

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FRECUENCIA Y FACTORES CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS
DEL ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL QUINQUENIO 2007 - 2011”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. RENATO JOEL GUTIÉRREZ PÉREZ

TACNA – PERÚ
2014

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría, todo es posible.

A mis padres, Javier Gutiérrez y Nérida Pérez y a mis hermanos, Yohaira y Javier Jr. quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil, a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A Hellen Johanna, por tu paciencia, por tu comprensión, por tu amor y tu bondad, gracias por estar siempre a mi lado.

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por brindarnos la oportunidad de escalar un peldaño más en nuestra vida y por demostrarnos que siempre está a nuestro lado.

Al Dr. Luis David Vela Moscoso:

Por sus correcciones, enseñanzas y consejos para que la investigación conste de una excelente estructuración y presentación.

A los miembros del Jurado:

Por haberme recibido amablemente y realizado las correcciones finales para la presentación del trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Página	
DEDICATORIA _____	I	
AGRADECIMIENTOS _____	II	
ÍNDICE _____	III	
RESÚMEN _____	IV	
INTRODUCCIÓN _____	V	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN		
1.1 EL PROBLEMA _____	02	
1.1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA _____	02	
1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA _____	04	
1.2 OBJETIVOS _____	04	
1.2.1 OBJETIVO GENERAL _____	04	
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS _____	04	
1.3 JUSTIFICACIÓN _____	05	
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA		
2.1 ANTECEDENTES _____	08	
2.2 MARCO TEÓRICO _____	12	
2.2.1 DEFINICIÓN DE ABORTO _____	12	
2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL ABORTO _____	13	
2.2.3 CLASIFICACIÓN DE ABORTO _____	15	
2.2.4 ETIOLOGÍA DEL ABORTO _____	17	
2.2.5 COMPLICACIONES DEL ABORTO _____	23	
CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES		
3.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES _____	27	
3.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE _____	27	
3.1.2. VARIABLE DEPENDIENTE _____	27	
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES _____	29	
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO		
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN _____	31	
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO _____	31	
4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO _____	32	
4.3.1 Criterios de Inclusión _____	33	
4.3.2 Criterios de Exclusión _____	33	
4.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS _____	33	
4.5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS _____	34	
CAPÍTULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS _____		35
5.1 DISCUSIÓN _____	47	
5.2 CONCLUSIONES _____	53	
PRIMERA _____	53	
SEGUNDA _____	53	
TERCERA _____	53	
5.3 RECOMENDACIONES _____	55	
5.4 BIBLIOGRAFÍA _____	56	
5.5 ANEXOS: ANEXO 01 _____	58	

RESUMEN

Materiales y Método: Es un estudio analítico, retrospectivo de relación, la población está conformada por 208 gestantes con el diagnóstico de egreso de aborto, atendidas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2007 - 2011.

Resultados: Las características Epidemiológicas de las pacientes que presentaron aborto son: los intervalos de edad 30 a 39 años respectivamente, estado civil de “conviviente”, procedencia del área urbana, el grado de instrucción de secundaria, la ocupación ama de casa. Las características Gineco-Obstétricas de las pacientes con aborto son: las pacientes secundigestas, las pacientes primíparas, las pacientes que tuvieron 01 parto prematuro, el tener antecedente de aborto, no tener cesáreas previas, no usar métodos anticonceptivos, no tienen una hospitalización durante su embarazo, el tener un periodo intergenésico menor de 2 años, las pacientes que tienen hijos vivos, las que tienen 01 hijo vivo y las pacientes que tienen hijos cuya edad del último hijo es de 3 a 5 años.

Conclusiones: Los factores de riesgo para aborto son: la edad (OR=1.127), grado de instrucción (OR=1.522) y el factor Gineco-Obstetrico que incrementa significativamente el riesgo de aborto es: el uso de métodos anticonceptivos (OR=0.493).

Los principales factores asociados a la probabilidad de sufrir un aborto son el grado de instrucción secundario ($p < 0.021$), la ocupación estudiante ($p < 0.050$), el no usar anticonceptivos ($p < 0.020$), el ser nulípara ($p < 0.016$).

Palabras Clave: Aborto, Factor de Riesgo de Aborto.

ABSTRACT

Materials and method: a retrospective, analytical study of relationship, the population consists of 208 pregnant women with a diagnosis of discharge of abortion, taken care of in the Hospital's support Hipólito Unanue in Tacna, during the period 2007-2011

Results: The epidemiological characteristics of the patients who presented abortion are: the ranges of age 30 to 39 years respectively, marital status of "partner", origin of the urban area, the degree of secondary instruction, occupation housewife. Features Gineco-obstetrical patients with abortion are: the patients with a second pregnancy, Primiparous patients, patients who had 01 preterm birth, having history of abortion, not having Caesarean sections prior to not use birth control, do not have a hospital stay during your pregnancy, having one birth period of less than two years, the patients who have living children, which have 01 son living and patients who have children whose age of the last child is 3 to 5 years.

Conclusions: The risk factors for abortion are: age (OR = 1.127), degree of instruction (OR = 1.522) and Gineco-obstetrical factor that significantly increases the risk of miscarriage is: the use of contraceptive methods (OR = 0.493). The main factors associated with the likelihood of an abortion are the secondary educational level ($p < 0.021$), occupation ($p < 0.050$) student, not to use contraceptives ($p < 0.020$), being gilt ($p < 0.016$).

Key words: Abortion, abortion Risk Factor.

INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema de Salud Pública que causa controversias en los aspectos médicos, sociales y culturales, que repercuten en la salud física y psíquica de la mujer.

Según la OMS el aborto es un problema social que cada vez va incrementándose; en América Latina y el Caribe, 5.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos. Algunas muertes son secundarias al conjunto de factores que derivan en una mala calidad asistencial de los servicios de salud; el mayor componente de mortalidad por aborto se debe al aborto provocado en condiciones de inseguridad. Además la OMS también reporta que aproximadamente el 12.8% de las muertes maternas que ocurren anualmente son consecuencias del aborto.

En América Latina, los abortos causan en algunos países hasta el 30% de mortalidad materna.

Se estima que en el Perú se producen 352000 abortos inducidos anualmente, y aproximadamente 65000 mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones del aborto.

Se puede afirmar que en el Perú por cada aborto reportado a nivel hospitalario, hay otros siete abortos que no están registrados en las estadísticas, por diferentes causas como el que hayan sido atendidas en condiciones seguras o el que no hayan tenido complicaciones, o por el contrario que sus complicaciones hayan sido tan severas que la mujer muera antes de recibir tratamiento hospitalario.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN

1.4 EL PROBLEMA

1.4.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El aborto es un problema de salud pública que causa controversia en los aspectos médicos, sociales y culturales, que repercute en la salud física y psíquica de la mujer y que por situaciones políticas y religiosas lo han llevado a criterios polarizados, sin encontrar una solución racional, con perjuicio de millones de mujeres. La OMS revela que cada minuto en el mundo tienen lugar 315 embarazos no planeados, 158 embarazos no deseados. Anualmente ocurren 50 millones de abortos inducidos; más de la mitad se da en países en vías de desarrollo y generalmente son realizados en condiciones precarias. Aproximadamente 75000 de las 585000 muertes maternas que ocurren anualmente son consecuencia de abortos. En América Latina, los abortos causan en algunos países hasta 30% de la mortalidad materna. Se estima que 5 millones de adolescentes tienen abortos cada año en el mundo y la mitad de ellos representa un serio peligro para la salud y la vida de estas jóvenes.¹

Se estima que en el Perú se producen cada año 352 mil abortos inducidos, según un estudio realizado en el 2001 por Delicia Ferrando (Centro Flora Tristán y Pathfinder International).²

¹ SEGUNDO ACHO *et al.* "ABORTO EN ADOLESCENTES. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA". Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2005;51(2):100-104

² Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. "EL ABORTO: UN PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD PÚBLICA" [en línea]. Lima - Perú. 1979 [accesado el 10 de Junio del 2012]. Disponible en: <http://www.flora.org.pe/el%20aborto.htm>

El aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según el Ministerio de Salud; sin embargo, numerosos estudios sostienen que dentro de las muertes por hemorragias (60%) e infecciones (13%) se encuentran sub registradas muchas muertes por aborto. En consecuencia, si existiera un buen registro de las muertes maternas, el aborto ocuparía posiblemente el primer lugar. ²

La práctica clandestina implica complicaciones especialmente a las mujeres de escasos recursos, sean rurales (69%) o urbanas (44%), y en mucho menor medida a las mujeres que tienen altos ingresos (9%). Aproximadamente 65 mil mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones de aborto. ²

Hay que recordar que el Perú ocupa el segundo lugar entre los países de América del Sur con el más alto índice de mortalidad materna. Cada año mueren 1800 mujeres por problemas relacionados con el embarazo y el parto. ²

En el Perú, por cada aborto que llega a los hospitales hay otros siete que no figuran en las estadísticas porque se realizan en condiciones seguras, sin complicaciones o con complicaciones leves, o por el contrario, éstas son tan serias que la mujer muere sin recibir tratamiento. Al multiplicarse por siete el número de mujeres hospitalizadas por aborto (53.060) se obtiene la cifra de 371 mil 420 abortos. ³

³ Publicación del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. “ABORTO TERAPEUTICO; Para proteger la salud y la vida de las mujeres”. Perú 2009

1.4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y los factores clínico epidemiológicos del aborto en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el quinquenio 2007 - 2011?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- a. Determinar la frecuencia de abortos y los factores clínicos epidemiológicos del aborto en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el quinquenio 2007 – 2011

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Determinar la frecuencia de abortos según factores epidemiológicos y Gineco-Obstetricos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el quinquenio 2007 – 2011.
- b. Identificar los factores de clínico epidemiológicos asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el quinquenio 2007 – 2011.
- c. Relacionar los factores clínicos epidemiológicos asociados al aborto y la frecuencia de abortos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el quinquenio 2007 – 2011.

