminente
- Aborto diferido
- Aborto en curso
- Aborto incompleto
- Aborto completo

Existe controversia en torno a si es un aborto incompleto o inducido bajo condiciones potencialmente inseguras. Puede decirse que una proporción significativa de estas pacientes se somete a la inducción fuera del sistema de salud y, posteriormente, acuden a los hospitales para completar la evacuación uterina.⁴

SEGÚN LAS CONSECUENCIAS.

COMPLICADO Cuando median complicaciones, las más frecuentes son la hemorragia que conlleva anemia severa o aguda, la infección pudiendo llegar hasta shock séptico, y otras como: perforaciones uterinas, laceración cervical, remoción incompleta del feto o restos placentarios y muerte materna.²

NO COMPLICADO Aquel que cursa sin eventos colaterales y que recibe un manejo expectante.²

SEGÚN SU TERMINACIÓN.

ABORTO COMPLETO

En el cual se expulsa todo el contenido uterino, el feto y sus anexos, el útero está bien contraído, el cérvix puede estar cerrado

y la exploración ecográfica confirma la ausencia de restos en la cavidad uterina ecográficamente definido cuando el contenido uterino es menor de 1 cm en el diámetro anteroposterior.²

Es conveniente realizar un control ginecológico en 3-4 semanas para descartar la persistencia de restos ovulares o procesos infecciosos, que cursarían con un sangrado persistente y fiebre, respectivamente.⁶

ABORTO INCOMPLETO

La expulsión solo de una parte del producto de la concepción a través del cuello uterino, también llamado retención de restos. En los abortos que se producen antes de las 10 semanas, es probable que el feto y la placenta se expulsen juntos pero, a partir de entonces, suelen expulsarse por separado. Cuando se retira toda la placenta o una parte de ella dentro del útero, tarde o temprano se produce un sangrado, que es la principal señal de aborto incompleto. En los abortos más avanzados, puede producirse sangrado masivo con la consiguiente hipovolemia profunda. A veces, la hemorragia del aborto incompleto es grave, aunque es raro que sea fatal. La fiebre no contraindica un legrado una vez que se inició un tratamiento antibiótico adecuado.⁴

AL EXAMEN CLÍNICO,

Generalmente el útero está aumentado y los orificios cervicales abiertos, pudiendo objetivarse o no la presencia de restos placentarios en el cérvix o la vagina. La ecografía pélvica por vía abdominal y/o transvaginal (endovaginal) son exámenes de imagen de mucha ayuda para confirmar la sospecha clínica. Es decir, el diagnóstico del aborto incompleto es generalmente clínico y ecográfico.^{2, 17}

COMPLICACIONES DEL ABORTO INCOMPLETO

Al margen de las consideraciones psicológicas, sociales y de parejas, destacaremos aquí por su especial relevancia clínica y el peligro latente las siguientes complicaciones:

1.- ABORTO SÉPTICO.

Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocérvix, vagina y vulva). También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evacuación del huevo. Se producen así endocervicitis, endometritis, miometritis aguda.¹⁷

En estos casos, al cuadro descrito en los puntos anteriores se agrega la reagudización del dolor de forma más permanente, fiebre generalmente en picos e intoxicación general (palidez, taquicardia, escalofríos). Puede haber hemorragia genital y flujo purulento fétido. El útero se palpa algo agrandado y doloroso a la compresión.

Pero dentro de la designación de aborto infectado se agrupa a distintos cuadros clínicos, de diferente gravedad, y que van desde la endometritis superficial hasta los cuadros de sepsis generalizada (Síndrome de Mondor).¹⁶

Así que orienta mucho sobre la gravedad de un aborto infectado el poder determinar si el proceso infeccioso se encuentra limitado al útero (estadio a); si ha sobrepasado el útero, pero no ha excedido los límites de la pelvis (estadio b); o si la infección se ha

generalizado y producido un cuadro septicémico (estadio c, o aborto séptico).

La primera etapa de la infección es pues la endometritis, la infección intrauterina localizada (infección ovular). El organismo tiende a limitar la infección formando una barrera fibroleucocitaria de cuya capacidad defensiva dependerá que el proceso se limite al endometrio o progrese hasta una profundidad mayor o menor de miometrio, agregándose entonces a la endometritis, la miometritis. Esta inflamación endometrial o endomiometrial produce flujo purulento o hematopurulento, maloliente que sale al exterior, porque el proceso inflamatorio impide una buena involución uterina permaneciendo el canal cervical dilatado.³

CUADRO CLÍNICO

En la endometritis postaborto son la fiebre y los loquios fétidos; y en la exploración: el hallazgo de útero globuloso, blando, móvil y con cuello reblandecido, y más o menos permeable, dando salida a la secreción antes señalada (estadio a).

Cuando los medios defensivos fracasan, bien por deficiencias orgánicas, por gran cantidad o virulencia de los gérmenes, o por rotura de la barrera fibroleucocitaria por manipulaciones intrauterinas, la infección rebasa el útero, y siguiendo las vías canalicular, linfática o venosa, se propaga a órganos o tejidos vecinos. La propagación canalicular produce la salpingitis, generalmente bilateral, y a no ser que se ocluya el orificio abdominal de la trompa, se producirá una ovaritis superficial, con o sin peritonitis pelviana, y más raramente difusa.

Cuando la infección desborda el útero, el estado general empeora, la temperatura es más alta, hay taquicardia y dolor

espontáneo o provocado, con contractura o no en el abdomen inferior, según la mayor o menor participación del peritoneo pelviano. El flujo es hemorrágico-purulento (estadio b).

El (estadio c) engloba a los cuadros más graves de las complicaciones del aborto: septicemia y peritonitis generalizada. Es el grupo que tiene peor pronóstico, y en consecuencia el de mayor índice de mortalidad.