1.6 JUSTIFICACIÓN

Los casos presentados de abortos se encuentran registrados en el distrito de Tacna por la presencia del único hospital de referencia de nuestra Región, siendo para el año 2010 un total de 504 casos de abortos dándonos un 10.54% de abortos del total de gestantes atendidas.⁴

Las cifras sobre el aborto en el Perú revelan, aunque no en su verdadera dimensión la preocupante situación que afecta a las mujeres, debido entre otros factores a la ausencia de políticas públicas dirigidas a promover y proteger sus derechos sexuales y reproductivos.³

Para establecer un estimado del número de abortos inducidos por año, se toma como referencia las cifras del Ministerio de Salud de 2004. En ese año las Direcciones de Salud reportaron 42 mil 558 atenciones por aborto incompleto, a las que se debe aplicar un ajuste de 10% para corregir omisión, con lo que el número asciende a 46 mil 810. Después de añadir los 15 mil 606 casos atendidos en establecimientos de salud privados y de excluir los abortos espontáneos, el total es 53 mil 60 casos.³

Según cifras oficiales del año 2005, la fecundidad deseada de las peruanas fue de 1,7 hijos, pero en los hechos el promedio de hijos por mujer fue de 2,5. Otro indicador útil para enfocar el problema del aborto es conocer la intención reproductiva de la mujer peruana. Del 100% de los nacimientos producidos en el 2005, solo el 43,5% de mujeres manifestó que quería tener ese hijo o hija; un 27,3% dijo que no lo había previsto y el 29,2% restante señaló que lo quería tener más

⁴ DIRESA Tacna. "INFORME EJECUTIVO AÑO 2010: ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA". Perú 2010

tarde. Es decir, más de la mitad de niños y niñas que nacieron ese año no fueron esperados.³

En la actualidad en nuestro medio, son pocos los estudios científicos publicados sobre incidencia y los factores de riesgo asociados al aborto en Tacna, por lo que nuestro estudio ofrecerá datos e información valiosa para los profesionales de la salud y la población de Tacna. Este estudio pretende determinar la frecuencia de abortos e identificar los factores de riesgo asociados al aborto.

Cabe mencionar que nuestra investigación pretende también abrir la posibilidad de extender el estudio del aborto a nivel regional, e impulsar la investigación en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.3 ANTECEDENTES

Según la Oficina de Estadística e Informática del MINSA la principal causa de morbilidad registrada en hospitalización en el Perú en el año 2010 es el embarazo terminado en aborto (CIE 10: O00 – O08), habiéndose atendido a 44623 abortos en el año 2010.⁵ En el último quinquenio no hay ningún trabajo de investigación acerca de la prevalencia de aborto y los factores de riesgo asociados a éste en la Ciudad de Tacna.

Poma Ramos. “Factores epidemiológicos y gineco-obstetricos asociados al aborto en el Hospital de Apoyo de Moquegua 2005 - 2009” reporto que durante el tiempo de la investigación se reportaron 3161 partos de los cuales 472 fueron reportados como aborto, lo que representa una tasa del 13% del total de partos reportados durante esos años. La incidencia anual osciló entre 11,6% 14,6%, manteniendo una tendencia estable durante los años de estudio. La frecuencia de las pacientes según sus edades y el registro de aborto, se evidenció que la mayoría de abortos, el 81,6% se reportó en pacientes entre 19 y 35 años. Según este estudio la mayoría de pacientes que abortaron eran convivientes en un 63,1%, seguidas de las solteras en un 25,4% y casadas con un 10%. Analizando el riesgo de aborto con respecto al estado civil, se demostró que el riesgo de aborto fue significativamente mayor en el grupo de pacientes solteras (OR=1,39 y $p<0,01$) pero no fue significativo entre las casadas y convivientes ($p>0,05$). En cuanto al grado de educación encontró que el 53% de las pacientes tenían educación secundaria completa, seguidos de 40% de pacientes con estudios superiores, y de un 5,1% de pacientes con nivel primario y

⁵ Ministerio de Salud - Oficina de Estadística e Informática. “PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE HOSPITALIZACION POR SEXO PERU - AÑO 2010” [en línea]. Lima - Perú [accesado el año 2011]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/HSMacros.asp?00>

apenas una minoría de analfabetas 0,6%. La mayoría de las pacientes procedían de las zonas urbanas en un 88,1%, mientras que de las zonas rurales representaron el 11,9%. Según el número de partos previos, se encontró que la mayoría de pacientes cuyo embarazo terminó en aborto eran nulíparas en un 51,1%; seguidas de las primíparas en un 34,3%; secundíparas en un 10,4%; y multíparas en un 4,2%. En cuanto a abortos previos, el 66,7% de las pacientes no tenían antecedentes de abortos previos, mientras que el 33,3% si lo presentaron. El 48,5% de embarazos que terminaron en aborto no tuvieron ningún control prenatal, seguido de 35,4% que tuvieron entre 1 y 3 controles y solo 16,1% tuvieron 4 a 6 controles prenatales. La amenaza de aborto durante la gestación estuvo presente en un 46,8%. El factor de riesgo más importante para el aborto es la presencia de amenaza de aborto durante el embarazo (OR=57,1), número de controles prenatales entre 0-3 (OR=5,0), antecedentes de aborto en gestaciones anteriores (OR=2,1), estado civil soltera (OR=1,39). Los abortos incompletos fueron los más frecuentes con el 60,8% de casos, seguido de los abortos completos que representaban 17,16%, los abortos frustrados en el 12,5%, y los abortos sépticos en el 9,5% de los casos. ⁶

Segundo Acho. “Aborto en Adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia” indica que la incidencia de aborto en adolescentes fue de 14,7%. La mayoría se concentró en el grupo de edad de 17 a 19 años (73,6%). El 71,6% tenía educación secundaria (34,2% secundaria completa), 13,2% educación primaria (6,2% primaria completa), 10,3% cursaba estudios superiores (técnico o universitario) y 0,4% era analfabeta (una paciente). El 59,4% interrumpió su embarazo antes de las 12 semanas. El diagnóstico de

⁶ POMA RAMOS H. “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS Y GINECO-OBSTETRICOS ASOCIADOS AL ABORTO EN EL HOSPITAL DE APOYO DE MOQUEGUA 2005 - 2009” [Tesis de Pregrado]. Perú. Universidad Privada de Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana. 2010

egreso más frecuente fue aborto incompleto (67,1%), aborto incompleto infectado en 14,8%, aborto frustrado en 9,1%, aborto en curso 3,3%, aborto completo en 0,8%, aborto séptico en 0,4%, retención de restos en 0,4%, gestación “anembrionada” en 1,2%, aborto fetal tardío en 1,2%, aborto inevitable en 0,4% y óbito fetal en 0,8%. Un 9,4% había tenido un embarazo anterior. Al analizar las gestaciones previas, 81,5% de las pacientes eran primigestas, 16,8% secundigestas y 1,6% tenía 3 o más gestaciones. Al evaluar el antecedente de aborto, 89,3% negó haber abortado, 8,6% abortó en alguna ocasión y 0,8% había abortado en dos ocasiones.¹

Hijona Elósegui. “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO” encontró que la edad media de las pacientes abortadoras fue de 31,34 años, con una media de 31 años y una desviación típica de 5,8 años. De acuerdo al estado civil la mayoría estaba casada (85,6%) y el 99,2% tenían pareja estable. El 25,8% de las mujeres que padecieron aborto espontáneo tenían estudios superiores, pero casi el 45% tenían un nivel de formación académica que no superaba los estudios primarios. La profesión más extendida dentro del grupo de mujeres abortadoras fue la de ama de casa en un 31,1%, seguida por la de administrativa 8,4%, y dependiente en un 6,4%. El 47% de las abortadoras tuvieron al menos un parto previo. El 23,5% de las pacientes abortadoras contaba entre sus antecedentes obstétricos con al menos un aborto anterior. El 34,1% padecieron amenaza de aborto. Más del 70% de los casos fueron abortos retenidos, realizándose el diagnóstico por ecografía, aborto en curso en un 7,6%, aborto completo en un 1,5%, aborto incompleto en un 19,7% y aborto inevitable en un 8%.⁷

⁷ Hijona Elósegui JJ. “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO”. [tesis doctoral]. España. Universidad de Granada Facultad de Medicina Humana: Departamento de Farmacología. 2009

Hernández Hernández y Santos Dolores. “FACTORES PERSONALES Y ABORTO EN ADOLESCENTES” informan que el promedio de edad de adolescentes que abortaron es de 17 años, el mínimo de edad fue de 13 años y el máximo de edad fue de 19 años. Encontrando que el promedio de las semanas de gestación en que se presentó el aborto es de 11 semanas. De acuerdo al estado civil se encontró mayormente aborto en la unión civil (convivencia) en un 51,2%, seguido de las solteras con un 34,7% y las casadas con un 14,1%. Con respecto a la ocupación se dio mayormente en amas de casa en un 68,5%, seguido de las estudiantes en un 13,2%, y de empleadas en un 11,7%. Analizando la distribución de adolescentes según el número de gestas destaca las primigestas con un 70,9%, seguida de las secundigestas en un 24,9% al último las trigestas y las multigestas en un 2,3% y 1,9% respectivamente. Se encontró que el mayor índice de adolescentes no ha tenido ningún parto (82,6%), seguidas de las que tienen un parto en un 16,4%. Según el tipo de aborto el más frecuente fue el aborto espontáneo en un 83,1% seguido del aborto habitual en un 12,7%, el aborto séptico y eugenésico con 2,8% y 1,4% respectivamente. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue el de aborto incompleto con un 56,3%, seguido de aborto en evolución con un 14,6%, y de huevo muerto retenido en 12,2% y con amenaza de aborto en 9,9%.⁸