MANEJO TERAPÉUTICO:

- Estimular la contractilidad uterina, lo cual se logra con oxitócicos o uterotónicos, y su objeto es provocar la evacuación de los restos infectados y oponerse a la difusión de los gérmenes por el cierre de los vasos sanguíneos y linfáticos.
- Combatir la infección con antibióticos (penicilina y derivados, cefalosporinas, etc.), pero lo mejor es hacer antibiograma y elegir el antibiótico más eficaz.
- Aumentar las defensas generales del organismo. El aumento de las defensas naturales potencia la acción de la medicación y se logra con reposo en cama, alimentación nutritiva con abundantes hidratos de carbono, vitaminas y minerales. Si hay anemia, transfusión si es preciso, hierro y vitamina B12.³

Con esta terapéutica, sobre todo si se inicia precozmente, lo normal es que la fiebre desaparezca, el útero involucione y cese la hemorragia. Los hemogramas y velocidad de sedimentación (VS), que siempre deben efectuarse, pueden corroborar la curación. Pero a veces persiste la febrícula, o la pequeña hemorragia, o el útero no involuciona, lo que permite afirmar que deben quedar restos placentarios. En estas condiciones, si no hay complicaciones periuterinas y el hemograma y VS están

estabilizados, está indicado el legrado uterino con las precauciones de rigor. .2

2.-HEMORRAGIA.

El sangrado asociado al aborto pueden en ocasiones ser muy intensas. Además de la retención de restos, estos sangrados pueden deberse también a lesiones cervicales o uterinas (perforaciones) producidas en un intento de interrumpir la estación. El daño tisular producido por algunos agentes químicos empleados con la misma intención también puede provocar hemorragia intensa. En ausencia de estos factores la evacuación uterina mediante el legrado suele interrumpir rápidamente el sangrado.³

2.1.-COAGULOPATÍA INTRAVASCULAR DISEMINADA.

Se caracteriza por la activación patológica, de la coagulación, que determina excesiva formación intravascular de fibrina con obstrucción de la microcirculación y lesión isquémica de diversos tejidos.

Hay una tendencia hemorrágica, como consecuencia del consumo de plaquetas y factores de coagulación. Además hay una tendencia trombótica, con obstrucción circulatoria, hipo perfusión de órganos y lesión de tejidos agravada por hipovolemia, hipotensión y hemolisis microangiopática.

Existen una serie de circunstancias en que este riesgo es claramente mayor:

Aborto séptico y shock séptico, instalación uterina de sustancias hipertónicas.³

2.2.-.-ANEMIA

En las gestantes se puede detectar anemia fisiológica debido al aumento del volumen plasmático, y por tanto dilución de la concentración de glóbulos rojos. El deterioro materno no se observa hasta que la concentración de hemoglobina desciende a 4-6 g/dl; concentraciones 8g/dl que se relacionan con pérdidas sanguíneas abundantes tras cuadros de hemorragias

Se considera anemia una Hb <11 gr % en el primer y tercer trimestre y <10,5 gr % en el segundo trimestre.¹⁹

Clasificación de Anemia

-Leve: Hemoglobina 9-11 gr% Hematocrito 33-27%

-Moderada: Hemoglobina 7-9 gr% Hematocrito 26-21%

-Severa: Hemoglobina <7gr% Hematocrito <20%

En el tratamiento en una hemorragia masiva, o inestable hemodinámicamente la administración inmediata de sangre total o glóbulos rojos más expansores plasmáticos se pueden utilizar simultáneamente para detener el sangrado.¹⁹

3.-OTRAS COMPLICACIONES

Las complicaciones más importantes de la dilatación y legrado son la perforación del útero y los desgarros cervicales.¹⁶

PERFORACIÓN UTERINA

Se puede hacer con el histerómetro, el dilatador, la legra o la pinza de Winter. La incidencia de esta complicación es variable; ocurre aproximadamente en un 0.24% de los abortos tratados con cirugía, y está íntimamente ligada a la experiencia del cirujano. Otros factores que pueden favorecer una perforación uterina son la retroversión marcada del útero, la dilatación dificultosa del cérvix y cuando se trata de abortos tardíos.⁴

Habitualmente se localizan en la pared posterior del útero en ante versión o en la anterior del útero en retroversión. Ocasionalmente la perforación se puede producir en el fondo o en una pared lateral

Generalmente no cursa con complicaciones importantes para la mujer si se reconoce de forma inmediata, y en la mayoría de los casos es suficiente el control de las constantes de la paciente para descartar un sangrado. Es aconsejable la profilaxis antibiótica para evitar complicaciones infecciosas y no es necesaria ninguna intervención salvo esta observación de la paciente durante 6-12 h.

En caso de pasar desapercibida la perforación, es posible la lesión de órganos pélvicos que puede dar lugar a una peritonitis en el caso de afectación intestinal, aunque esta situación es poco común.

DESGARROS CERVICALES

Ocurren más frecuentemente en mujeres nulíparas, cuando se hace una dilatación rápida y forzada, especialmente si se excede de un tallo 10-11 de Hegar. Los desgarros suelen ser laterales, alcanzando ocasionalmente el parametrio. Puede producirse una lesión de la arteria cervical e incluso de la arteria uterina, con una hemorragia grave. Si ésta no se puede controlar mediante compresión, se debe identificar y ligar la rama lesionada, ya sea por vía vaginal, o más frecuentemente, por laparotomía. A veces, en caso extremo, es preciso extirpar el útero.

Otras complicaciones incluyen la lesión del orificio cervical interno y del istmo, que puede conllevar a una incompetencia cervical postraumática; y las sinequias de la cavidad uterina cuando un legrado agresivo con legras cortantes elimina la capa basal endometrial, originando el llamado síndrome de Asherman, que

curso con amenorrea, oligomenorrea, dismenorrea, pérdidas precoces de embarazos o infertilidad y cuyo diagnóstico y tratamiento se hace por histeroscopia, liberando las adherencias.¹⁷

EVACUACIÓN UTERINA

DILATADORES HIGROSCÓPICOS OSMÓTICOS

Estos instrumentos quitan el agua de los tejidos cervicales. Suelen utilizarse laminarias que actúa eliminando el agua de los complejos de los proteoglicanos; esto hace que los complejos se disocien; por lo tanto, permite que el cérvix se ablande y se dilate.⁴

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

En embarazo menor a 14 semanas. Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía oral o Sub Lingual 3 horas antes del procedimiento.⁴

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

El legrado uterino es una de las técnicas más importantes y más frecuentemente realizadas, luego de las 16 semanas, ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos, la técnica de la intervención depende de las indicaciones y los objetivos.⁴

Habitualmente se hace bajo anestesia general o sedación; ocasionalmente puede hacerse un bloqueo paracervical.

Si se sospecha infección, se recomienda retrasar el tratamiento quirúrgico 12 horas para administrar tratamiento antibiótico intravenoso

Antes de llevar a cabo cualquier método de evacuación uterina quirúrgico es obligado realizar una valoración ginecológica (exploración con espéculo, tacto bimanual y ecografía transvaginal) que nos oriente sobre la histerometría, posición uterina (en ante-retroversión o posición indiferente) y el grado de permeabilidad cervical, así como, para que nos permita detectar la presencia de miomas, anomalías del desarrollo u otras formaciones que puedan influir en el procedimiento.¹⁹

Para minimizar tanto el traumatismo que se produce debido a la dilatación mecánica, como el riesgo de perforación uterina, primero se hace una preparación-maduración del cérvix mediante dilatadores o prostaglandinas (de acuerdo con la evidencia disponible, el régimen óptimo, sobre la base de eficacia y perfil de seguridad es la administración de dos comprimidos de 200 ug de misoprostol vía vaginal 3-4 horas antes del procedimiento quirúrgico).

Colocamos a la paciente en posición de litotomía, es decir, situamos a la paciente en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas, y los muslos en abducción y rotación externa.

Después de la inducción anestésica, habitualmente una sedación con propofol, se realiza nuevamente una exploración ginecológica bimanual para determinar el tamaño y Posición del útero y evaluar los anejos. La omisión de este paso es una de las causas más frecuentes de perforación uterina

Preparamos el campo quirúrgico: primero limpiamos vagina y piel adyacente con un desinfectante, y a continuación colocamos paños estériles en ambas piernas, bajo glúteos y sobre abdomen para delimitar el campo de actuación.

Se realiza sondaje vesical con sonda de un solo uso para vaciar vejiga; así disminuimos el riesgo de lesionarla y también facilitamos la rectificación del útero.

Se expone y se desinfecta el cérvix y se sujeta el labio anterior con una pinza Pozzi (pinza larga uterina cuyos extremos son curvos y muy finos). Se tracciona de la pinza hacia fuera para hacer más accesible el útero (con esta maniobra se moviliza hacia abajo y se corrige la posición de ante o retroversión). La mano izquierda se apoya en la sínfisis

Se mide la longitud de la cavidad uterina con un histerómetro flexible y, mediante movimientos cuidadosos nos hacemos una idea de la amplitud y la forma de la cavidad uterina.¹¹

Si el cérvix está cerrado totalmente este paso puede ser muy difícil, incluso imposible. Se debe considerar la posibilidad de perforación si de repente desaparece la resistencia a la introducción del histerómetro.

Para abrir el canal cervical se utilizan los dilatadores de Hegar, los dilatadores de Pratt o los dilatadores de teflón

Los dilatadores de Hegar son de acero inoxidable y presentan una numeración ascendente correlativa que alude a un calibre cada vez mayor (cada número hace referencia al diámetro en mm).

La dilatación se debe hacer de forma cuidadosa, lentamente, en función de la resistencia del canal, comenzando por un tallo de un calibre pequeño (el que admita la permeabilidad cervical), y cambiándolo progresivamente por otro con un número consecutivo mayor. Según la posición del útero, los dilatadores se introducen con la curva hacia delante o hacia atrás. Solamente deben dilatar hasta el orificio cervical interno; en cualquier caso no penetrarán más de la longitud medida previamente con el histerómetro. Generalmente será necesario dilatar hasta un tallo 12-14 de Hegar.

Debemos sospechar la existencia de una perforación uterina si se produce una repentina pérdida de resistencia durante la dilatación del canal cervical. De todos modos, con una técnica correcta, el riesgo es bajo. El cirujano sostendrá la pinza de Pozzi, también llamada de garfio, de modo que le permita evaluar la resistencia que ofrece el canal, y proceder lentamente a la dilatación. Si es preciso, se dejará introducido cada dilatador entre medio y un minuto. El dedo meñique de la mano que está introduciendo los dilatadores se coloca contra la región glútea.

La evacuación de la cavidad uterina también se puede realizar mediante sistema de aspiración con una cánula de Karman flexible, que ha demostrado ser una técnica segura, rápida de llevar a cabo, menos dolorosa que la evacuación con legra e incluso más efectiva en conseguir la evacuación uterina completa. Después del tratamiento quirúrgico, se examina el tejido extraído para confirmar que son restos abortivos, que su cantidad es adecuada y para descartar la presencia de tejido extraño. No se recomienda el estudio histológico rutinario de los restos abortivos, aunque sí está indicado cuando haya que confirmar la gestación y excluir el embarazo ectópico (poco material) o la enfermedad trofoblástica gestacional (tejido con vesículas).²⁰

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

EDAD

En mujeres sin otros factores de riesgo se ha constatado que a mayor edad materna hay más incidencia de abortos espontáneos siendo el más importante factor de riesgo en este problema. Este aumento del riesgo no se debe únicamente a la mala calidad ovocitaria, sino que también puede reflejar, entre otras posibilidades, un cierto “envejecimiento” uterino .³

ESTADO CIVIL

El estado civil o conyugal, es el estado personal del individuo, es decir, es la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres del país sobre el matrimonio. Los Censos Nacionales de Población en el país, recogen información sobre el estado civil o conyugal de las personas de 12 y más años de edad. La información sobre el estado civil o conyugal es importante en las investigaciones demográficas y sociales, cuyas características constituyen un indicador básico en la fecundidad y en la estabilidad familiar. En el país, de acuerdo a las leyes y costumbres se identifica 5 categorías: conviviente, separado, casado, viudo, divorciado y soltero. El estado civil o conyugal de la población censada de 12 y más años de edad, tiene cambios muy significativos en los períodos intercensales. Según los resultados del Censo 2007, el número de convivientes se ha incrementado progresivamente al pasar de 1 millón 336 mil 326 (12,0%) en el año 1981.