Sánchez Cjuno: “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 DEL 2012” Se halló que los principales factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo son:

⁸ HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ et al.”Factores Personales y Aborto en Adolescentes”. [Tesis de Pregrado]. México. Universidad Veracruzana. Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Facultad de Enfermería. 2007

Tener edad \geq 35 años (OR=1.91), ser multigesta (OR=3.58) o gran multigesta (OR= 5.83), tener antecedente de cesárea (OR=2.58), legrado uterino (OR=2.42), abortos (OR=5.7), parto prematuro (OR=4.41), la amenaza de aborto (OR=4.06).⁹

2.4 MARCO TEÓRICO

2.2.1 DEFINICIÓN DE ABORTO

Cuando nos referimos a la palabra “aborto”, se puede entender la misma, en su sentido etimológico, el cual se podrá encontrar en sus raíces latinas. Empezaremos indicando que “Ab” es un prefijo usado en el latín para indicar negación o privación de algo, mientras que “Ortus” significa origen o nacimiento o el proceso de salida del sol de oriente a occidente, por obvias razones nos referiremos a “Ortus” en su primera connotación.¹⁰

Entonces tendremos que la palabra “Abortus” será entendida como privación del nacimiento. Entonces por la palabra aborto se puede entender como la privación del nacimiento o una situación en la cual un parto ha sido negado.¹⁰

⁹ SANCHEZ CJUNO: “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 DEL 2012” [Tesis de Pregrado], UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA. Escuela profesional de Medicina Humana – Tacna – Perú 2012

¹⁰ SANCHEZ PEREZ, Jorge. “Análisis del Aborto Derivado de Casos de Violación Sexual dentro del Modelo Jurídico Vigente en el Perú: Una Aproximación Desde los Fundamentos Filosóficos del Artículo Primero de La Constitución Política del Perú.” [Tesis de Pregrado], PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ - Facultad de Derecho, Lima – Perú 2011

- A. Según la Organización Mundial de la Salud: Es la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos) o de un feto de menos de 500 gramos, peso que corresponde a una gestación de 20 - 22 semanas, si bien este límite varía según la bibliografía y medio que se consulte.⁷

- B. Según el tratado de Derecho Penal: El Aborto es la interrupción dolosa del proceso fisiológico del embarazo, causándose la muerte del producto de la concepción, dentro o fuera del claustro materno, viable o no.¹¹

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL ABORTO

La incidencia total del aborto es mucho mayor, la incidencia del aborto subclínico está entre 60 y 78%. Las pérdidas posimplantación cerca de un 43% y la mayoría de ellas (33%) sólo diagnosticadas por un aumento de la HCG, y en un 11% fueron evidentes clínicamente.¹²

La mayoría de abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 22. El aborto recurrente se encuentra en 1% de todas las mujeres. En las adolescentes puede alcanzar entre 10 y 12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces.

¹¹ PEÑA CABRERA, Raúl. “Tratado de Derecho Penal, parte especial I, de acuerdo al nuevo Código Penal” – Ediciones Jurídicas, pág. 185, Lima - Perú. 1992

¹² “GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA.” Instituto Nacional Materno Perinatal - Ministerio de Salud, Lima – Perú 2010

Se estima que existe una pérdida espontánea del 10 al 15% de todos los embarazos pronosticados. Esta frecuencia aumentaría hasta el 50% si incluyéramos los casos no diagnosticados clínicamente (abortos infra o preclínicos).¹³

En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta al 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47%.

En el mundo, el número de mujeres que han tenido un aborto ha cambiado con el tiempo. En total, para 1995 se estimaron 45.6 millones de abortos, que para 2003 se redujeron a 41.6 millones; posteriormente, se incrementaron a 43.8 millones en 2008; Entre 1995 y 2003, la tendencia de la incidencia mundial de este fenómeno decreció al pasar de una tasa de 35 por 1000 mujeres en edad reproductiva a 29 por 1000; en contraste, la tasa de aborto permaneció casi constante entre 2003 y 2008 (28 por 1000). Casi la mitad de todos los abortos que ocurren en el mundo son inseguros y en su mayoría (98%) se presentan en países en desarrollo.¹⁴

En el ámbito nacional, el número de abortos inducidos casi se duplicó entre 1990 y 2009, al pasar de 533 000 a 1 025 669. La tasa nacional de aborto inducido en mujeres de entre 15 y 44

¹³ PLUAS CERCADO, María. “INCIDENCIA DEL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DEL HOSPITAL DE BAHÍA DE CARÁQUEZ, MIGUEL HILARIO ALCIVAR EN EL PERIODO SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013”. [Tesis de Pregrado]. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia, Ecuador - 2013.

¹⁴ “COYUNTURA DEMOGRÁFICA, Revista sobre los procesos demográficos en México”. Universidad Autónoma de México. Núm. 3, pág. 26, México 2013

años fue de 26 por 1 000 en 1990, y de 38 por 1 000 en 2009, lo que representó un aumento de 51%, o 2.7% anual.¹³

2.2.3 CLASIFICACIÓN DE ABORTO

A. Según Edad Gestacional: La OMS ha utilizado mucho los términos siguientes: muerte fetal precoz, cuando ésta se produce antes de las 21 semanas; muerte fetal intermedia, la que tiene lugar entre las 21 y 27 semanas inclusive, y muerte fetal tardía, la que ocurre a partir de las 28 semanas. Algunos autores hacen referencia al aborto ovular, si éste se presenta durante el primer o segundo mes de la gestación; denominan aborto embrionario al que sobreviene a los 2 ó 3 meses, y por último, entienden por aborto fetal, aquél que acontece después del cuarto mes del embarazo.¹⁵

Aborto bioquímico o preclínico: es la interrupción de la gestación después de nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional (cuatro-cinco semanas de gestación).¹⁶

Aborto clínico: ocurre posterior a la gestación del saco gestacional, se divide en embrionario (de la seis a la ocho semanas gestacionales) o fetal (de la diez a la veintidós semanas gestacionales)¹⁶

¹⁵ Obstetricia y Ginecología - Orlando Rigol Ricardo y col. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, Capítulo 14, pág. 137, Cuba 2004.

¹⁶ Fundamentos de Obstetricia: Sociedad Española de Gineco-Obstetricia (SEGO). Bajo Arenas y Cols. - Editorial Grupo ENE Publicidad - Capítulo 3, pág. 415. España 2007.

B. Según Características Clínicas:

- ✓ Aborto en curso (O05.0): El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico: orificio cervical interno permeable, membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación, las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable.¹²
- ✓ Aborto Retenido-Frustrado: El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares. El útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico. Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un período de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado.¹²
- ✓ Aborto Incompleto (O06.4): El producto de la concepción no es expulsado en su totalidad del útero.¹²
- ✓ Aborto completo (O03.0): Expulsión total del producto de la concepción¹²
- ✓ Amenaza de aborto: sangrado vaginal y continuación de la gestación.¹⁷
- ✓ Aborto inevitable: el cérvix comienza a dilatarse.¹⁷
- ✓ Aborto retenido (silente): cuando el feto ha muerto dentro del útero antes de las 20 semanas, pero no ha sido expulsado.¹⁷
- ✓ Embarazo anembrionario: una variante del aborto retenido, en la que el desarrollo embrionario se detiene

¹⁷ “Ginecología y Obstetricia Clínicas”. James Drife y Col. 1º Edición Editorial ELSEVIER. España 2005.

en un estadio inicial del embarazo; la bolsa continúa desarrollándose, pero no se encuentran partes fetales en la ecografía.¹⁷

- ✓ Aborto séptico: complicación severa del aborto incompleto, con la presencia de una infección intrauterina.¹⁷
- ✓ Aborto de repetición: definición un tanto arbitraria de la sucesión de tres o más abortos consecutivos.¹⁷

2.2.4 ETIOLOGÍA DEL ABORTO

A. Factores Fetales:

- ✓ Es la causa más común de aborto espontáneo (del 50 al 70%). La proporción de anomalías cariotípicas disminuye a medida que avanza la gestación. Las alteraciones cromosómicas más frecuentes en el primer trimestre son las trisomías autosómicas, sobretodo la del 16, dependen de factores como la edad materna, translocaciones equilibradas de los padres y fertilización tardía.¹⁵
- ✓ En el segundo trimestre destacan las trisomías 13, 18, 21, así como la monosomía 45 X0. En el aborto de repetición las anomalías más frecuentes son las translocaciones. En el 2-5% de estas parejas existe una translocación equilibrada.¹⁵
- ✓ Unas veces la alteración reside en el cúmulo embrionario; estos casos suelen caracterizarse por la ausencia completa del embrión o el desarrollo de embriones monstruosos. Las alteraciones pueden presentarse también en el trofoblasto, donde han sido descritas degeneraciones consistentes en vellosidades

edematosas con edema y atrofia, atrofia sin edema y transformación micromolar.¹⁴

- ✓ Son frecuentes también las anomalías del cordón como causa asociada con el feto enfermo. Existen 2 clases de abortos de origen genético: una reúne aquellos abortos que se deben a la trasmisión de un gen cualitativamente tarado o letal, lo que ha sido comprobado por el estudio de ciertas familias; la otra comprende aquellos abortos ocasionados por sobrecarga genética o algún otro defecto genético, lo cual se ha demostrado mediante estudios cromosómicos.¹⁴
- ✓ La presencia de un cromosoma supernumerario conduce a un desequilibrio enzimático que perturba la embriogénesis y conduce a la muerte del huevo y, por consiguiente, el aborto. También puede producir trastornos en el desarrollo del embrión y del niño (trisomía 21, síndrome de Down).¹⁴
- ✓ De igual manera, el desequilibrio enzimático se origina cuando falta un cromosoma y la embriogénesis se perturba. Las alteraciones cromosómicas más frecuentemente encontradas en los huevos abortivos son las trisomías, 41 %; las monosomías, 21 %; la triploidia, 17 %; la tetraploidia, 5 % y el mosaicismo, 8 %. Deben recordarse 2 características de las alteraciones citadas.¹⁴
- ✓ La trisomía se caracteriza porque las células contienen 47 cromosomas en lugar de 46. La más frecuente es la causa del mongolismo. Otras 2 trisomías autosómicas responsables de malformaciones son la trisomía 18 y la 13.¹⁴