Los cambios en el comportamiento del estado civil o conyugal en las últimas décadas, pueden estar asociados a los nuevos roles de la sociedad en su conjunto, y sobre todo, a que cada vez existe mayor participación de la población femenina en la actividad laboral, así como también por el incremento del nivel educativo.⁵

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Se refiere al último año aprobado del máximo nivel alcanzado. Los resultados del Censo de Población del 2007 revelan que el nivel de educación de la población de 15 y más años de edad ha mejorado respecto al nivel registrado en 1993. Así, en el 2007 el 31,1% de la población de 15 y más años de edad, ha logrado estudiar algún año de educación superior (superior no universitaria 15,1% y universitaria 16,0%). Al comparar con los resultados obtenidos en el Censo de Población de 1993, la población con educación superior ha aumentado en 112,0% (3

millones 129 mil 339 personas). La población con educación secundaria aumenta en 49,8% (2 millones 419 mil 600 personas). En 1993, el 35,5% (4 millones 855 mil 297 personas) había alcanzado estudiar educación secundaria, en el 2007 la población que tiene este nivel educativo alcanza al 38,2% (7 millones 274 mil 897 personas) de la población de 15 y más años.⁵

CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Solo en un limitado porcentaje de casos es factible conocer las causas que motivaron un aborto espontaneo incluso, los motivos pueden ser múltiples combinados y variables en distintas circunstancias de la vida reproductiva de la mujer.

Las distintas etiologías posibles pueden agruparse, en general en 2 grandes capítulos: las causas ovulares y las extraovulares, Se debe a alteraciones maternas y/o paternas.²

.

ABORTOS DE CAUSAS OVULARES

Las anomalías genéticas corresponden a la etiologías frecuente (50-70%) y son cuarenta veces más frecuentes en los abortos espontáneos (RN) sanos puede deberse a transmisión de genes cualitativamente alterados con anomalías, transferencias o translocaciones o a sobre carga o déficit de alguno de ellos. En el primer trimestre, las alteraciones más frecuentes son las trisomías autosómicas por no disyunción, mientras que en el segundo predominan las trisomías (13, 18 y 21), las monosómicas (45X0) y as translocaciones

Otras de las cusas corresponden a alteraciones morfológicas que sean incompatibles con el desarrollo embrionario, lo que llevaría a

una forma de selección natural de embriones aptos para la supervivencia.

En los primeros tiempos de la vida, el trofoblastos se transforma en una verdadera glándula de secreción interna temporaria (gonadotrofina corionica) que mantiene el desarrollo inicial del embrión. Por lo que sus alteraciones endocrinas también constituyen causal de abortos espontáneos.²

ABORTO DE CAUSA MATERNAS:

Son las que se han estudiado más intensamente, ya que, a diferencia de las ovulares, en las que no podemos realizar ninguna acción para prevenirlas, si se detectan previamente, podemos actuar para disminuir el riesgo de que el aborto espontáneo se presente o se repita. Podemos clasificarlas en:

Las alteraciones generales padecidas por la madre, específicas o inespecíficas, puede ser causa de aborto espontaneo. En principio, puede provocarlo cualquier enfermedad general infecciosa aguda (cólera, paludismo, brucelosis, citomegalovirus, herpes simple, etc.), sigue el daños produce en el embrión resulta lo suficientemente deletéreo, merecen mención especial las endometritis deciduales por la listeria monocytogenes y por toxoplasma gondii.

Algunas intoxicaciones maternas son causales de abortos espontáneos, por su incidencia actual en aumento como conducta social, debe tenerse en cuenta la intoxicación aguda y por alcohol y por estupefacientes. Otros agentes menos frecuentes son el óxido de etileno, el plomo los derivados del caucho y los solventes industriales, el arsénico y el mercurio.

Es posible que la mayoría de los abortos de causa no establecida tengan relación con alteraciones inmunológicas. El sistema inmunitario materno debe reconocer al producto de la gestación y reconocer una suerte de auto tolerancia. Cualquier falla de esta

podría ser causa suficiente de aborto mediante la creación del aumento de cuerpos autoinmunes con producción de factores lesivos para el embrión y el trofoblastos. Entre otros, los anticuerpos autoinmunes, anti tiroideos y antifosfolipidicos (hasta el 30%⁹ de los pacientes con lupus eritematoso sistémico) representan una causa importante, especialmente de abortos recurrentes.

Entre las afecciones maternas inespecíficas se mencionan la iatrogenia, las relacionadas con el tabaco excesivo, las radiaciones y las alteraciones metabólicas producidas por desnutrición.

De las afecciones endocrinas maternas pasibles de causar abortos se destaca la insuficiencia del cuerpo lúteo, cuya increción es fundamental para la implantación y el mantenimiento del embarazo. También las anomalías tiroideas desnutrición, aumento de anticuerpos antitiroideos y la diabetes mellitus descontrolada.

Las alteraciones anatómicas del aparato genital tales como el útero tabicado, las sinequias uterinas y los miomas submucosos (especialmente múltiples y voluminosos) representan etiologías posibles.²

EDAD GESTACIONAL:

Hay una relación inversa entre la edad gestacional y un desenlace desfavorable. Cuando se examina una mujer asintomática antes de las 6,5 semanas de gestación, la incidencia de un fallecimiento oscila entre el 7 y el 24%. Esta tasa de pérdida se reduce después de las 8 semanas a alrededor de un 2%.⁹

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.- Conjunto de rasgos del ser humano que interactúan de manera recíproca en la conducta humana y social.

CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS.- Signos y síntomas que corresponden a una patología

AMENORREA.- Ausencia de menstruación.

LEGRADO.- Raspado del material de la pared de una cavidad u otra superficie.

ENDOMETRITIS.- Es un trastorno inflamatorio del endometrio generalmente debido a una infección bacteriana se caracteriza por fiebre dolor abdominal flujo de olor fétido y aumento del tamaño abdominal.

EMBRIÓN.-Cualquier organismo en las primeros etapas de desarrollo humano entre el momento de implantación del ovulo fertilizado hacia las tres semanas después de la concepción hasta el final de la octava semana. Este periodo se caracteriza por crecimiento rápido, diferenciación de los sistemas orgánicos mayores y desarrollo de las principales características externas.¹⁶

TROFOBLASTO.- Capa de tejido celular que constituye la pared del blastocisto de la placenta en el comienzo del desarrollo embrionario sirve para la implantación del blastocisto en la pared Uterina y para aportar elementos nutritivos al embrión.