B. Factores Maternos:

Se le da importancia a los procesos inflamatorios del endometrio y, en especial, a la endometritis decidual producida por micoplasmas como *Listeria monocytogenes* y *Toxoplasma gondii*, en la génesis del aborto. Entre las malformaciones uterinas que pueden ocasionar los abortos se consideran principalmente el útero introrsum arcuatus, el útero septo y el útero unicollis-bicornis.¹⁴

Otras anomalías más profundas como los úteros completamente dobles no producen esta tendencia al aborto. La idea de la falta de espacio como causa del problema ha sido sustituida por otra que plantea la existencia de mucosas hipoplásicas y úteros mal vascularizados. Se desconoce si en los casos de hipoplasia uterina, es decir, de útero infantil, el aborto se debe a la insuficiencia endocrina coexistente, a trastornos vasculares o a problemas mecánicos. A los tumores uterinos y en particular al mioma submucoso, con deformación de la cavidad uterina y mala irrigación de la mucosa subyacente, se le atribuyen potencialidades abortivas. Igualmente ocurre con las distopias uterinas, como retroflexión muy marcada. Se le ha dado mucha importancia a la incompetencia cervical como causa productora de abortos habituales, sobre todo en el segundo trimestre de la gestación. La incompetencia del orificio interno puede ser anatómica o funcional.¹⁴

Entre las causas de orden local se incluyen:¹⁴

- ✓ Procesos inflamatorios del endometrio.
- ✓ Malformaciones uterinas.

- ✓ Hipoplasias uterinas.
- ✓ Tumores uterinos.
- ✓ Distopias uterinas.
- ✓ Incompetencia cervical.

Como causas maternas del aborto se incluyen también las de orden general, entre las cuales se encuentran las siguientes: ¹⁴

- ✓ Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- ✓ Intoxicaciones de naturaleza exógena.
- ✓ Trastornos endocrinos y metabólicos.
- ✓ Carencias alimentarias.
- ✓ Traumatismos y emociones.
- ✓ Enfermedades sistémicas maternas.

Entre las enfermedades infecciosas y parasitarias, además de las citadas, debemos recordar aquéllas producidas por cytomegalovirus, Pseudomonas aeruginosa y Treponema pallidum. Las intoxicaciones de naturaleza exógena pueden ser provocadas por el plomo, el mercurio, el arsénico, la morfina y otros alcaloides. Entre los trastornos endocrinos y metabólicos más frecuentes se encuentran las afecciones hepáticas, enfermedades renales, la obesidad, la diabetes y el hipotiroidismo. Las carencias alimentarias graves como los estados de hambre y caquexia, así como la carencia de ácido fólico, pueden también ser causa del aborto. Se mencionaban los traumatismos y emociones, aunque apenas tienen en sí algún papel. En el caso de las intervenciones quirúrgicas sólo las operaciones sobre el útero predisponen al aborto y la anestesia casi nunca acarrea el aborto. ¹⁴

Las enfermedades sistémicas maternas son actualmente una causa infrecuente de aborto. No hay duda de que cualquier enfermedad grave puede comprometer la evolución de la gestación; sin embargo, el control de la terapéutica adecuada permite, por lo común, llegar a la viabilidad.¹⁴

- ✓ El lupus eritematoso sistémico: 30 % de abortos entre las semana 8 a 14.
- ✓ Entre las coagulopatías: la enfermedad de Von Willebrand, 50 % de abortos, el anticoagulante lupus y la hipofibrinogenemia congénita (déficit de factor XIII).
- ✓ La enfermedad de Wilson: anomalía congénita recesiva del metabolismo del cobre en el hígado.

Abortos de origen inmunológicos:¹⁵

Probablemente, el 80% de los abortos de origen desconocido tienen una base inmunológica. El sistema inmune materno reconoce a la unidad feto-placentaria y establece los mecanismos de autotolerancia. Cualquier fallo de éste podría ser causa de aborto, observándose una mayor prevalencia de anticuerpos autoinmunes órgano y no organoespecíficos.

Se habla de la producción de factores tóxicos (IgG, Interferón Gamma) para el embrión y/o trofoblasto. El lupus eritematoso es la enfermedad paradigma debida a presencia de anticuerpos antifosfolipídicos. Otros procesos autoinmunes que cursan con niveles elevados de Anticuerpos. Antinucleares y antitiroideos también serían causa de abortos.

- ✓ Anticuerpos antinucleares y antitiroideos: No se ha podido establecer su participación en la génesis del aborto habitual. Los datos disponibles no apoyan su determinación sistemática. Enfermedades autoinmunes con afectación gonadal se asocian a pérdidas recurrentes.

Causas ambientales:¹⁵

- ✓ Tabaco: La incidencia de aborto es más frecuentes en fumadoras que en no fumadoras, con independencia de la edad. Este aumento es función directa de la cantidad de humo inhalado. Analizados los productos abortivos, no se encuentran anomalías cariotípicas, lo cual habla a favor de la influencia directa del tabaco.
- ✓ Alcohol y tóxicos químicos: Teniendo en cuenta la multiplicidad de factores de riesgo en la paciente alcohólica, no puede considerarse al alcohol como causa directa de la pérdida reproductiva, si bien hay estudios que señalan un aumento en la tasa de abortos espontáneos. Algunos tóxicos como el óxido de etileno, derivados del caucho y solventes industriales también la aumentan.
- ✓ Cafeína: El consumo excesivo de cafeína en el embarazo se relaciona con retraso del crecimiento y pérdida embrionaria.
- ✓ Radiaciones: Los procedimientos diagnósticos radiológicos no aumentan el riesgo de pérdida reproductiva, retraso del crecimiento o malformaciones. No obstante, la exposición del útero grávido a dosis de radiación terapéutica sí incrementa la tasa de abortos. La ultrasonografía diagnóstica no constituye un riesgo añadido.

- ✓ **Contracepción:** Tanto los anticonceptivos orales como el DIU (utilizados preconceptionalmente) no aumentan el riesgo de aborto que si se evidencia en caso de gestación con DIU. El uso de espermicidas antes y durante el embarazo no lo aumentan.
- ✓ **Traumatismos:** En contadas ocasiones de gran violencia pueden ocasionar abortos. Existe relación causa-efecto sólo cuando la pérdida reproductiva es próxima a la acción traumática.
- ✓ **Edad materna:** La tasa de abortos en mujeres de 40 años duplica la de pacientes 20 años más jóvenes. Este incremento es multifactorial y depende de procesos infecciosos, insuficiencia luteínica y alteraciones en la vascularización endometrial.
- ✓ **Iatrogenia:** La realización de métodos diagnósticos invasivos durante la gestación como la amniocentesis, biopsia corial o funiculocentesis, puede favorecer su pérdida. El riesgo descrito es del 1-3% de pérdidas gestacionales y éstas tienen una clara relación con la experiencia del especialista que realiza la técnica.

2.2.5 COMPLICACIONES DEL ABORTO

- ✓ **Mortalidad Materna:** El aborto inducido legalmente, practicado por ginecólogos expertos en particular si se realiza en los primeros dos meses del embarazo, conlleva un índice de mortalidad de solo 0.7 por 100000. El riesgo relativo de fallecer como consecuencia del aborto se duplica, en promedio, por cada dos semanas que transcurren después de las 8 semanas de gestación.¹⁸

¹⁸ “Obstetricia de Williams” Edición 22°, McGraw-Hill Interamericana Editores. Estados Unidos de América 2006.

- ✓ **Aborto Séptico:** El aborto ilegal muy a menudo genera graves complicaciones, pero incluso los abortos espontáneos y planeados legal se acompañan a veces de infecciones graves e incluso mortales. Ha surgido hemorragia, sepsis grave, choque bacteriano e insuficiencia renal aguda junto con el aborto, aunque con frecuencia mucho menor. Uno de los resultados comunes es la infección uterina, pero también pueden aparecer parametritis, peritonitis, endocarditis y septicemia. El aborto séptico puede ocasionar coagulopatía intravascular diseminada.¹⁸

- ✓ **Hemorragia:** Es la complicación más frecuente. Es más intensa en los abortos tardíos. Se debe a la retención de restos, la atonía de las contracciones, así como también a las anomalías o malformaciones uterinas y los miomas. Rara vez se origina por trastornos de la coagulación como la hipofibrinogenemia que se observa en algunos casos de abortos tardíos con feto muerto. Los síntomas son los correspondientes a anemia crónica o aguda o ambas.¹⁵

- ✓ **Retención (Aborto Diferido):** Actualmente es más frecuente que en épocas anteriores, como consecuencia del tratamiento mal indicado de la amenaza de aborto con gestágenos. El diagnóstico puede establecerse clínicamente por la detención del crecimiento del útero, la disminución del tamaño uterino, la desaparición de los síntomas de embarazo y puede corroborarse con las pruebas de embarazo negativas, así como por la ecografía o la determinación de alfafetoproteína negativa.¹⁵

Todo estado de retención debe vigilarse y realizar coagulogramas y determinaciones periódicas de fibrinógeno. En el tratamiento del estado de retención se aconseja actualmente la evacuación del útero, para evitar los problemas relacionados con las coagulopatías.¹⁵

CAPÍTULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

A. Factores Epidemiológicos: Son las características o cualidades epidemiológicas (edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación) que presentan las pacientes en estudio.