PROSTAGLANDINA.- Es un ácido graso con potente acción hormonal que aun en cantidades mínimas actúan localmente sobre los órganos dianas, se produce en cantidades muy pequeñas y tiene gran variedad de efectos importantes. Produce

cambios en el tono vaso-motor, la permeabilidad capilar, el tono de la musculatura lisa, la función endocrina, y el sistema nervioso central y autónomo.²

MORBILIDAD.- Complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas

CAPITULO III
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
TABLAS Y GRAFICAS ESTADISTICAS

I. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

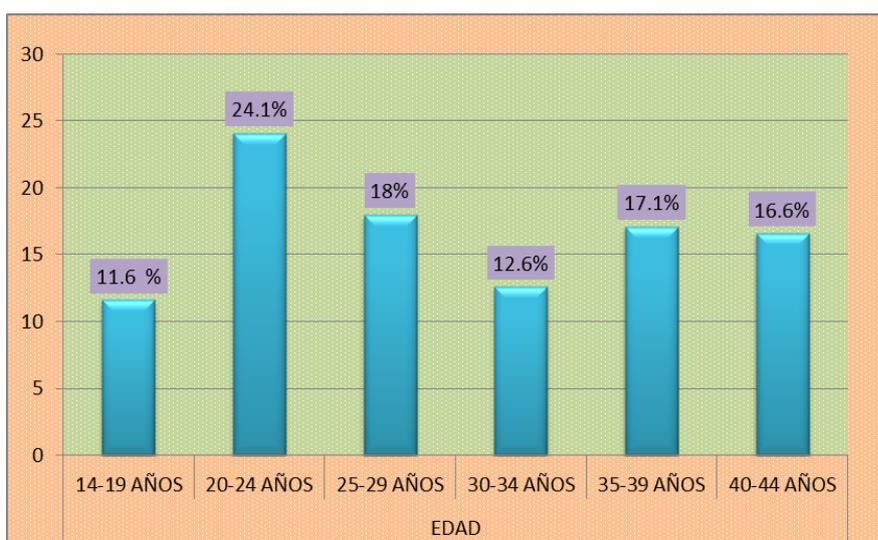
TABLA N° 1

EDAD DE LAS MUJERES CON ABORTO INCOMPLETO

		N	%
EDAD	14-19 AÑOS	23	11.6
	20-24 AÑOS	48	24.1
	25-29 AÑOS	36	18
	30-34 AÑOS	25	12.6
	35-39 AÑOS	34	17.1
	40-44 AÑOS	33	16.6
TOTAL		199	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRAFICO N°1



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De las 199 mujeres atendidas por aborto incompleto complicado el 24,1% se encontraron entre los 20 a 24 años es decir mujeres jóvenes mientras que el 11,6 % correspondieron entre los 14 a 19 años en la etapa de adolescencia

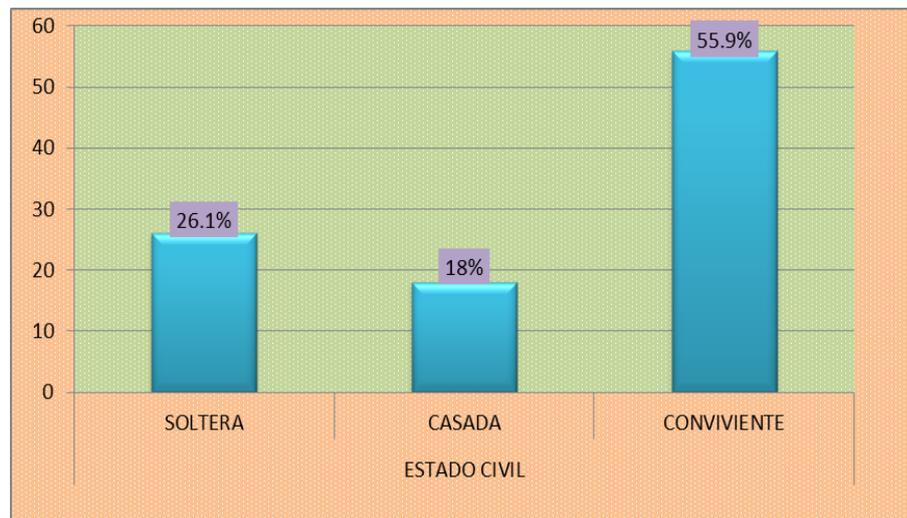
TABLA N° 2

ESTADO CIVIL

		N	%
ESTADO CIVIL	SOLTERA	52	26,1
	CASADA	36	18,0
	CONVIVIENTE	111	55,9
TOTAL		199	100,0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRAFICO N°2



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANALISIS E INTERPRETACION:

Del total de mujeres atendidas por aborto incompleto complicado el 55,9% son convivientes, solteras el 26,1% y solo el 18,0 % casadas

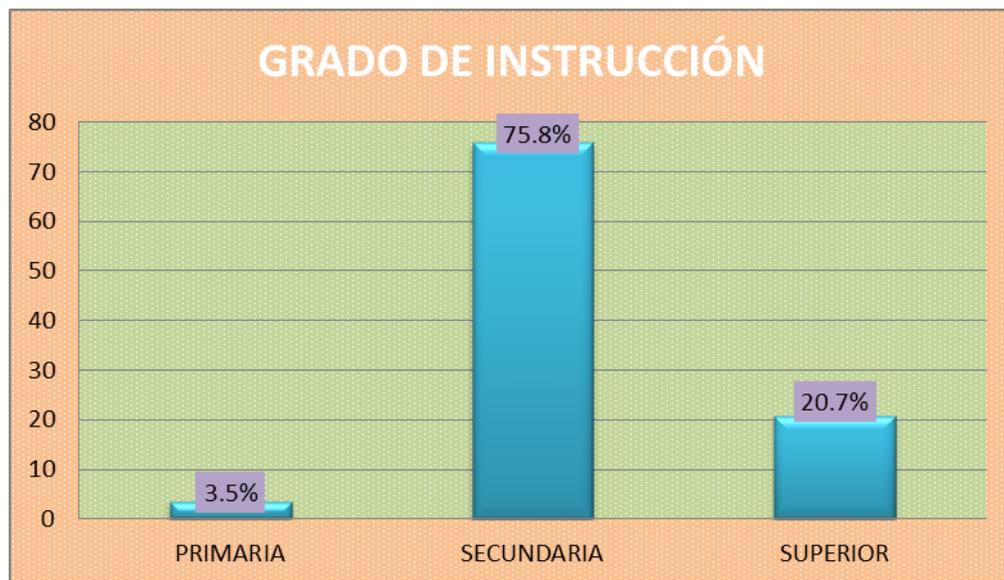
TABLA N° 3

EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

		N	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	7	3.5
	SECUNDARIA	151	75.8
	SUPERIOR	41	20.7
TOTAL		199	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRAFICO N°3



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANALISIS E INTERPRETACION:

Del total de 199 de mujeres atendidas por aborto incompleto complicado el 75.8% culmino el nivel secundario, el 20.7% estudios superiores, es decir mujeres con un mayor nivel de instrucción, mientras que el 3.5% culmino primaria es decir mujeres con un menor nivel de instrucción.