B. Factores Gineco-Obstétricos: Son las características o cualidades ginecológicas y de la gestación (hospitalizaciones durante el embarazo, uso de anticonceptivos, número de embarazos previos, número de partos previos, número de partos prematuros, antecedente de aborto, cesáreas previas, número de hijos vivos, edad del último hijo, menarquía, periodo intergenesico, numero de controles prenatales).

3.1.2. VARIABLE DEPENDIENTE

A. Aborto: Es la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos) o de un feto de menos de 500 gramos, peso que corresponde a una gestación de 20 - 22 semanas, si bien este límite varía según la bibliografía y medio que se consulte

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Indicador	Categoría	Escala
Factores Epidemiológicos	Edad	a. < 20 años b. 20 – 29 años c. 30 – 39 años d. > 39 años	Intervalo
	Estado civil	a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Divorciada e. Viuda	Nominal
	Procedencia	a. Urbano b. Rural	Nominal
	Grado de instrucción	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Superior	Ordinal
	Ocupación	a. Ama de casa b. Estudiante c. Trabaja fuera de casa d. no trabaja	Nominal
Factores Gineco – Obstétricos	Hospitalización durante el embarazo	a. Si b. No	Nominal
	Uso de anticonceptivos	a. Si b. No	Nominal
	número de embarazos previos	a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. Más de 3	Ordinal
	número de partos previos	a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. Más de 3	Ordinal
	número de partos prematuros	a. 0 b. 1 c. 2 d. Más de 2	Ordinal

	antecedente de abortos	a. Si b. No	Nominal
	Cesáreas previas	a. Si b. No	Nominal
	Número de Hijos Vivos	a. Sin hijos b. 1 c. 2 d. 3 e. 4 f. 5 g. 6 h. 7 i. 8	Ordinal
	Edad del último Hijo	a. Sin hijos b. 1 a 2 años c. 3 a 5 años d. 6 a 10 años e. 11 a más años	Intervalo
	Periodo Inter-genésico	a. Primera gestación b. Menos de 2 años c. 3 a 5 años d. 6 a 10 años e. 11 a más años	Ordinal
	número de controles prenatales	a. Ninguno b. 1 a 3 CPN c. 4 a 6 CPN d. 7 o más CPN	Ordinal
Aborto	Diagnóstico de amenaza de aborto	a. Si b. No	Nominal
	Tipo de aborto que presento	a. Incompleto b. Completo c. Frustrado d. Séptico e. Otros	Nominal
	Semanas de gestación con diagnóstico de aborto	a. < 12 semanas b. 12 a 22 semanas	Ordinal
	Resultados de anatomía patológica	a. Si b. No	Nominal

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio analítico, retrospectivo de relación porque la información se obtuvo del Sistema Informático Perinatal del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, las Historias Clínicas, para determinar la frecuencia de abortos en el quinquenio 2007 - 2011 y los factores clínicos epidemiológicos asociados al mismo.

4.7 ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecología, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, Provincia de Tacna, y se aplicó el instrumento revisando las Historias Clínicas de las pacientes gestantes con diagnóstico de egreso de aborto, que acudieron al Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el periodo Enero 2007 a Diciembre del 2011.

Reseña del Hospital Hipólito Unanue de Tacna: El Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inicio sus funciones al Servicio de Salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas y otros servicios adicionales como vivienda y alojamiento para Médicos y Enfermeras.

El primero de una serie de Hospitales Regionales cuya ejecución abordó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, consta de un pabellón de 5 pisos y sótano en el que está incluido el núcleo asistencial y la Unidad Sanitaria.

4.8 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

La población del estudio estuvo conformada por las gestantes dadas de alta con el diagnóstico de aborto en el Servicio de Ginecología, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo Enero 2007 - Diciembre 2011 fue de 887 mujeres (de los cuales en el 2007 fueron 213 gestantes, en el 2008 fueron 176 gestantes, en el 2009 fueron 162 gestantes, en el 2010 fueron 183 gestantes y en el 2011 fueron 153 gestantes), se procedió a tomar un tamaño de muestra aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pq}{B^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra,

z= 1,96 para el 95% de confianza, 2,56 para el 90%

p= Frecuencia esperada del factor a estudiar

q= 1- p

B= Precisión o error admitido

$$n = 208$$

Donde se obtuvo un tamaño de muestra representativa de 208 gestantes dadas de alta con el diagnóstico de aborto en el Servicio de Ginecología, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo Enero 2007 - Diciembre 2011, se procederá a la toma de muestra aleatoria sistemático de un número determinado de historias clínicas por año.

Tabla 01: Proporción de Cantidad de Historias Clínicas por Año

Año	N°	n°
2007	213	50
2008	176	42
2009	162	38
2010	183	42
2011	153	36
Total	887	208

4.3.3 Criterios de Inclusión

- ▲ Pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2007 - 2011 con diagnóstico de egreso de aborto.
- ▲ Pacientes cuyo datos estén en el Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

4.3.4 Criterios de Exclusión

- ▲ Gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna fuera del periodo de estudio.
- ▲ Pacientes que no cumplan con la definición de la OMS para el diagnóstico de Aborto
- ▲ Pacientes que no estén en el Sistema Informático Perinatal.

4.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó previa coordinación con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del Servicio de Ginecología, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, Provincia de Tacna, se revisó el Sistema

Informático Perinatal en el periodo Enero 2007 - Diciembre 2011 del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna.

Con los números de las Historias Clínicas de las pacientes de la muestra, se procedió a realizar una prueba piloto en 20 Historias Clínicas para la validación de nuestro instrumento, donde se evidenció que el instrumento utilizado era útil y se obtenían todos los datos requeridos para la investigación, posteriormente realizando así la revisión de las 208 Historias Clínicas necesarias para nuestra investigación. (Ver ANEXO 01)

4.10 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida de las Historias Clínicas y del Sistema Informático Perinatal, nos permitió crear una base de datos en una hoja de cálculo de Excel, que sirvió para la tabulación de los datos recolectados. Posteriormente esta información fue analizada utilizando el software estadístico SPSS.

Por lo tanto se obtuvieron cuadros que indican la frecuencia de aborto y su relación con cada variable en estudio. También se calcularon los Odds Ratio de cada variable para cuantificar el riesgo de aborto que presenta cada variable. El intervalo de confianza será del 95% y el índice de confiabilidad será $>95\%$ ($p < 0.05$).

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

TABLA 01

**FRECUENCIA DEL GRUPO ETÁREO Y EL ESTADO CIVIL DE
LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
2007 - 2011.**

Variable	Categoría	n	%
Grupo Etéreo	< 20	6	2.9
	20 - 29	86	41.3
	30 - 39	89	42.8
	> 39	27	13.0
	Total	208	100.0
Estado Civil	soltera	26	12.5
	casada	51	24.5
	conviviente	131	63.0
	Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación

Se observa que la mayoría de las pacientes se encuentran entre los intervalos de edad de 20 a 29 años y 30 a 39 años con 41.3% y 42.8% respectivamente. Además se observa que la mayoría de pacientes se encuentran dentro del estado civil de “conviviente” con un 63% del total de pacientes, las pacientes que son casadas representan un 24.5%. Las solteras un 12.5%.

TABLA 02

FRECUENCIA DE LA PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2007 - 2011.

Variable	Categoría	n	%
Procedencia	Urbano	199	95.7
	Rural	9	4.3
	Total	208	100.0
Grado de Instrucción	Analfabeta	2	1.0
	Primaria	26	12.5
	Secundaria	141	67.8
	Superior	39	18.8
	Total	208	100.0
Ocupación	Ama de Casa	105	50.5
	Estudiante	16	7.7
	Trabaja fuera de Casa	77	37.0
	No Trabaja	10	4.8
	Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación

En el estudio se observó que el 95.7% de las pacientes procede del área urbano, y un escaso 4.3% procede en el área rural. Además que el 67.8% de las pacientes tienen un grado de instrucción de secundaria, seguidas de un 18.8% que tienen un grado de instrucción superior, y en menor medida las que tienen un 12.5 % y 1% que son primaria y son analfabetas respectivamente. Las pacientes con ocupación ama de casa representan el 50.5% de todas las pacientes seguidas por las que trabajan fuera de casa con un 37%, y al ultimo las estudiantes y las que no trabajan con un 7.7% y 4.8% respectivamente.

TABLA 03

FRECUENCIA DEL NÚMERO DE EMBARAZOS PREVIOS, EL NÚMERO DE PARTOS PREVIOS, EL NÚMERO DE PARTOS PREMATUROS, ANTECEDENTE DE ABORTO Y EL NÚMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2007 - 2011.

Variable	Categoría	n	%
Embarazos Previos	Ninguno	11	5.3
	1	34	16.3
	2	71	34.1
	3	44	21.2
	Más de 3	48	23.1
	Total	208	100.0
Partos Previos	Ninguno	42	20.2
	1	78	37.5
	2	52	25.0
	3	19	9.1
	Más de 3	17	8.2
	Total	208	100.0
Parto Prematuro	Ninguno	197	94.7
	01 parto prematuro	11	5.3
	Total	208	100.0
Antecedente de Aborto	Si	164	78.8
	No	44	21.2
	Total	208	100.0
Hijos Vivos	Sin hijos	41	19.7
	Con hijos	167	80.3
	Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación

Dentro del estudio se observó que las pacientes que tuvieron 2 embarazos previos representa un 34.1%, seguidas de las que tuvieron más de 3 embarazos previos con un 23.1%, después las que han tenido 3 embarazos previos con un 21.2%, al último las que han tenido 1 embarazo previo con un 16.3%, y las que no han tenido embarazos previos representa un 5.3% de

las pacientes. También se observó que las pacientes primíparas representan el 37.5% de las pacientes, seguidas secundíparas con un 25%, al ultimo las que tuvieron 3 y más de 3 partos previos con un 9.1% y 8.2 % respectivamente, y las nulíparas representan el 20.2%. Se pudo observar que el 5.3% de las pacientes tuvo 01 parto prematuro, y que el 94% de las pacientes no lo tuvo. Además que el 78.8% de las pacientes tiene antecedente de aborto, y que el 21.2% no tiene antecedente de aborto. Se encontró que el 19.7% de las pacientes no tienen hijos y el 80.3% de las pacientes si tienen hijos vivos.

TABLA 04

**FRECUENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS,
HOSPITALIZACION DURANTE EL EMBARAZO Y CESÁREAS
PREVIAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA 2007 - 2011.**

Variable	Categoría	n	%
Uso de Anticonceptivos	Si	33	15.9
	No	175	84.1
	Total	208	100.0
Hospitalización durante el Embarazo	Si	5	2.4
	No	203	97.6
	Total	208	100.0
Cesáreas Previas	Si	40	19.2
	No	168	80.8
	Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación

En el estudio se observa que el 80.8% de las pacientes no tienen cesáreas previas, y que el 19.2% si tienen cesáreas previas. Además se observó que las pacientes que no usan métodos anticonceptivos representan un 84% del total de pacientes, a comparación de las que si usan un método anticonceptivo las cuales representan el 15.9%. También se encontró que las pacientes del estudio que si tuvieron una hospitalización durante su embarazo fue de 2.4% del total, por lo tanto un 97% de ellas no tuvo una hospitalización durante su embarazo.

TABLA 05

FRECUENCIA DEL NÚMERO DE HIJOS VIVOS, LA EDAD DEL ÚLTIMO HIJO Y EL PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2007 - 2011.

Variable	Categoría	n	%
Número de Hijos Vivos	Sin hijos	41	19.7
	1	82	39.4
	2	50	24.0
	3	19	9.1
	4	11	5.3
	5	3	1.4
	7	1	0.5
	8	1	0.5
	Total	208	100.0
Edad del Último Hijo	Sin hijos	41	19.7
	1 a 2 años	39	18.8
	3 a 5 años	70	33.7
	6 a 10 años	42	20.2
	11 a mas	16	7.7
	Total	208	100.0
Periodo Intergenesico	Primera gestación	10	4.8
	menos de 2 años	89	42.8
	3 a 5 años	89	42.8
	6 a10 años	19	9.1
	11 a más	1	0.5
	Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación

Se observó que dentro de las pacientes que tienen hijos vivos el 39.4% tienen 01 hijo vivo, y 24% tienen 2 hijos vivos, le siguen el 9.1% y el 5.3% de las pacientes que tienen 3 y 4 hijos vivos respectivamente, al último quedan los que tienen 5 ó 7 u 8 hijos vivos que suman el 2.4% en total. El 33.7% de las pacientes tienen hijos cuya edad del último hijo es de 3 a 5

años, se siguen los de 6 a 10 años con un 20.2%, después los de 1 a 2 años con 18.8%, al final esta el 7.7% con 11 a mas años. En el estudio se observa que las pacientes que tienen un periodo intergenésico menor de 2 años representan el 42.8%, al igual que las pacientes que tienen un periodo intergenésico de 3 a 5 años con 42.8%, le siguen el 9.1% con un periodo intergenésico de 6 a 10 años, al final un 0.5% con un periodo intergenésico 11 a mas años, además un 4.8% de las pacientes en este estudio tienen su primera gestación.

TABLA 06

FRECUENCIA DEL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES, AMENAZA DE ABORTO, TIPO DE ABORTO Y EL NÚMERO DE SEMANAS DE GESTACIÓN CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2007 - 2011.

Variable	Categoría	n	%
Número de Controles Prenatales	Ninguno	153	73.6
	1 a 3 Controles Prenatales	55	26.4
	Total	208	100.0
amenaza de aborto	Si	35	16.8
	No	173	83.2
	Total	208	100.0
tipo de aborto	Incompleto	199	95.7
	Frustró	4	1.9
	Séptico	5	2.4
	Total	208	100.0
Semanas de Gestación con Diagnóstico de Aborto	< 12 Semanas	172	82.7
	12 a 22 Semanas	36	17.3
	Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación

Se ha observado en el estudio que el 73.6% de las pacientes no tuvieron ningún Control Prenatal, y el 26.4% tuvo de 1 a 3 Controles Prenatales. El 83.2% de las pacientes no tuvo el Diagnóstico de Amenaza de Aborto, y solo el 16.8% si tuvo el Diagnóstico de Amenaza de Aborto. Además las pacientes presentaron en un 95.7% un aborto incompleto como diagnóstico de alta, un 1.9% de ellas presento aborto frustró, y un 2.4% presento aborto séptico. También se observa que las pacientes con una gestación menor de 12 semanas representaban el 82.7%, y las que tienen una gestación mayor de 12 semanas y menor de 21 semanas representan un 17.3%.

TABLA 07

**FRECUENCIA RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE
LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
2007 - 2011.**

Resultado de Anatomía Patológica	n	%
Si	52	25.0
No	156	75.0
Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación

Se observó que las pacientes que si cuentan con resultado de anatomía patológica son el 25%, y las que no cuentan con resultado de anatomía patológica son el 75%.

TABLA 08

REGRESIÓN LOGÍSTICA E IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES COMO FACTOR DE RIESGO DE SUFRIR ABORTO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2007 – 2011.

Variable	OR	Intervalo de confianza 95.0% para OR	
		Inferior	Superior
Edad	1.127	0.599	2.120
Grado de Instrucción	1.522	0.810	2.859
Uso de metodos anticonceptivos	0.493	0.208	1.164

FUENTE: Ficha de Investigación

Se identificaron tres factores de riesgo para sufrir un aborto. La edad presenta un OR = 1.127, y el intervalo mayor de 2.120, lo que significa que la edad es una variable que se comporta en algunos de sus grupos como un factor de riesgo. La variable edad no fue identificada como una variable asociada en la relación binaria pero al aplicar regresión logística se identifica que si está asociada especialmente si se observa el valor superior del OR aproximado (2.120).

Las otras dos variables directamente asociadas y mediante regresión logística se confirman es el grado de instrucción (OR = 1.522) y el uso de métodos anticonceptivos (OR =0.493). Esto confirma que, en la variable grado de instrucción, el valor de asociación encontrado para secundaria es altamente significativo. En la variable uso de métodos anticonceptivos se pudo confirmar que, el no uso de métodos anticonceptivos es una variable altamente asociada.

TABLA 09

**IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES ASOCIADAS A LA
PROBABILIDAD DE SUFRIR UN ABORTO. SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA 2007 - 2011.**

Variable	Valor P
Edad	> 0.05
Estado Civil	> 0.05
Procedencia	> 0.05
Grado de Instrucción	< 0.05
Ocupación	< 0.05
Hospitalización durante el embarazo	> 0.05
Uso de Metodos Anticonceptivos	< 0.05
Embarazo Previo	> 0.05
Número de Partos Previos	< 0.05
Número de Partos Prematuros	> 0.05
Antecedente de Aborto	> 0.05
Cesárea Previa	> 0.05
Número de Hijos Vivos	> 0.05
Edad del Último Hijo	> 0.05
Periodo Intergenésico	> 0.05
Controles Prenatales	> 0.05

FUENTE: Ficha de Investigación

Los principales factores asociados a la probabilidad de sufrir un aborto son: el grado de instrucción secundario ($p < 0.021$), la ocupación estudiante ($p < 0.050$), el no usar anticonceptivos ($p < 0.020$), el ser nulípara ($p < 0.016$), ó tener más de 2 hijos ($p < 0.54$).

5.1 DISCUSIÓN

Nuestra muestra estuvo conformada por 208 pacientes. Cabe resaltar, que durante la recolección de la información, se obtuvo el número de Historias Clínicas del Sistema Informático Perinatal, posterior a eso se pudo obtener una población al azar de gestantes por año de estudio, luego se levantó la información revisando las Historias Clínicas una por una, al final se procedió a trabajar con el paquete estadístico SPSS, para satisfacer los objetivos de nuestra investigación.

La Tabla 01 nos presenta la frecuencia de las pacientes según el grupo étnico y el estado civil en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 - 2011. Se observó que la mayoría de las pacientes se encuentran en un rango de edad de entre 20 - 29 años y 30 - 39 años con un 41.3% y 42.8% respectivamente. Además se observa que la mayoría de pacientes se encuentran dentro del estado civil de “conviviente” con un 63% del total de pacientes. **Poma Ramos** afirma que en su investigación la mayoría de abortos se reportó en pacientes con un rango de edad entre 19 y 35 años, con el 81,6%, según este estudio la mayoría de pacientes que abortaron eran “convivientes” en un 63,1%. **Hijona Elósegui** encontró que la edad media de las pacientes que abortaron fue de 31 - 34 años, con una media de 31 años, de acuerdo al estado civil la mayoría estaba casada (85,6%) y el 99,2% tenían pareja estable. Comparada con otros estudios nacionales e internacionales, nuestros resultados ofrecen cifras y datos que se ubican dentro de lo reportado.