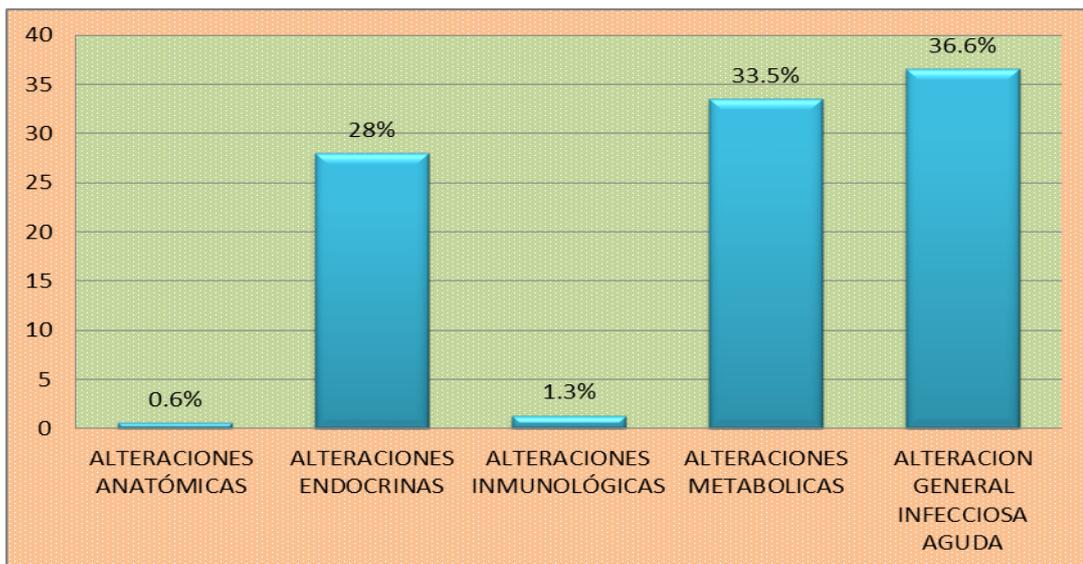
TABLA N° 4

CARACTERISTICAS PATOLOGICAS MATERNAS

CARACTERISTICAS PATOLOGICAS MATERNAS	N	%	
	ALTERACIONES ANATÓMICAS	1	0.6
	ALTERACIONES ENDOCRINAS	45	28
	ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS	2	1.3
	ALTERACIONES METABOLICAS	54	33.5
	ALTERACION GENERAL INFECCIOSA AGUDA	59	36.6
TOTAL	161	100	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRAFICO N°4



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANALISIS E INTERPRETACION:

De las 199 de mujeres atendidas por aborto incompleto complicado el 161 presentaron características patológicas por causas maternas, considerado como factor principal para el aborto, siendo el 36.6% por alteración general infecciosa aguda, el 33.5% por alteraciones metabólicas, el 28% por alteraciones endocrinas, el 1.3% por alteraciones inmunológicas y el 0.6% por alteraciones anatómicas, evidenciando factores de alto riesgo obstétrico

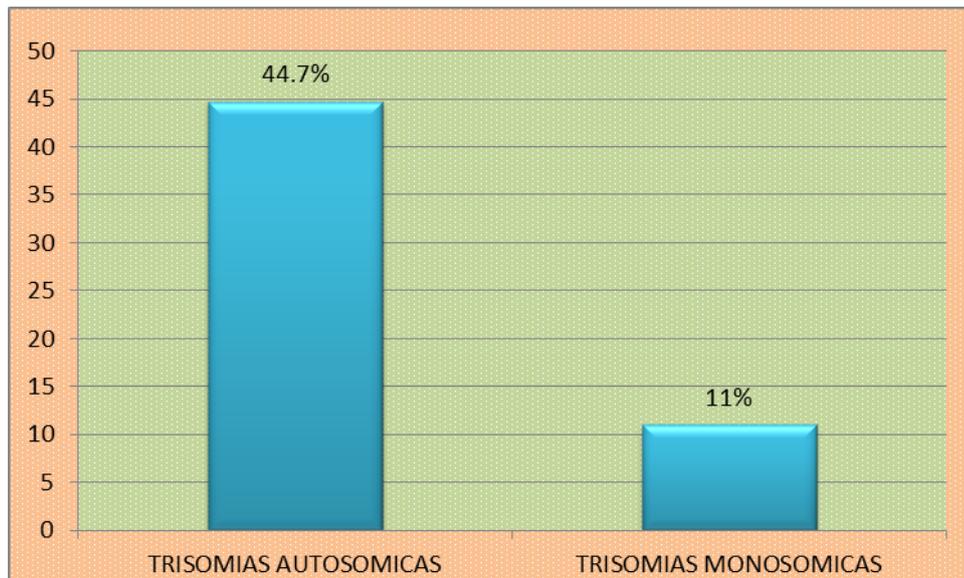
TABLA N° 5

CARACTERISTICAS PATOLOGICAS OVULARES

			N	%
CARACTERISTICAS PATOLOGICAS OVULARES	ALTERACIONES	TRISOMIAS AUTOSOMICAS	17	44.7
	CROMOSOMICAS	TRISOMIAS MONOSOMICAS	21	55.3
			38	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRAFICO N°5



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANALISIS E INTERPRETACION:

De las 199 de mujeres atendidas por aborto incompleto complicado, 38 presentaron características patológicas por causas ovulares (alteraciones cromosómicas), siendo el 55.3%, por trisomías monosómicas y el 44.7% por trisomías autosómicas. Evidenciando factores de riesgo obstétrico.