La Tabla 02 nos muestra la frecuencia de las pacientes según la procedencia, grado de instrucción y ocupación en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 - 2011. En el estudio se observó que el 95.7% de las pacientes procede del área urbano, Además de que el 67.8% de las pacientes tienen un grado de instrucción de secundaria. Las pacientes con ocupación “ama de casa” representan el

50.5% de todas las pacientes seguidas por las que trabajan fuera de casa con un 37%. **Poma Ramos** indica que en cuanto al grado de educación encontró que el 53% de las pacientes tenían educación secundaria completa, seguidos de 40% de pacientes con estudios superiores y la mayoría de las pacientes procedían de las zonas urbanas en un 88,1%. **Segundo Acho** afirma que el 71,6% tenía educación secundaria (34,2% secundaria completa). En contraste para **Hijona Elósegui** el 25,8% de las mujeres que padecieron aborto espontaneo tenían estudios superiores, pero casi el 45% tenían un nivel de formación académica que no superaba los estudios primarios y la profesión más extendida dentro del grupo de mujeres con aborto fue la de ama de casa en un 31,1%. **Hernández Hernández y Santos Dolores** indican que con respecto a la ocupación se dio mayormente en amas de casa en un 68,5%, seguido de las estudiantes en un 13,2%. Comparando nuestra investigación se puede afirmar que de acuerdo a la procedencia, grado de instrucción secundaria y ocupación ama de casa se corrobora los datos obtenidos y se encuentran dentro de lo esperado, por lo que se puede comparar los resultados obtenidos en otras investigaciones.

La Tabla 03 nos muestra la frecuencia de las pacientes según el número de embarazos previos, el número de partos previos, el número de partos prematuros, antecedente de aborto y el número de hijos vivos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 – 2011. Dentro del estudio se observó que las pacientes secundigestas representa un 34.1%, seguidas de las multigestas con un 23.1%, al último las primigestas con un 16.3%, y las que no han tenido embarazos previos representa un 5.3% de las pacientes. También se observó que las pacientes primíparas representan el 37.5% de las pacientes, seguidas secundíparas con un 25%, y las nulíparas representan el 20.2%. Se pudo observar que solo el 5.3% de las pacientes tuvo 01 parto prematuro. Además dentro del estudio el 78.8% de las pacientes tiene antecedente de aborto. Se encontró que el 19.7% de las pacientes no tienen hijos. **Poma Ramos** encontró que la mayoría de pacientes cuyo embarazo termino en aborto eran nulíparas en un 51,1%;

seguidas de las primíparas en un 34,3%; secundíparas en un 10,4%; y multíparas en un 4,2%. En cuanto a abortos previos, el 33,3% si tenía antecedentes de abortos previos. **Segundo Acho** afirma que un 9,4% había tenido un embarazo anterior. Al analizar las gestaciones previas, 81,5% de las pacientes era primigesta, 16,8% segundigesta y 1,6% tenía 3 o más gestaciones. Al evaluar el antecedente de aborto, 89,3% negó haber abortado, 8,6% aborto en alguna ocasión, 0,8% había abortado en dos ocasiones. Para **Hijona Elósegui** el 47% de las abortadoras tuvieron al menos un parto previo. El 23,5% de las pacientes abortadoras contaba entre sus antecedentes obstétricos con al menos un aborto anterior. En este caso las variables entre las distintas investigaciones revisadas no se correlacionan, por el contrario los datos obtenidos en nuestra investigación revelan que podría haber variables asociadas a sufrir un aborto, por lo tanto los datos obtenidos no son los que se esperaban.

La Tabla 04 nos muestra la frecuencia de las pacientes según uso de anticonceptivos, hospitalización durante el embarazo y cesáreas previas. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 – 2011. En el estudio se observa que el 80.8% de las pacientes no tienen cesáreas previas, y que el 19.2% si tienen cesáreas previas. Además se observó que las pacientes que no usan métodos anticonceptivos representan un 84% del total de pacientes. También se encontró que las pacientes del estudio que sí tuvieron una hospitalización durante su embarazo fue de 2.4% del total. En este caso no se hayo un punto de comparación con otros trabajos de investigación, por lo tanto se toman los datos como una iniciativa para las investigaciones posteriores.

La Tabla 05 nos muestra la frecuencia de las pacientes según el número de hijos vivos, la edad del último hijo y el periodo intergenésico en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 - 2011. Se observó que dentro de las pacientes que tienen hijos vivos el 39.4% tienen 01 hijo. El 33.7% de las pacientes tienen hijos cuya edad del

último hijo es de 3 a 5 años. En el estudio se observa que las pacientes que tienen un periodo intergenésico menor de 2 años representan el 42.8%, al igual que las pacientes que tienen un periodo intergenésico de 3 a 5 años con 42.8%. En estas variables tampoco hay un trabajo para comparar los resultados, pero sin embargo los datos obtenidos son muy interesantes.

La Tabla 06 nos muestra la frecuencia de las pacientes según el número de controles prenatales, amenaza de aborto, tipo de aborto y el número de semanas de gestación con diagnóstico de aborto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 - 2011. Se ha observado en el estudio que el 73.6% de las pacientes no tuvieron ningún Control Prenatal, y el 26.4% tuvo de 1 a 3 Controles Prenatales. El 83.2% de las pacientes no tuvo el Diagnóstico de Amenaza de Aborto. Además las pacientes presentaron en un 95.7% un aborto incompleto como diagnóstico de alta, un 2.4% presentó aborto séptico, y un 1.9% de ellas presentó aborto frustrado. También se observa que las pacientes con una gestación menor de 12 semanas representaban el 82.7%, y las que tienen una gestación mayor de 12 semanas y menor de 21 semanas representan un 17.3%. Para **Poma Ramos** el 48,5% de embarazos que terminaron en aborto no tuvieron ningún control prenatal, seguido de 35,4% que tuvieron entre 1 y 3 controles, la amenaza de aborto durante la gestación estuvo presente en un 46,8%. Para **Hijona Elósegui** el 34,1% padecieron amenaza de aborto. Para **Segundo Acho** el diagnóstico de egreso más frecuente fue aborto incompleto (67,1%), aborto incompleto infectado en 14,8%, aborto frustrado en 9,1%, aborto en curso 3,3%, aborto completo en 0,8%, aborto séptico en 0,4%, retención de restos en 0,4%, aborto fetal tardío en 1,2%, aborto inevitable en 0,4% y óbito fetal en 0,8%. Estos resultados comparados con nuestra investigación corroboran que el tipo de aborto más frecuente es el aborto incompleto, y que con respecto a la amenaza de aborto y los controles prenatales, nuestra investigación ofrece cifras que se ubican dentro de lo reportado.

La Tabla 07 nos muestra la frecuencia de las pacientes según si cuentan con anatomía patológica en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 – 2011. En nuestra investigación se puede apreciar que existe un alto porcentaje de pacientes que no cuentan con informe de Anatomía Patológica, por lo tanto se puede decir que cuando están de alta del Hospital, no tienen un diagnóstico definitivo (ANEXO 02).

En la Tabla 08 se muestra la regresión logística e identificación de los factores de riesgo de sufrir aborto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 – 2011. Se identificaron tres factores de riesgo para sufrir un aborto. La edad presenta un OR = 1.127, y el intervalo mayor de 2.120, lo que significa que la edad es una variable que se comporta en algunos de sus grupos como un factor de riesgo. La variable edad no fue identificada como una variable asociada en la relación binaria pero al aplicar regresión logística se identifica que si está asociada especialmente si se observa el valor superior del OR aproximado (2.120). **Sanchez Cjuno** halló que los principales factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo son: Tener edad $> \text{ó} = 35$ años (OR=1.91), ser multigesta (OR=3.58) o gran multigesta (OR= 5.83), tener antecedentes de cesárea (OR=2.58), legrado uterino (OR=2.42), abortos (OR=5.7), parto prematuro (OR=4.41). Se puede apreciar que haciendo la comparación de nuestra investigación podemos concluir que la variable edad es un factor de riesgo para sufrir un aborto. **Ramos** afirma que el factor de riesgo más importante para el aborto es la presencia de amenaza de aborto durante el embarazo (OR=57,1), número de controles prenatales entre 0 - 3 (OR=5,0), antecedentes de aborto en gestaciones anteriores (OR=2,1), estado civil soltera (OR=1,39). Estos resultados no son los esperados, ya que en nuestra investigación se puede apreciar variables asociadas al aborto, distinto que en otras investigaciones, pero aun así, son datos muy interesantes en la investigación.

En la Tabla 09 se aprecia la identificación de variables asociadas a la probabilidad de sufrir un aborto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2007 – 2011. Los principales factores asociados a la probabilidad de sufrir un aborto son el grado de instrucción secundario ($p < 0.021$), la ocupación estudiante ($p < 0.050$), el no usar anticonceptivos ($p < 0.020$), el ser nulípara ($p < 0.016$), o tener más de 2 hijos ($p < 0.54$). Dentro de la bibliografía revisada, **Poma Ramos** solo encuentra que el estado civil soltera es un factor asociado al aborto ($p < 0.01$), por lo tanto se puede concluir que los resultados de nuestra investigación podrían aportar más para una posterior investigación acerca de los factores de riesgo y factores asociados del aborto.

5.2 CONCLUSIONES

PRIMERA

Las características Epidemiológicas de las pacientes que presentaron aborto son: los intervalos de edad de 20 a 29 años y 30 a 39 años respectivamente, estado civil de “conviviente”, procedencia del área urbano, el grado de instrucción de secundaria, la ocupación ama de casa. Las características Gineco-Obstétricas de las pacientes con aborto son: las pacientes secundigestas, las pacientes primíparas, las pacientes que tuvieron 01 parto prematuro, el tener antecedente de aborto, no tener cesáreas previas, no usar métodos anticonceptivos, no tienen una hospitalización durante su embarazo, el tener un periodo intergenésico menor de 2 años. De las pacientes que tienen hijos vivos el 39.4% tienen 01 hijo vivo, el 33.7% de las pacientes tienen hijos cuya edad del último hijo es de 3 a 5 años.

SEGUNDA

Los principales factores asociados a la probabilidad de sufrir un aborto son el grado de instrucción secundario ($p < 0.021$), la ocupación estudiante ($p < 0.050$), el no usar anticonceptivos ($p < 0.020$), el ser nulípara ($p < 0.016$), o tener más de 2 hijos ($p < 0.54$).

TERCERA

La edad presenta un $OR = 1.127$, y el intervalo mayor de 2.120, lo que significa que la edad es una variable que se comporta en algunos de sus grupos como un factor de riesgo. La variable edad no fue identificada como una variable asociada en la relación binaria pero al aplicar regresión logística se identifica que si está asociada especialmente si se observa el valor superior del OR aproximado (2.120).

Las otras dos variables que se identificaron como factores de riesgo de aborto y mediante regresión logística se confirman son el grado de instrucción (OR = 1.522) y el uso de métodos anticonceptivos (OR =0.493). Esto confirma que, en la variable grado de instrucción, el valor de asociación encontrado para secundaria es altamente significativo. En la variable uso de métodos anticonceptivos se pudo confirmar que, el no uso de métodos anticonceptivos es una variable altamente asociada.

5.3 RECOMENDACIONES

1. Educar a la población acerca de temas importantes como: planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos. Los cuales son temas que se deberían desarrollar desde los centros educativos. Por tener una asociación significativa para el aborto.
2. Realizar un estudio de tipo longitudinal en el momento en el que ingresan las pacientes con diagnóstico de aborto, para conocer los factores asociados al aborto y sus factores de riesgo, que permitan constatar los resultados de nuestra investigación.
3. Tomar en cuenta los hallazgos obtenidos en el presente estudio para la aplicación de las medidas o programas que actualmente se encuentran en el medio de la salud para este sector.

5.4 BIBLIOGRAFÍA

1. SEGUNDO ACHO *et al.* “Aborto en Adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Rev. Per. Gineco. Obstet. 2005;51(2):100-104
2. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. “El Aborto: Un Problema Social y De Salud Pública” [en línea]. Lima - Perú. 1979 [accesado el 10 de Junio del 2012]. Disponible en: <http://www.flora.org.pe/el%20aborto.htm>
3. Publicación del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. “ABORTO TERAPEUTICO; Para proteger la salud y la vida de las mujeres”. Perú 2009
4. DIRESA Tacna. “Informe Ejecutivo Año 2010: Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva”. Perú 2010
5. Ministerio de Salud - Oficina de Estadística e Informática. “Principales Causas de Morbilidad de Hospitalización por Sexo Perú - Año 2010” [en línea]. Lima - Perú [accesado el año 2011]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/HSMacros.asp?00>
6. POMA RAMOS H. “Factores Epidemiológicos y Gineco-Obstétricos Asociados al Aborto en el Hospital de Apoyo de Moquegua 2005 - 2009” [Tesis de Pregrado]. Perú. Universidad Privada de Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana. 2010
7. Hijona Elósegui JJ. “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO”. [tesis doctoral]. España. Universidad de Granada Facultad de Medicina Humana: Departamento de Farmacología. 2009
8. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ *et al.* “Factores Personales y Aborto en Adolescentes”. [Tesis de Pregrado]. México. Universidad Veracruzana. Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Facultad de Enfermería. 2007
9. SANCHEZ CJUNO: “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 del 2012” [Tesis de Pregrado], Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Escuela profesional de Medicina Humana – Tacna – Perú 2012

10. SANCHEZ PEREZ, Jorge. “Análisis del Aborto Derivado de Casos de Violación Sexual dentro del Modelo Jurídico Vigente en el Perú: Una Aproximación Desde los Fundamentos Filosóficos del Artículo Primero de La Constitución Política del Perú.” [Tesis de Pregrado], Pontificia Universidad Católica del Perú - Facultad de Derecho, Lima – Perú 2011
11. PEÑA CABRERA, Raúl. “Tratado de Derecho Penal, parte especial I, de acuerdo al nuevo Código Penal” – Ediciones Jurídicas, pág. 185, Lima - Perú. 1992
12. “Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología.” Instituto Nacional Materno Perinatal - Ministerio de Salud, Lima – Perú 2010
13. Pluas Cercado, María. “Incidencia del Aborto Incompleto en Mujeres de 15 a 35 Años del Hospital de Bahía de Caráquez, Miguel Hilario Alcivar en el Periodo Septiembre del 2012 a Febrero 2013”. [Tesis de Pregrado]. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia, Ecuador - 2013.
14. “COYUNTURA DEMOGRÁFICA, Revista sobre los procesos demográficos en México”. Universidad Autónoma de México. Núm. 3, pág. 26, México 2013
15. Obstetricia y Ginecología - Orlando Rigol Ricardo y col. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, Capítulo 14, pág. 137, Cuba 2004.
16. Fundamentos de Obstetricia: Sociedad Española de Gineco-Obstetricia (SEGO). Bajo Arenas y Cols. - Editorial Grupo ENE Publicidad - Capítulo 3, pág. 415. España 2007.
17. “Ginecología y Obstetricia Clínicas”. James Drife y Col. 1º Edición Editorial ELSEVIER. España 2005.
18. “Obstetricia de Williams” Edición 22º, McGraw-Hill Interamericana Editores. Estados Unidos de América 2006.
19. Código Penal, 16 años de Jurisprudencia Sistematizada / Fidel Rojas Vargas y Cols. – 3ra. Edición, Tomo II, pág. 68, Editorial Moreno S.A. Perú 2007.

5.5 ANEXOS

ANEXO 01

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1.- Fecha de recolección de datos: _____
- 2.- Numero de Ficha: _____
- 3.- Numero de Historia Clínica: _____
- 4.- Edad de la paciente _____ años.
- 5.- Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Conviviente
 - d. Divorciada
 - e. Viuda
- 6.- Procedencia:
 - a. Urbano
 - b. Rural
- 7.- Grado de instrucción:
 - a. Analfabeta
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior
- 8.- Ocupación
 - a. Ama de casa
 - b. Estudiante
 - c. Trabaja fuera de casa
 - d. no trabaja
- 9.- Hospitalización durante el embarazo (exceptuando el ingreso debido al diagnóstico de aborto):
 - a. Si
 - b. No

10.- Uso de anticonceptivos

- a. Si
- b. No

11.- Número de embarazos previos:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. Más de 3

12.- Número de partos previos:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. Más de 3

13.- Número de partos prematuros:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. Más de 2

14.- Antecedente de Abortos

- a. Si
- b. No

15.- Cesáreas previas

- a. Si
- b. No

16.- Número de Hijos vivos: _____

17.- Edad del último Hijo: _____ años

18.- Meses que han transcurrido entre la actual gestación y la anterior:
_____meses

19.- Número de controles prenatales del embarazo con diagnóstico de aborto:

- a. Ninguno
- b. 1 a 3 CPN
- c. 4 a 6 CPN
- d. 7 o más CPN

20.- Diagnóstico de amenaza de aborto

- a. Si
- b. No

21.- Tipo de aborto que presentó:

- a. Incompleto
- b. Completo
- c. Frustrado
- d. Séptico
- e. Otros: _____

22.- Semanas de gestación con diagnóstico de aborto:

_____semanas

23.- ¿Tiene resultado de anatomía patológica?

- a. Si
- b. No
- c. Cual fue: _____

ANEXO 02

FRECUENCIA RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL QUINQUENIO 2007 - 2011.

Resultados de Anatomía Patológica	n	%
No tiene anatomía patológica	156	75.0
restos deciduales parcialmente organizados	10	4.8
restos deciduales y coagulos sanguineos organizados	6	2.9
restos placentarios del primer trimestre parcialmente hialinizados	5	2.4
endometrio gestacional y coagulos sanguineos organizados	4	1.9
restos deciduales y endometrio gestacional organizado	4	1.9
restos de aspecto trofoblastico	2	1.0
restos de decidua placentaria del primer trimestre parcialmente organizados	2	1.0
restos placentarios del primer trimestre hialinizados y organizados	2	1.0
restos placentarios del primer trimestre hialinizados y organizados, ademas de fragmentos fetales	2	1.0
restos placentarios del primer trimestre parcialmente organizados	1	0.5
restos placentarios hialinizados y organizados	1	0.5
restos trofoblasticos en moderada cantidad	1	0.5
tejido amorfo en poca cantidad	1	0.5
restos deciduo placentario antiguos hialinizados y organizados	1	0.5
restos deciduo placentario del primer trimestre parcialmente organizados	1	0.5
restos deciduoplacentarios del primer trimestres parcialmente organizados	1	0.5
restos membranosos y coagulos sanguineos organizados	1	0.5
restos placentarios	1	0.5
restos placentarios antiguos hialinizados y organizados	1	0.5
restos de deciduo placentario del primer trimestre con foco de degeneracion hidropica	1	0.5
restos placentarios del primer trimestre hialinizados y organizados.	1	0.5
fragmentos de endometrio gestacional y coagulos sanguineos organizados	1	0.5
fragmentos de endometrio regenerativo con moderado edema estromal y coagulos sanguineos organizados	1	0.5
muestra inadecuada para examen histopatologico	1	0.5
Total	208	100.0

FUENTE: Ficha de Investigación