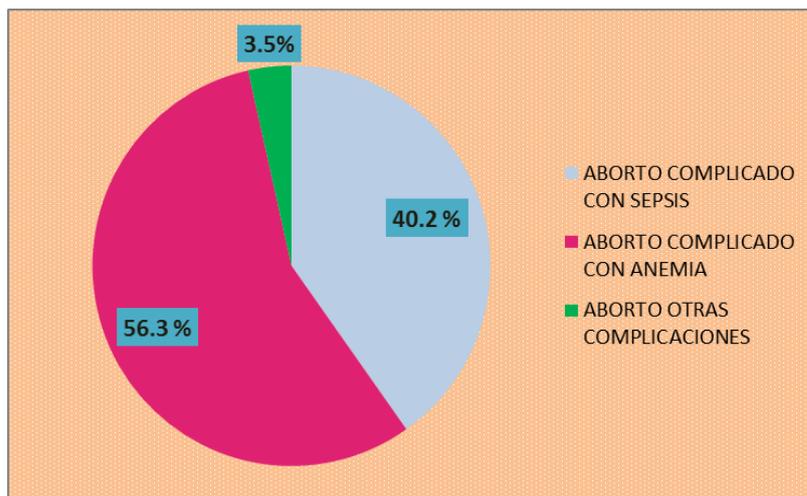
TABLA N° 6

COMPLICACIÓN FRECUENTE EN MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO INCOMPLETO

TIPO DE ABORTO	N	%
ABORTO COMPLICADO CON SEPSIS	80	40.2
ABORTO COMPLICADO CON ANEMIA	112	56.3
ABORTO OTRAS COMPLICACIONES	7	3.5
TOTAL	199	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRAFICO N°6



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANALISIS E INTERPRETACION:

Las complicaciones más frecuentes de abortos en mujeres atendidas con el diagnóstico aborto incompleto el 56.3% anemia, el 40.2% tuvo como diagnóstico de aborto incompleto complicado con sepsis y el 3.5% con otras complicaciones (desgarros cervicales, perforación uterina)

DISCUSIÓN

El aborto es un tema importante en la salud pública además de su impacto en la sociedad, es una de las principales causas de morbimortalidad en la población femenina Peruana, replicando lo que sucede a nivel mundial; Por esa razón se llevó a cabo este estudio con la finalidad de conocer la relación entre las características demográficas y patológicas de la población atendida por aborto incompleto complicado en el año 2014 en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

La edad más frecuente registrada en este estudio estuvo comprendida entre los 20-29 años que representa un 42.1 %, coincide con el estudio de LOPEZ₉ el encontró una población 20-29 años con un 43.3%

El estado civil más frecuente fue el conviviente con un 55.9%, que coincide con el estudio de APARICIO₁₅ de convivencia con un 55.1% a comparación del estudio de Lopez₉ que encontró que el estado civil más frecuente fue el casada con un 48.8% y en el caso de la convivencia fue de 32.3%.

El grado de instrucción alcanzado en la población de estudio fue el nivel secundario con un 75.8% que no coincide con el estudio de López₉ que maneja una población con menor nivel educacional con un 43.3% con estudios primarios; lo que indica en las pacientes un bajo nivel de educación sexual y reproductiva.

En cuanto a las características patológicas por causas maternas la alteración general infecciosa aguda con un 29.7% es un factor de riesgo para el aborto.

CONCLUSIONES

El 56.3% presento como diagnóstico aborto incompleto complicado con anemia, el 40.2% aborto incompleto complicado con sepsis y el 3.5% aborto incompleto con otras complicaciones (desgarros cervicales, perforación uterina).

En cuanto a las características demográficas que más predominaron fueron mujeres atendidas por aborto incompleto entre los 20 a 24 años de edad, es decir mujeres jóvenes encontrándose también un porcentaje significativo de 11, 6 % en adolescentes considerándose un problema de salud pública.

El 55,9% son convivientes, De acuerdo al grado de instrucción alcanzado el nivel secundario.

Dentro de las características patológicas de origen maternas, el 36.6% por alteración general infecciosa aguda, el 33.5% por alteraciones metabólicas, el 28% por alteraciones endocrinas, el 1.3% por alteraciones inmunológicas y el 0.6% por alteraciones anatómicas.

En relación a las características patológicas ovulares el 38 son alteraciones cromosómicas, de los cuales el 55.3%, por trisomías monosomicas y el 44.7% por trisomías autosómicas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Santa María del Socorro de Ica fortalecer las estrategias educativas de prevención y promoción orientadas a la salud sexual y reproductiva.
- Establecer coordinaciones con las instituciones educativas públicas y privadas para la capacitación de los docentes en temas de salud sexual y reproductiva orientando el enfoque hacia el aborto y sus complicaciones.
- Actualizar a los profesionales Obstetras del Hospital Santa María del Socorro de Ica sobre prevención en salud sexual y reproductiva.
- Fortalecer el programa educativo preconcepcional.
- Promover en las usuarias del Hospital Santa María del Socorro de Ica la planificación familiar para prevenir el aborto.
- Profundizar el problema del aborto con investigaciones y detectar precozmente problemas antes y durante el embarazo.

FUENTES DE INFORMACION

1. Ministerio de salud pública Proceso de Normalización del SNS; Subcomisión de Prestaciones del SNS; Componente Normativo Materno Neonatal Agosto del 2008 pág.106-117
2. Nassif JC, Keklian RI. Obstetricia: Fundamentos y enfoque práctico; ilustrado por Nuria Garcia-1ª ed.- Buenos Aires: Medica Panamericana, 2012 pág.313-318
3. Roura L, cabrillo E. Tratado de ginecología y obstetricia. 2ª ed. –Madrid Edición España 2012. pág. 1237-1243
4. Cunningham F, Norman F, Kenneth G. Leveno, Gilstrap J. Williams obstetricia 21ª Edición Madrid España. Editorial Medica Panamericana S.A.2003 pág. 733-752
5. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014, Instituto Nacional de Estadística e Informática Pág. 413 URL disponible en : [https:// www.inei.gob.pe](https://www.inei.gob.pe)
6. Plúas C, Incidencia del Aborto Incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez. Miguel Hilario Alcívar de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 [Tesis para obtener el título de Obstetra]. Universidad de Guayaquil. Ecuador.
7. Guerrero Andrade M.A. Prevalencia de Aborto Incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresan en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. [Tesis para obtener el título de Obstetra] Universidad de Guayaquil. Ecuador.
8. Bravo Guerrero R.; Macías Palacios N. M. Incidencia de Abortos en mujeres en edad fértil en el Hospital IESS Manta en el periodo de Mayo del 2012 a Febrero del 2013. [Tesis para obtener el título de Obstetra] Universidad de Guayaquil. Ecuador.

9. López Delgado F.S, Morales Campo verde K.G. Frecuencia de Aborto y Características socio demográficos en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2013. [Tesis para obtener el título de Médico] Universidad de Cuenca. Ecuador.
10. Macas Macas J.M. Frecuencia de factores asociados al Aborto Incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de Septiembre del 2012 a Febrero 2013. [Tesis para obtener el título de Obstetra] Universidad de Guayaquil. Ecuador.
11. Villamarín Granja L.F. Complicaciones del legrado instrumental en pacientes con Aborto Incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011. Universidad Técnica de Ambato. [Tesis para obtener el título de Médico] Universidad de Ambato. Ecuador.
12. Suarez Mendoza A.C. Incidencias y complicaciones del Aborto Incompleto en adolescentes de 13 a 19 años ´´Hospital Matilde Hidalgo de Procel de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 de la Provincia del Guayas. [Tesis para obtener el título de Obstetra] Universidad de Guayaquil. Ecuador.
13. Galvis Romero, N.O, Estepa Á; Rojas Gaitán A. Frecuencia del Aborto Incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años que llegan a la Sección de Gineco-Obstetricia de un Hospital de tercer nivel en una Ciudad de Colombia en el periodo de Marzo y Junio del año 2010. [Tesis para obtener el título de Obstetra] Universidad de Guayaquil. Ecuador.
14. Liberato Felles F. Nuliparidad como factor asociado al dolor operatorio severo durante el tratamiento del Aborto Incompleto mediante Aspiración

Manual Endouterina. [Tesis para obtener Grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud] Universidad Mayor De San Marcos. Perú.

15. Aparicio, J; Ayal J; Ascarruz A; Casquero J. Características del Aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. [Tesis para obtener Grado de Medico] Universidad Mayor De San Marcos. Perú.
16. Testa R, de la Parra I, Perrotta M. Ginecología Fundamentos para la práctica clínica. 1ª Edición. Buenos aires: médica panamericana, 2012.
17. Matorras R, Rehomí J, Serra V. casos clínicos de ginecología y obstetricia. 1ª Edición. Buenos aires: médica panamericana.2012.
18. Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia. Aborto Espontáneo, Protocolo Actualizado, Julio 2010.
19. Rigol R. Obstetricia y Ginecología. . Edición 2004 Buenos aires: médica panamericana.2012.
20. Botella J. Tratado de Ginecología. Tratado sobre fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología y reproducción. 5ª Edición. Editorial Científico-Médica, 2001.
21. Quintero Roa E. M. Ortiz Serrano R., Ochoa Vera, M. P., Oliveros Carol A. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga Colombia, 2010 Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Colombia.

ANEXOS

1 Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el hospital Santa María del socorro Ica, 2014</p>	<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son las características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2014?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Qué características demográficas tienen las mujeres atendidas por aborto incompleto complicado?</p> <p>¿Qué características patológicas tienen las mujeres atendidas por aborto incompleto complicado?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar las características demográficas y patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Determinar las características demográficas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado</p> <p>Determinar las características patológicas en mujeres atendidas por aborto incompleto complicado</p>	<p>V₁. Características demográficas</p> <p>V₂. Características patológicas</p>	<p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION</p> <p>-Analítico.</p> <p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>-Descriptivo se observaron las características demográficas y patológicas, retrospectivo, porque se recolectaron los datos durante el año 2014 de las historias clínicas, transversal, porque los datos se recolectaron en un momento determinado.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACION</p> <p>-Aplicativo porque se aplica el conocimiento previo para reconocer características que puedan modificarse.</p> <p>METODO</p> <p>-cuantitativo</p> <p>POBLACION</p> <p>-Se consideró a las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, con diagnóstico de aborto incompleto complicado en los meses de Enero a Diciembre del 2014, que fueron un total de 395.</p> <p>MUESTRA</p> <p>-199 usuarias atendidas por aborto incompleto complicado</p>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE DATOS

EDAD años

ESTADO CIVIL:

- Soltera
- Conviviente
- Casada

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AL ABORTO

EDAD GESTACIONAL

semanas

TIPO DE ABORTO:

- Aborto Complicado con Sepsis
- Aborto complicado con anemia
- Aborto otras complicaciones



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

MATERNAS

- Alteraciones anatómicas
- Alteraciones endocrinas
- Alteraciones inmunológicas
- Alteraciones metabólicas
- Alteración general infecciosa aguda

OVULARES

- Malformaciones cromosómicas

TIPO DE TRATAMIENTO:

- AMEU (Aspiración Manual Endouterina)
- Legrado uterino
- Histerectomía

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

CARTA DE AUTORIZACION

Ica, 11 de agosto del 2015

Mg. Flor de María Escalante Celis
Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle nuestro cordial saludo y al mismo tiempo autorizar a la bachiller Noa Pariona Milagritos Maripy, con código 2008163433 de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la UAP para desarrollar su plan de tesis, con el tema "CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PATOLÓGICAS EN MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO INCOMPLETO COMPLICADO EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, 2014", dentro de nuestra institución.

Por lo expuesto, pido total responsabilidad en el desarrollo del plan de las actividades presentado por la Bachiller dentro de nuestra institución, por lo que se le brindara todas las facilidades del caso para el desarrollo del mismo.

Lic. Mariluz Buleje Cueto
Encargada de la estrategia salud sexual y reproductiva

Calle Castrovirreyna 759-ICA
Central Telefónica de Emergencias (HSMSI) 056-580300
Oficina de Estadística Informática: webmaster@hospitalsocorroica.gog.pe

ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Dra. JULIA SALVADOR LUDEÑA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

.....
Es confiable.



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Julia Salvador Ludeña
 DRA. OBSTETRIZ
 COP. 2791
 RED ASISTENCIAL SABOGAL


ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

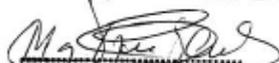
Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado. (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles. (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	X		

(Usado en el INSN)

SUGERENCIAS:

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)


Virginia B. Cuba Calderón
OBSTETRIZ
C.O.P. N° 9589

ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): RAQUEL MIRIAM LOPEZ MAQUERA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

ES CONFORME

RAQUEL M. LOPEZ MAQUERA
RAQUEL LOPEZ MAQUERA
COLEGIO C.O.P. N° 2710
CALLE AL SABOGAL

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO