

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE ABORTO DEL HOSPITAL SANTA  
ROSA DE PUERTO MALDONADO  
JULIO - DICIEMBRE 2015**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Kely Lizzeth Choquejahu Pilco**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**TACNA - PERÚ**

**2016**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
ABORTO DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO  
JULIO – DICIEMBRE 2015

TESIS

Presentado por:

BACH. KELY LIZZETH CHOQUEJAHUA PILCO

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por *Unanimidad Sobresaliente*, ante el siguiente Jurado

  
.....  
Dra. Iris Paredes Gonzáles  
Presidente

  
.....  
Mgr. Nérida Pérez Cabanillas  
Secretaria

  
.....  
Lic. Patricia Ramos Huajardo  
Vocal

## **Dedicatoria**

*A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mí camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.*

*A mi mama: María Elena Pilco Cervantes y a mis abuelitos, por el apoyo incondicional, económico y moral que me ha brindado durante todo este tiempo.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento, con salud y poder lograr uno de mis objetivos trazados; con su bondad y amor.*

*A mi asesora: Dra. Leandra Llanca Ramos, por su generosidad, y paciencia en la concretización de mi trabajo de investigación.*

*A mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, así como a la coordinadora del internado: Sra. Ana Alguera Carbajal, por sus enseñanzas impartidas, por compartir sus experiencias y forjarme como profesional.*

*A mi familia, por todo su apoyo durante estos años de estudio.*

## **CONTENIDO**

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
CONTENIDO .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN .....	xvi
ABSTRACT .....	xvii
INTRODUCCIÓN .....	1

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción del problema .....	3
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1. Problema general.....	5

1.2.2. Problemas específicos .....	5
1.3. Objetivos .....	6
1.3.1. Objetivo general .....	6
1.3.2. Objetivos específicos .....	6
1.4. Importancia y justificación de la investigación .....	6

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación .....	10
2.2. Base teórica.....	19
2.2.1. Aborto .....	19
2.2.1.1. Según su forma de presentación del aborto .....	21
2.2.1.2. Clasificación del aborto .....	26
2.2.2. Complicaciones.....	33
2.2.2.1. Complicaciones inmediatas .....	34
2.2.2.2. Complicaciones tardías .....	48

2.2.3. Incidencia.....	49
2.2.3.1. Incidencia de aborto .....	50
2.3. Definición de términos .....	52

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo de investigación.....	53
3.2. Diseño de la investigación .....	53
3.3. Población y Ámbito de estudio .....	54
3.3.1. Población de estudio.....	54
3.3.2. Muestra.....	54
3.3.3. Criterios de inclusión.....	55
3.3.4. Criterios de exclusión.....	55
3.3.5. Ámbito de estudio .....	56
3.4. Variables y operacionalización.....	56
3.4.1. Incidencia de aborto .....	56

3.4.2. Complicaciones del aborto .....	57
3.4.3. Operacionalización de variables.....	57
3.5. Métodos, instrumentos y técnicas de recolección de datos .....	60
3.5.1. Métodos de recolección de datos .....	60
3.5.2. Instrumento de recolección de datos .....	61
3.5.3. Técnica de recolección de datos.....	62
3.5.4. Aspectos éticos.....	62
3.6. Procesamiento, procesamiento y análisis estadístico .....	63
3.6.1. Procedimiento de recolección de datos .....	63
3.6.2. Procesamiento de recolección de datos .....	64
3.6.3. Análisis de datos.....	66

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

4.1. Resultados según incidencia .....	69
4.2. Resultados según características sociodemográficas .....	71
4.3. Resultados según antecedentes Obstétricas .....	81

4.4. Resultados según diagnóstico de ingreso .....	85
4.5. Resultados según complicaciones del aborto.....	91
DISCUSIÓN .....	98
CONCLUSIONES .....	103
RECOMENDACIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS .....	122

## ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla 1: Incidencia de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	69
Tabla 2: Edad de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	71
Tabla 3: Residencia de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	73
Tabla 4: Grado de instrucción de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	75
Tabla 5: Estado civil de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	77

Tabla 6:	Ocupación de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	79
Tabla 7:	Abortos previos en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	81
Tabla 8:	Paridad en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	83
Tabla 9:	Edad gestacional en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	85
Tabla 10:	Forma de presentación del aborto en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015	87
Tabla 11:	Tipo de aborto en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	89

Tabla 12:	Complicación en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	91
Tabla 13:	Tipo de complicaciones en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	93
Tabla 14:	Tipos de anemia como complicación en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	96

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Incidencia de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	70
Gráfico 2: Edad de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	72
Gráfico 3: Residencia de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	74
Gráfico 4: Grado de instrucción de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	76
Gráfico 5: Estado civil de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	78

Gráfico 6:	Ocupación de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	80
Gráfico 7:	Abortos previos en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	82
Gráfico 8:	Paridad en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	84
Gráfico 9:	Edad gestacional en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	86
Gráfico 10:	Forma de presentación del aborto en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	88

Gráfico 11:	Tipo de aborto en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	90
Gráfico 12:	Complicación en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	92
Gráfico 13:	Tipo de complicaciones en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	95
Gráfico 14:	Tipos de anemia como complicaciones en las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015.	97

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexos 1: Ficha de recolección de datos	123
Anexos 2: Matriz de Consistencia	125
Anexos 3: Autorización del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para la recolección de datos	126

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de determinar la incidencia y las complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio -diciembre del 2015; se realizó una investigación no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 237 pacientes que tuvieron diagnóstico de aborto. Los resultados indican que la incidencia de aborto fue del 20 %, y sus principales complicaciones fueron: la anemia con un 42,62 %; seguido de síndrome febril con 20.25 %, continuando con infección del tracto urinario con el 17.30 %, sepsis con el 7.60 %, enfermedad pélvica inflamatoria con el 7.17 %, hemorragia con el 5.06 %, shock hipovolémico con el 0.84 %, shock séptico con el 0.42 % y no habiéndose presentado desgarro de cérvix, punción o perforación del útero y la muerte.

Palabras clave: incidencia, aborto, complicaciones

## **ABSTRACT**

This research was conducted in order to determine the incidence and complications in patients with a diagnosis of abortion Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado July-December 2015; a non-experimental research, descriptive, retrospective, cross-section was performed. The sample consisted of 237 patients who were diagnosed with abortion. The results indicate that the incidence of abortion was 20 %, and major complications were anemia with 42,62 %; followed by febrile syndrome with 20,25 %, continuing urinary tract infection with 17,30 %, sepsis with 7,60 %, pelvic inflammatory disease with 7,17%, bleeding with 5,06 %, hypovolemic shock with 0.84%, septic shock with 0,42 % and the absence of any cervical tear, puncture or perforation of the uterus and death.

Keywords: incidence, abortion, complications

## INTRODUCCIÓN

La muerte materna es un indicador del desarrollo social, cultural y económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y la respuesta del sistema de salud. (1) Según la Organización Mundial de la Salud, el aborto es un problema social y de salud pública que va en incremento, se estima, que en la actualidad ocurren en el mundo aproximadamente 600.000 muertes maternas por aborto y el 90 % ocurren en países subdesarrollados (2), demostrándonos que amerita una atención multidisciplinaria y multisectorial inmediata. (1)

El aborto, es una de las primeras causas de morbi-mortalidad materna por las complicaciones hemorrágicas e infecciosas y que practicado en forma insegura, expone a la mujer a daños irreversibles e inclusive hasta la muerte. (2) Y es la segunda causa más común de hospitalización Gineco-Obstetricia en la mayoría de los hospitales de los países en vías de desarrollo. (3)

En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De éstos, 36 % no fueron planeados, y un 20 % termina en un aborto (4).

Se estima que en el Perú un tercio de todas las gestaciones termina en aborto (5). La incidencia de complicación obstétrica fue de 11 %. El 81 % de las complicaciones fueron las asociadas al aborto. (6)

El 13 % de las muertes maternas se atribuyen a las complicaciones de abortos inseguros. El 95 % de estos se registran en países en desarrollo. Con respecto a la edad, dos de cada tres ocurren en mujeres entre 15 y 30 años. (7)

En el Capítulo I se tiene por objetivo determinar la incidencia y las complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto julio - diciembre del 2015.

En el Capítulo II se abordan los antecedentes del problema, los aspectos teóricos relacionados al aborto y sus complicaciones.

En el Capítulo III se aborda la metodología de la investigación, según el problema y los objetivos planteados; la investigación planteada es de tipo descriptiva, retrospectivo no experimental y de corte transversal. La muestra lo constituyeron 237 casos de aborto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el periodo de julio - diciembre del 2015.

En el Capítulo IV se aborda los resultados y discusión, finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción del problema**

Según la OMS, el aborto es un problema social y de salud pública que va en incremento, se estima, que en la actualidad ocurren en el mundo aproximadamente 600.000 muertes maternas por aborto y el 90 % ocurren en países subdesarrollados, especialmente en aquellos con dificultad al acceso de los servicios de salud. Es una de las primeras causas de morbi-mortalidad materna por las complicaciones hemorrágicas e infecciosas y que practicado en forma insegura, expone a la mujer a daños irreversibles e inclusive hasta la muerte. (2)

En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De éstos el 36 % no fueron planeados y un 20 % terminaron en aborto (4). En algunos países el aborto es causa de mortalidad materna hasta en 30 %. (1,8). Se estima que en el Perú un tercio de todas las gestaciones termina en aborto (5).

Se ha podido estimar que cerca del 30 % de embarazos en nuestro país terminaron en aborto incompleto, esta cifra equivalente a 271 mil casos es una estimación moderada, y si se relaciona con el total de nacidos vivos se tiene una razón de 43 por cada 100; es decir, poco más de 4 abortos por cada 10 nacimientos. (9)

El 13 % las muertes maternas se atribuyen a las complicaciones de abortos inseguros. El 95 % de estos se registran en países en desarrollo. Con respecto a la edad, dos de cada tres ocurren en mujeres entre 15 y 30 años. (7)

La incidencia de complicación obstétrica fue del 11 %, el 81 % de las complicaciones fueron las asociadas al aborto. (6)

En Puerto Maldonado; cuenta con una población de 134,105 habitantes siendo la población femenina 57,084, mujeres en edad fértil 39,385, gestantes 3,265; uno de los problemas principales que afronta Madre de Dios son la incidencia y prevalencia de abortos, siendo este uno de los problemas a disminuir. A ello se le puede sumar algunos factores que agravan la situación como: la baja calidad de vida, el bajo nivel de educación sobre salud sexual y reproductiva, la formación de una familia a temprana edad, inestabilidad conyugal, la trata de personas por ser una zona minera, violación, etc.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

Lo anteriormente expuesto lleva a plantear la siguiente interrogante:

¿Cuál es la incidencia y complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015?

### **1.2.2 Problema Específico**

a) ¿Cuál es la incidencia del aborto en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015

b) ¿Cuáles son las Complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre 2015?

## **1.3 Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Determinar la incidencia y las complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre del 2015.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- a) Determinar la incidencia del aborto en las mujeres hospitalizadas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre del 2015.
  
- b) Determinar las Complicaciones en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado julio - diciembre del 2015.

## **1.4 Importancia y justificación de la investigación**

La investigación adquiere relevancia por las siguientes implicancias:

La muerte materna es un indicador del desarrollo social, cultural y económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y la respuesta del sistema de salud.

El aborto sigue constituyendo en un grave problema de salud pública, que amerita una atención inmediata multidisciplinaria y multisectorial. (1)

Estudios realizados recientemente en Cuba nos muestran que más de 2 millones de adolescentes son sometidas anualmente a un aborto en países en desarrollo, casi siempre en condiciones de riesgo, reportándose que una de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años. (10)

A demás, merecen singular importancia por estar expuestas a enfrentar serios problemas como el riesgo al embarazo no deseado, que puede conllevar a recurrir al aborto en condiciones de riesgo provocando un trauma emocional, dolor, secuelas y muerte. El aborto en la población joven, tiene un elevado costo para la sociedad por las connotaciones sociales y psicológicas, pérdida de trabajo e interrupción de estudios. (9)

Es la segunda causa más común de hospitalización Gineco-Obstetricia en la mayoría de los hospitales de los países en vías de desarrollo. (3)

Considerando lo consignado en la descripción del problema a nivel local se justifica la siguiente investigación, que sirva como sustento para que el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado implemente, modifique, reoriente sus recursos, estrategias y adopte nuevas medidas de salud pública en el control de los abortos y complicaciones, para disminuir la morbi - mortalidad materna; así mismo mejorar el costo-beneficio a la institución en tiempo y recursos.

Tiene relevancia social debido a la alta incidencia y prevalencia de aborto y complicaciones, siendo un riesgo que aqueja a la mujer.

Tiene relevancia académica, porque conducirá a resultados que puedan ser compartidos con profesionales interesados en la temática, particularmente profesionales de las ciencias de la salud, que a través de sus propias investigaciones puedan incluso profundizar en el estudio.

Es un estudio factible de ser realizado, ya que existe acceso a las unidades de estudio, se cuenta con el tiempo necesario, además, los recursos y el presupuesto fueron cubiertos por el investigador. Así mismo, existe interés personal en la ejecución del estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Se han encontrado en las bases de datos internacionales, nacionales y locales algunos trabajos de investigación que de alguna manera se relacionan con el presente estudio.

- **En el ámbito internacional**

Ojha N, Bista KD. Análisis de la situación de los pacientes que asisten al hospital después de un aborto. Aborto con problemas y complicaciones. JNMA J Nepal (2013). Nos demuestra que hubo un total de 57 casos durante el estudio. La mayoría (66,6 %) de las mujeres estaban en el grupo de edad de 20 a 29 años de edad. Hubo 45 (79 %) mujeres que tuvieron aborto hasta las 9 semanas de gestación. La mayoría de mujeres (54,4 %) presentaron un aborto incompleto. (11)

Los Protocolos asistenciales en obstetricia de la sociedad española de ginecología y obstetricia (2012).Un estudio realizado en Estados Unidos el 2005 concluye que pocos factores se asocian a aborto espontáneo en mujeres que presentan un embarazo en el primer trimestre. Los factores asociados fueron edad mayor de 35 años e infecciones cervicales. (3)

Peña E., Martínez M., demuestra que las principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, Republica Dominicana (2010). Obtuvieron como resultado que el 81 % de las complicaciones fueron consignadas como asociadas al aborto, sin especificar hemorragia, sepsis u otra condición; este alto porcentaje de complicaciones vinculadas al aborto, probablemente guarde relación con la elevada demanda de atención por abortos en este servicio donde de cada 10 embarazadas atendidas por parto eutócico, seis embarazadas son atendidas por abortos.(6)

Zambrano G., Manejo del aborto en curso y diferido en adolescentes Guayaquil –Ecuador (2010). Nos dice que en su país el aborto se realiza en condiciones generalmente inadecuadas y

por un personal no siempre calificado, esto incrementa las complicaciones. (12)

Narváez P., Neira A. Estudio comparativo de las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, 2008. 2010. Obtuvieron como resultados que el aborto se presentó con un 22,19 % en mujeres adolescentes, mientras que las mujeres adultas representaron un 77,81 % de los mismos. Es decir, el aborto tuvo mayor frecuencia en las mujeres adultas. Del total de abortos presentados tanto en adolescentes (79,31 %) como adultas (80,66 %), la mayoría fueron incompletos y la segunda mayor frecuencia fue de abortos diferidos: adolescentes (18,39 %); adultas (17,05 %). En la mayoría de los casos, tanto las pacientes adultas (55,41 %) como las adolescentes (78,16 %) sus embarazos no fueron planificados. El estado civil más frecuente en las adolescentes fue la unión libre con un 49,43 %. Mientras que la mayoría de mujeres adultas fueron casadas en un 49,51 %. La mayor parte de las pacientes atendidas tenían instrucción secundaria: adolescentes (64,37 %) y las mujeres adultas (43,93 %). La mayoría de las pacientes adultas tuvieron antecedentes de

partos (73,77 %) o abortos previos (29,51 %). El 95,40 % de adolescentes y el 98,36 % de mujeres adultas no presentaron complicaciones. Del reducido porcentaje que presentaron complicaciones, la hemorragia, infección y perforación uterina bordean el 1 % en adolescentes y adultas, con la diferencia que no se presentaron perforaciones uterinas en las adultas. (13)

En la Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto Tercera edición, Argentina (2009), se observó que el aborto es la primera causa de muerte materna con un 24 % y por ello mueren por complicaciones un número considerable de mujeres muy jóvenes de 25 a 29 años de edad y siendo la mayor complicación hemorragias seguida de infecciones y otros. (14)

Fawad A, abortos inducido séptico en el 2008. Obtuvieron como resultados en dos años del período total de admisiones en Gynae un 1090. Hubo 152 (13,95 %) casos de abortos espontáneos del primer trimestre y 52 (4,7 %) casos de abortos inducidos que se incluyen en el estudio. El rango de edad de las pacientes fue de entre 20-45 años, con una media de 35 años. La mayoría de las pacientes eran gran multigrávidas perteneciente a

un grupo socioeconómico bajo y que no utilizan anticonceptivos. Veinte pacientes (38,4 %) presentaron sangrado vaginal debido a la naturaleza incompleta del procedimiento. Doce pacientes 23 % presentaron en estado de shock debido al excesivo sangrado vaginal. Diez pacientes 19,2 % tenían perforación uterina y hemorragia intraperitoneal. Dos pacientes 3,8 % había lesión intestinal asociada con perforación uterina. Tres pacientes del 5,7 % debido a la septicemia desarrollo gangrena uterina. Diez pacientes 19,2 % tenían infección pélvica aguda se presenta con la pelvis abscesos y enfermedad inflamatoria pélvica aguda. (15)

Un estudio en Guttmacher Instituto (2008). Nos demuestran que el número estimado de abortos que ocurren anualmente en América Latina aumentó ligeramente entre 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones. La tasa anual de aborto se mantuvo estable entre 2003 y 2008, permaneciendo en 31–32 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años. De los 4.4 millones de abortos realizados en el 2008, el 95 % fueron inseguros. En el Caribe un 46 % de los abortos fueron inseguros, tal y como fueron casi todos los abortos en América Central y América del Sur. Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto

incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección y las complicaciones menos comunes pero muy serias incluyen el shock séptico, la perforación de órganos internos y la inflamación del peritoneo. (16)

Hernandez P., factores personales y aborto en adolescentes, Veracruz - México (2007). Obtuvieron como resultado que cerca del 10 por ciento de las mujeres que abortan terminan requiriendo transfusiones por las hemorragias que presentan, casi el 25 por ciento de las que se someten a abortos del segundo trimestre desarrollan esterilidad, debido sobre todo a infecciones; el 42 por ciento de los abortos provocados con prostaglandinas se complican. (17)

- **En el ámbito nacional:**

Berlinda C. Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (2011). Un estudio de casos y controles encuentra que: la incidencia de abortos fue de 12,5 %, el 70 % de los abortos se produjeron dentro de las 12 primeras semanas; los antecedentes

de abortos previos, incrementan el riesgo de aborto. La edad de la paciente, el estado civil, la ocupación, la paridad y el peso pre gestacional no constituyeron factores de riesgo. (18)

Poma H. Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al aborto en el Hospital de apoyo de Moquegua (2009). Otro estudio de casos y controles llevado a cabo en el Hospital de Apoyo de Moquegua, durante los años 2006 al 2009, concluye que: la frecuencia de abortos fue de 13 %, el grado de instrucción superior, el estado civil soltera (no conviviente), el tener antecedente de abortos previos, otros; constituyeron factores de riesgo mientras que la edad de la paciente y la paridad no constituyeron factores de riesgo. (19)

Miranda J., Yamin A., ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva, Perú (2008). Se encontró que el aborto inseguro representa un 16 % del total de muertes maternas. Existen aproximadamente 66 abortos por cada 100 nacidos vivos en el país, en donde el aborto es ilegal. Como mínimo, 30 % del total de abortos resulta en complicaciones. (20)

Peña G., Factores relacionados al aborto en gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna (2008). Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se evidencia que la incidencia de abortos fue de 14 %, y que las características con más frecuencia que presenta el aborto son: edad materna entre los 20 a 35 años, instrucción secundaria, estado civil conviviente y sin antecedentes de aborto. (21)

Acho S., Camposano D., y cols; Aborto en adolescentes. Experiencia en el hospital nacional Cayetano Heredia, Perú (2005). Obtuvieron como resultado que la incidencia de aborto fue de 14,7 %; el 29,6 % del grupo etario de 17 a 19 años presento alguna complicación, siendo la anemia aguda la más frecuente de las complicaciones con un 52,7 % de todos los casos seguida de infección de las vías urinarias con 18,9 %, luego síndrome febril con 9,4 % y otras. (22)

Manrique M. Características de las mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, (2004). Se llevó a cabo un estudio descriptivo en el Instituto

Nacional Materno Perinatal, en el que se concluyó que la mayor frecuencia de abortos se presenta en mujeres de 20 a 29 años, con estudios secundarios, con estado civil conviviente. También se vio que el aborto precoz fue cuatro veces más frecuente que el tardío (23)

- **En el ámbito local :**

En la evaluación estadística del año 2014 del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado; registra en primer lugar a los embarazos que terminaron en aborto dentro de las diez primeras causas de morbilidad en el área de Gineco – obstetricia con 466 casos (16,57 %); según etapa de vida adolescente (10 a 19 años) hubieron 6,83 % o 61 casos y según etapa de vida adulto (20 a 59 años) hubo 9,74 % o 405 casos de aborto. (24)

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 Aborto**

Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado menor o igual que 500 gramos o 25 cm (25)(14).

Según Schwartz y Williams define aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 g. (26) (27)

Según MONGRUT ANDRÉS define como aborto a la expulsión de un feto hasta la vigésima semana de gestación, correspondiente a un peso aproximado hasta los 500 gr. Reservándole la denominación de inmaduro entre las 21 y 28 semanas de embarazo. (28)

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha recordado la anterior definición de aborto que recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también la

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: “El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”. (29)(30)

Si es menor de 12 semanas, se denomina precoz y si ocurre entre las 12 a 22 semanas, se denomina tardío. (14)(26)

### **Clasificación Clínica:**

Según la forma de presentación del aborto y el momento en que se realiza el diagnóstico, podemos diferenciar las siguientes formas clínicas:

Según el tiempo de gestación:

- ABORTO TEMPRANO: Edad gestacional menor o igual a 12 semanas.(31)
- ABORTO TARDÍO: Edad gestacional mayor a 12 semanas.(31)

### **2.2.1.1 Según su Forma de Presentación del aborto:**

#### **❖ Aborto Espontáneo**

Cuando el embarazo es interrumpido espontáneamente, es decir, sin que medie una maniobra abortiva. Aproximadamente entre 10 % y 15 % de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. (32)

El 80 - 85 % de los abortos espontáneos pertenecen al primer grupo y en la mayoría de los casos subyace una causa embrionaria. En el grupo de abortos espontáneos tardíos los factores maternos se encuentran presentes con mayor frecuencia, existiendo al tiempo una mayor tasa de complicaciones asociadas a las medidas terapéuticas. (31)

El cuadro clínico de un aborto espontáneo incluye: mujer en edad reproductiva, dolor en hipogastrio con sangrado vía vaginal, retraso menstrual o amenorrea, fiebre y/o malestar general

(en casos de aborto séptico). El diagnóstico se hace con la correlación entre el cuadro clínico y la ecografía trans-vaginal o trans-abdominal según la edad gestacional y concentración de  $\beta$ -HCG. La mayoría de abortos espontáneos son tempranos, 80 % ocurre en las primeras 12 semanas y el 20 % restante de la semana 12 hasta la 22. (25)

El aborto esporádico espontáneo, especialmente el precoz, es una complicación frecuente del embarazo. Se estima que entre un 11 % y un 20 % de los embarazos clínicamente reconocidos evolucionan a un aborto espontáneo. En las adolescentes puede alcanzar una tasa de 10 % a 12 %, mientras en que las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces (22). Sin embargo la pérdida de embarazos subclínicos es mucho más alta y así, en estudios con determinaciones seriadas de gonadotrofina coriónica a una misma población de mujeres seguidas a lo largo del tiempo, la tasa de pérdida gestacional pos implantación alcanza el 31 %; de ellas un 70 % se

producen cuando el embarazo aún no era clínicamente detectado. Así pues, hemos de entender el aborto espontáneo como una complicación enormemente frecuente que afecta casi al 50 % de las concepciones. (33)

#### ❖ **Aborto inducido**

El aborto inducido es la interrupción de un embarazo, que puede ser legal, terapéutico o clandestino. En este último caso, puede ser un aborto inducido en condiciones seguras o inseguras. (34)

El aborto inducido es un problema de salud pública en los países en que es ilegal, como en el Perú. Tiene graves consecuencias físicas, psíquicas y económicas. Desde el punto de vista físico, el aborto inducido puede llevar a la hemorragia, infección, enfermedad inflamatoria pélvica, obstrucción tubárica, esterilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico y la muerte. El riesgo de morir por aborto provocado en países menos desarrollados

por aborto ilegal es 100 a 1 000 veces mayor que en países desarrollados, en los que existe aborto legal. Por lo tanto, el riesgo de morir por aborto provocado depende fundamentalmente de la situación legal del aborto. (35)

Los abortos “inseguros” ocurren desproporcionadamente en países con pocos recursos, y constituyen un importante problema de salud pública; de hecho, en países menos desarrollados, las muertes atribuibles al aborto pueden llegar a constituir entre el 22 % y el 56 % de todas las muertes maternas directas. (36)

#### ❖ **Aborto terapéutico**

Se ha entendido en diversas legislaciones, como la interrupción de un embarazo por razones médicas, que puede motivarse por razones preventivas, en el caso que durante la gestación empeore el pronóstico de una enfermedad de base haciendo inviable el feto, o razones curativas, cuando

se considera que el embarazo causa un peligro para la vida de la madre o para su salud física y/o mental.

(37)

La práctica del aborto terapéutico es un tema que genera cuestionamientos debido a los juicios éticos, científicos, filosóficos, teológicos y jurídicos relativos a la concepción de la vida; y a la posible contraposición entre los derechos de la madre y de los del feto. Asimismo, al regular este tipo de práctica, de alguna forma, se percibe que se abre la discusión para que los abortos libres tengan espacio. (37) (38)

Daños que se pueden desencadenar por el embarazo (39)

<b>Factores</b>	<b>Áreas de afectación</b>	<b>Algunos ejemplos de daños que pueden desencadenar</b>
<b>Factores de vulnerabilidad fisiológica</b>	Incluyen las complicaciones propias del embarazo.	Hiperémesis gravídica, preclamsia, mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
<b>Factores de vulnerabilidad psicológica</b>	Incluyen trastornos y enfermedades psiquiátricas, o las situaciones que las precipiten.	Violación sexual, por el riesgo de estrés postraumático, abuso de drogas, alcohol, depresión, suicidio y conducta violenta
<b>Factores precipitantes</b>	Incluyen a las enfermedades en donde el embarazo puede interferir con el tratamiento.	Diversos cánceres que requieren tratamiento quirúrgico, radio y quimioterapia

<b>Factores de consolidación</b>	Incluye aquellas que agravan la condición de salud	Tratamientos neurológicos, psiquiátricos, insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso sistémico con daño renal severo, insuficiencia cardiaca congestiva, cuadros hipertensivos de naturaleza reno vascular.
----------------------------------	--	---

### 2.2.1.2 Clasificación del Aborto:

#### ❖ Aborto en Curso:

Incluye aquellas situaciones en las que el proceso de la expulsión del embrión del útero se ha iniciado de una manera objetiva clínicamente. Existe hemorragia de origen uterino, con continua y progresiva dilatación cervical, pero sin haberse expulsado todavía el producto de la concepción. El desprendimiento del huevo continúa y se completa totalmente, y con ello el embrión muere. Las contracciones uterinas dilatan el cuello uterino y empujan el huevo hacia el conducto cervical. (40)

Algunos autores distinguen dos fases en el aborto en curso:

- A.** Una incipiente en la que el cuello ha iniciado la dilatación y ya es difícilmente reversible.
- B.** El aborto inminente o inevitable, en la que el huevo está totalmente desprendido y se encuentra en el canal cervical.(40)

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, y las membranas se rompen, se convierte en un ABORTO INEVITABLE. (25)(41)

#### ❖ **Aborto Retenido-Frustro:**

Se produce la muerte del producto concepcional sin su expulsión. A esta modalidad también se lo denomina “huevo muerto o retenido”.

La dinámica uterina es insuficiente para expulsar el huevo. Después de 24 horas, comienzan las modificaciones estructurales del embrión y del saco gestacional (lisis, deformación, achatamiento del embrión y del saco y en etapas más avanzadas puede producirse maceración o momificación). La infección ovular es más frecuente cuando el huevo tiene contacto con el exterior. (12) (26)

❖ **Aborto Incompleto:**

Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente (26). A veces resulta difícil distinguir entre un aborto incompleto y uno inevitable, pero, afortunadamente, esto no tiene transcendencia

clínica, ya que el tratamiento es el mismo en ambos casos. (42)

Su manejo consiste en la evacuación uterina mediante aspiración manual endouterina, si es un aborto hasta de 12 semanas, o mediante el legrado uterino para abortos mayores de 12 semanas. En el primer caso, puede realizarse el manejo ambulatorio, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. (35)

#### ❖ **Aborto Completo**

Es el aborto que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor. Su manejo puede ser ambulatorio y requiere solicitar ecografía preferiblemente transvaginal. (35)

Desde un punto de vista clínico nosotros preferimos no hacer este diagnóstico en ningún aborto producido antes de las 16 semanas, ya que, con frecuencia la evolución del caso demuestra que

la paciente ha abortado de forma incompleta y el error diagnóstico puede condicionar un retraso en el tratamiento. (42)

#### ❖ **Aborto séptico**

Se considera que existe un aborto séptico en toda mujer con aborto completo, incompleto o frustrado, acompañado de infección, puede ser espontáneo o provocado entendiéndose por provocado el resultado obtenido de cualquier maniobra que se practique con el fin de interrumpir el embarazo (42). La infección postaborto es un proceso ascendente y sus principales causas son:

- Presencia de cervicovaginitis.
- Retención de restos del producto de la concepción, que se sobreinfectan.
- Mala técnica aséptica, produciendo infección al practicar la instrumentación.

- Utilización de elementos contaminados o sustancias tóxicas para interrumpir la gestación.
- Traumatismo durante el procedimiento operatorio, con perforación del útero y/o de otras estructuras.

### **Clínica:**

Al igual que en la infección uterina puerperal, se debe realizar un diagnóstico sindromático, que evalúa a la paciente según la respuesta inflamatoria sistémica de la mujer frente a la infección y un diagnóstico topográfico.

- ✓ **Sepsis:** Es la presencia de un foco infeccioso y dos o más criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, que incluye:
  - Temperatura > 38°C o < 36°C,
  - Frecuencia cardiaca > 90 lat/min,
  - Frecuencia respiratoria > 20/min o

- PaCO<sub>2</sub> < 32 torr
- Leucocitosis >15 000 (para el puerperio)
  - <4 000 cels/mL o la presencia de >10% de neutrófilos inmaduros (cayados).

✓ **Shock séptico:** Se define como una hipotensión inducida por sepsis, PA sistólica <90 mmHg, o una disminución de 40 mmHg con respecto a la basal, que persiste por más de una hora, a pesar de una adecuada resucitación con líquidos, llevando a hipoperfusión sistémica.(35)

✓ **Síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM):** es la presencia de disfunción de dos o más órganos, secundaria a la hipoperfusión y a los mediadores de la sepsis. Las disfunciones más frecuentes son: respiratoria, cardiovascular, renal, hepática, cerebral y de la coagulación. (35)

## **2.2.2 Complicaciones**

Se determinó como complicación a cualquier suceso que ocasionó discapacidad, enfermedad o muerte en la paciente embarazada, relacionado o agravado por el embarazo mismo o por la atención médica. (6)(43)

### **Complicaciones en aborto**

La incidencia de complicación obstétrica fue de 11%. El 81 % de las complicaciones fueron consignadas como asociadas al aborto, sin especificar hemorragia, sepsis u otra condición (6).

Estas complicaciones del aborto son las siguientes: hemorragia, infección, retención de restos y shock endotóxico. En el aborto espontáneo son más raras las complicaciones que en el aborto provocado. (42)

### 2.2.2.1 Las complicaciones inmediatas

Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal (42). Las complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y "shock" endotóxico (12).

- ❖ **Complicaciones Hemorrágicas.** Son las más frecuentes en el aborto. Son más graves en abortos tardíos (de la trece a la diecinueve semanas) que en los abortos precoces (antes de la doce semana). Son también más graves en los abortos intencionados, y asimismo pueden alcanzar una gran importancia en los abortos con feto muerto (diferido). (44)(45)

## ❖ La hemorragia

Puede ser resultado de la retención del producto de la concepción, un traumatismo o daño del cuello uterino, una coagulopatía o, en forma aislada, la perforación del útero. Dependiendo de la causa de la hemorragia, el tratamiento adecuado puede incluir la evacuación del útero y la administración de fármacos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, provocando la anemia. (46)

### **Criterios diagnósticos**

- ✓ La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml,(47)
- ✓ Pérdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)

- ✓ Descenso del hematocrito 10 o más puntos
- ✓ Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos
- ✓ Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl
- ✓ Cambios hemodinámicos: que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre. (47) (48)

**Etiología.-** La etiología de estas hemorragias puede deberse: a) A retención de restos en la cavidad uterina, que determina un fallo en los mecanismos de hemostasia. Esta es la causa más común. b) A atonía de las contracciones uterinas o a anomalías uterinas (miomas, duplicaciones), después de expulsado totalmente el huevo, causa ésta menos frecuente, c) también hay hipofibrinogenemia. En casos de feto muerto, sobre todo en abortos tardíos, puede

producirse una hipofibrinogenemia o una fibrinólisis y determinar hemorragias muy graves. (44) (45)

**Clínica.-** Los síntomas más importantes de esta complicación son la anemia crónica y la anemia aguda. Con frecuencia la dos se asocian y se complican. La anemia crónica se desarrolla en mujeres con abortos largamente amenazantes o diferidos, que están sangrando mucho tiempo seguido, a veces durante meses. En estas condiciones, las pequeñas sangrías repetidas son al principio bien compensadas por la hematopoyesis, pero poco a poco se va agotando el hierro de reserva y se produce una anemia microcitaria hipocrómica de tipo ferropénico. Esta anemia se acompaña de formas insidiosas de hipoproteinemia, y estos dos elementos asociados constituyen un factor de menor resistencia a la infección, que muchas veces viene a añadirse secundariamente a esta complicación hemorrágica. La anemia aguda es, en cambio un problema hemodinámico, motivado por la pérdida de

un volumen de sangre considerable. Al final del embarazo la resistencia de la mujer a las pérdidas hemáticas es considerable; en cambio, durante el primer semestre del embarazo, esta resistencia a las pérdidas sanguíneas está disminuida. (45)

**Hemorragia que precisa transfusión.** Las hemorragias son una complicación frecuente y en numerosos casos llegan a precisar una transfusión sanguínea. (49)

❖ **Shock hipovolémico:**

Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo).

**Criterios diagnósticos**

- ✓ Identificación de antecedentes y factores de riesgo según etiología.

✓ Síntomas y signos:

- Pérdida profusa de sangre vía vaginal y/o pérdida de fluidos corporales.
- Taquicardia (pulso mayor de 100 por minuto).
- Alteraciones de la conciencia.
- Hipotensión (presión arterial menor de 90/60).
- Oliguria.

Cuadro clínico según intensidad de la pérdida sanguínea:

PARÁMETROS	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de volemia (%)	< 15%	15– 30%	30– 40%	> 40%
Frecuencia del pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión ortostática	Baja	Baja
Diuresis (ml / hora)	> 30	20– 30	15 a 20	< 15
Estado mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico

Manifestaciones propias de las hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo. (50)

## ❖ Anemia

La anemia es la complicación hematológica más frecuente (51), afecta una proporción importante de mujeres, es considerado un problema de salud pública en nuestro país. A nivel mundial se calcula que alrededor de 47 % de mujeres no embarazadas y del 60% de las embarazadas tienen anemia. (52) (53)

La anemia se define como una disminución de la cantidad de hemoglobina, proteína presente en el eritroblasto que es responsable del transporte de oxígeno a los diferentes tejidos. Los valores límites inferiores propuestos fueron: Hemoglobina (Hb) < 12g/dl en mujeres y < 13g/dl para los hombres y embarazada 11,5g/dl. (22) (54)

	LEVE	MODERADA	SEVERA
<b>Hemoglobina</b> gr	9 – 10.9	7 – 8.9	Menor o igual a 6.9
<b>Hematocrito</b>	33 - 27	26 - 21	Menor de 20

Las formas leves de esta anemia son consideradas fisiológicas y no son tratadas puesto que no tienen repercusiones significativas, sin embargo en anemias graves si son tratadas pues se ha constatado que se produce graves repercusiones.(52) (55)

#### ❖ **Perforación de útero**

Es una complicación relativamente frecuente, en torno a 1 de cada cien abortos. El diagnóstico de la complicación es difícil y en ocasiones requiere una nueva intervención. (45)

Es una complicación relativamente frecuente en los procesos de evacuación uterina, especialmente cuando la misma se efectúa mediante curetaje. El espectro de manifestaciones de esta complicación va desde la perforación asintomática que sólo requerirá oxitócicos como tratamiento a la claramente visible con síndrome de irritación peritoneal o shock hemodinámico. (44)

Es infrecuente (0,2%). El riesgo aumenta con la inexperiencia del cirujano, la multiparidad y los abortos tardíos. El útero en retroflexión o retroversión, también incrementa el riesgo de perforación, por lo que es de gran importancia la exploración ginecológica mediante tacto bimanual previa al legrado. (44)(56)

#### ❖ **Desgarros cervicales**

Están presentes en al menos 1 % de los abortos (30). El riesgo aumenta en embarazos de adolescente, del segundo trimestre o si hay fallos de dilatación cervical. (45)

Las complicaciones pueden reducirse si: se logra una adecuada dilatación del cuello, manipulación adecuada de los instrumentos dentro del útero y se extrae todo el tejido. El tratamiento: Los desgarros y perforaciones sangrantes deben repararse. Si hay retención de restos hay que realizar una revacunación uterina. (44)

## ❖ **Complicaciones Infecciosas**

La complicación más frecuente de los abortos que se infectan es la endometritis post-abortiva. Sin embargo, las complicaciones más graves del aborto son: la sepsis post-abortiva y su consecuencia, el shock endotóxico. (12) (45)

Infección, suele caracterizarse por fiebre, escalofríos, secreciones vaginales fétidas, dolor abdominal o pélvico o a la movilización del útero, una metrorragia prolongada o elevación del recuento leucocitario. (12) (45) (46)

Es más frecuente en abortos provocados. Predispone a las pacientes a desarrollar infertilidad, dolor pélvico y un riesgo aumentado de embarazo ectópico. Sospechar en presencia de fiebre, hemorragia y dolor pélvico. Suele deberse a la retención de restos. La ecografía evidencia la existencia de restos intrauterinos. Si se confirma, debe realizarse una evacuación uterina. En ausencia de material retenido, debe tratarse como una

endometritis. Ante la presencia de dolor abdominal generalizado con defensa, taquicardia, fiebre alta se debe descartar la aparición de sepsis. Deben solicitarse hemograma, bioquímica y cultivo de restos, sangre y orina. (44)(57)

#### ❖ **Enfermedad inflamatoria pélvica**

De entre las pacientes que tienen una infección por clamidia en el momento del aborto, un 23 % desarrollará EPI en cuatro semanas. Algunos estudios han arrojado que entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. Aproximadamente un 5 % de pacientes que no han sido infectados por clamidia desarrollan EPI dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto realizado durante el primer trimestre (49)

Existen pocos datos acerca de la incidencia de infección pélvica clínicamente significativa después de un aborto médico, pero se produce en forma aislada y posiblemente con menos frecuencia que después de

una aspiración de vacío. Muchos de los síntomas de infección pélvica, como el dolor, son un tanto inespecíficos y, en consecuencia, es difícil su diagnóstico preciso. Las mujeres con dolor pélvico, sensibilidad abdominal o anexial, secreciones vaginales y fiebre deben recibir tratamiento con antibióticos de amplio espectro. (46)

❖ **Sepsis:**

**Aborto séptico:** Complicación infecciosa grave del aborto, que puede evolucionar a un cuadro de sepsis, shock séptico, y síndrome de disfunción orgánica múltiple.

**Sepsis severa:** Insuficiencia circulatoria sistemática con manifestaciones de hipo perfusión en órganos vitales: acidosis láctica, oliguria, alteración de conciencia. (50)

La incidencia de aborto séptico en adolescentes fue 20,5 % (285 sépticos/1 391 abortos),

y en mayores de 19 años de 16,1 % (1 424 sépticos/8 870 abortos) además el 9 % de las adolescentes con aborto séptico terminó sin útero, a consecuencia de la gravedad de los casos, la mayoría, además, sin ovarios. (51)

Es la presencia de un foco infeccioso y dos o más criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que incluye:

- ✓ Frecuencia cardiaca > 90lat/min,
- ✓ Temperatura > 38°C o < 36°C,
- ✓ Frecuencia respiratoria > 20/min o PaCO<sub>2</sub> < 32 torr
- ✓ Leucocitosis > 15.000 (para el puerperio) o < 4.000 cel/mm<sup>3</sup> o la presencia de > 10% de neutrófilos inmaduros (cayados).

#### ❖ Shock séptico

Se define como una hipotensión inducida por sepsis, TA sistólica < 90mmHg, o una disminución de 40 mmHg con respecto a la basal, que persiste por

más de 1 hora, a pesar de una adecuada resucitación con líquidos, llevando a hipoperfusión sistémica. (35)(58)

#### ❖ Muerte

Está registrado en diferentes estudios que el aborto es una causa importante en nuestro medio de mortalidad materna. En países en vías de desarrollo o sin desarrollar las cifras son más altas, y en muchos casos la legalización del aborto no modifica la mortalidad ni las complicaciones severas. El riesgo de muerte por causas debidas al aborto crece un 38 % por cada semana de gestación a partir de la 8ª. Comparadas con mujeres que abortaron en la 8 semana, las mujeres a las que se les practicó una aborto en el segundo trimestre, tienen una probabilidad significativamente mayor de fallecer por causas debidas al aborto. (34)

### **2.2.2.2 Complicaciones tardías**

Infertilidad, es una complicación poco frecuente y que se suele ver más frecuentemente relacionada con la evacuación por curetaje. (14)

#### **❖ El Síndrome de Asherman:**

Las Sinequias uterinas es el 60 % de los casos secundario a un legrado uterino, disminuyendo su frecuencia mediante maniobras suaves y precisas, eligiendo la técnica del legrado por aspiración en vez del curetaje quirúrgico. No hay que olvidar que se puede provocar infertilidad en la mujer debido a este síndrome. (56)

### **2.2.3 Incidencia**

En los estudios epidemiológicos en los que el propósito es la investigación causal o la evaluación de medidas preventivas, el interés está dirigido a la medición del flujo que se establece entre la salud y la enfermedad,

es decir, a la aparición de casos nuevos. La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición.

Se puede medir con dos índices: incidencia acumulada y densidad (o tasa) de incidencia.

### **Incidencia acumulada**

Es la proporción de individuos que desarrollan el evento durante el periodo de seguimiento. Se calcula

$$IA_{(at)} = \frac{N^{\circ} \text{ eventos nuevos}}{N^{\circ} \text{ individuos susceptibles al comienzo}}$$

### **Características**

- ✓ Es una proporción
- ✓ No tiene dimensiones.
- ✓ Su valor oscila entre 0 y 1, aunque también se suele expresar como porcentaje
- ✓ Depende del tiempo de seguimiento

- ✓ Se calcula sobre una cohorte fija, es decir no se permiten entradas de nuevos individuos durante el seguimiento.

La principal limitación de este índice proviene del efecto de cohorte fija, puesto que a lo largo del seguimiento generalmente se pierden individuos. (59)

#### **2.2.3.1 Incidencia de aborto**

En el Perú se realizan más de cuatro abortos por cada diez nacimientos; es decir, casi 750 abortos diarios, 31 cada hora y uno cada 2 minutos, según el Ministerio de Salud. Se ha podido estimar que cerca del 30 % de embarazos en el país termina en un aborto inducido, esta cifra equivalente a 271 mil casos es un estimación moderada, y si se relaciona con el total de nacidos vivos se tiene una razón de 43 por cada 100; es decir, poco más de 4 abortos por cada 10 nacimientos.(60)

La incidencia de interrupciones del desarrollo del proceso reproductivo es muy alta, sobre todo

cuando se considera desde las etapas más precoces. Se calcula que, teniendo en cuenta los fallos de la fecundación, de cada 100 “embarazos potenciales” tan sólo 31 llegan a término con un feto vivo.

La frecuencia del “aborto”, considerando a éste como la “interrupción de la gestación antes de que el feto haya alcanzado una edad gestacional que lo haga viable”, depende por tanto del criterio que utilicemos para definir que el embarazo existe. Cuando tan sólo se tienen en cuenta los embarazos que llegan a la fase de implantación, la frecuencia de aborto es del 30 % al 40 %, alcanzado el diagnóstico clínico de embarazo, la frecuencia baja al 10 % -15 %, y si la gestación progresa y se observa un producto vivo, la probabilidad de aborto baja notablemente, hasta llegar a cifras comprendidas entre el 3 % y el 4 %.

(61)

## **2.3. Definición de Términos**

### **a) Aborto**

Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado menor o igual que 500 gramos o 25 cm (25)(12).

### **b) Complicación**

Son manifestaciones fisiopatológicas y clínicas que durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento agrava la salud de la mujer. (62)

### **c) Incidencia**

La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. (59)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio de tipo cuantitativo ya que sus variables son medibles y cuantificables (63). El grado de abstracción de la investigación es de clase descriptivo, porque se describe el comportamiento de la variable involucrada (64).

#### 3.2. Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es no experimental por que se obtiene datos directamente de la realidad objeto de estudio, sin manipular deliberadamente ninguna variable, lo que se hace es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlo (65). Según la dimensión temporal es de *diseño transversal* porque implica la recolección de los datos en un solo corte de tiempo y retrospectivo, ya que se inician con la observación de ciertas causas presumibles. (63) (65)

### **3.3. Población y ámbito de estudio**

#### **3.3.1 Población de estudio**

La población estuvo conformada por 1142 pacientes gestantes atendidas, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado Julio - Diciembre del año 2015.

#### **3.3.2 Muestra**

La muestra estuvo conformada por 237 pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Aborto, en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado Julio - Diciembre del año 2015.

Tipo de muestreo es no probabilístico, ya que las unidades de análisis se recogieron utilizando métodos en los que no interviene el azar, se utilizó el muestro consecutivo, el cual consiste en reclutar a todos los individuos de la población accesibles que cumplan con los criterios de inclusión durante el periodo de reclutamiento fijado para el estudio. (66)

### **3.3.3 Criterios de inclusión**

- Haber sido atendida en el servicio de gineco obstetricia del hospital Santa Rosa de julio a diciembre con el diagnóstico de interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal.
- Producto con un peso aproximado menor o igual de 500 gramos.
- Pacientes que presentaron complicaciones luego de haberse producido el aborto ya sea cualquiera de sus causas como aborto espontaneo o inducido.

### **3.3.4 Criterios de exclusión**

- Aquellos casos de aborto molar.
- Gestaciones dobles o múltiples en las que no se produjo el aborto de todos los fetos/embriones.

### **3.3.5 Ámbito de estudio**

De acuerdo a la Resolución Directoral N° 209-DRS-GR-MDD/DG de fecha 15 de agosto del 2005, se otorga la categoría II-2 al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

El Hospital es a nivel nacional la Unidad Ejecutora N° 401 del Pliego 454 Gobierno Regional de Madre de Dios y pertenece a la Red de Servicios de Salud de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios.

Tiene su Domicilio Legal en el Jr. Cajamarca N° 171 de la ciudad de Puerto Maldonado, Distrito y Provincia de Tambopata, Departamento de Madre de Dios.

## **3.4. Variables y operacionalización**

### **3.4.1 variable dependiente: Incidencia de aborto**

- **Definición conceptual**

La incidencia se define como el número de casos nuevos que se producen durante un periodo de tiempo en una población en riesgo de sufrir la enfermedad. (59)

- **Definición operacional**

Pacientes que presentaron la interrupción espontanea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas. (12) (25)

### 3.4.2 variable independiente: Complicaciones del aborto

- **Definición conceptual**

Se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. (62)

- **Definición operacional**

Morbilidad producida luego del acontecimiento del aborto.

### 3.4.3 Operacionalización de variables

Es conveniente agrupar las variables según su clasificación

VARIABLES DEPENDIENTE	DEFINICIÓN TERMINOS	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORIA	ESCALA
Incidencia de aborto	El número de nuevos casos de pacientes que presentaron la interrupción espontanea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas (12)(24)	Total de abortos ocurridos en el periodo de julio y diciembre	.Espontaneo .Inducido .Inevitable .Completo .Incompleto .Retenido o frustrado .Séptico	Nominal

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICION TERMINOS	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORIA	ESCALA
Complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto	Morbilidad producida luego del acontecimiento del aborto	<p><b>Anemia leve:</b> 9 – 10.9 gr</p> <p><b>Anemia moderada:</b> 7 – 8.9 gr</p> <p><b>Anemia aguda:</b> Menor o igual a 6.9 gr</p> <p><b>Hemorragia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)</li> <li>• Descenso del hematocrito 10 o más puntos</li> <li>• Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos</li> <li>• Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl</li> <li>• Cambios hemodinámicos</li> </ul> <p><b>Shock Hipovolémico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida profusa de sangre vía vaginal y/o pérdida de fluidos corporales.</li> <li>• Taquicardia (pulso mayor de 100 por minuto).</li> <li>• Alteraciones de la conciencia.</li> <li>• Hipotensión (presión arterial menor de 90/60).</li> <li>• Oliguria</li> </ul> <p><b>Sepsis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura &gt; 38°C o &lt; 36°C,</li> <li>• Frecuencia cardiaca &gt; 90lat/min,</li> <li>• Frecuencia respiratoria &gt; 20/min o PaCO2 &lt; 32 torr</li> <li>• Leucocitosis &gt; 15.000 (para el puerperio) o &lt; 4.000 cel/mm3 o la presencia de &gt; 10% de neutrófilos inmaduros (cayados).</li> </ul> <p><b>Shock Séptico :</b> hipotensión inducida por sepsis, TA sistólica &lt; 90mmHg, o una disminución de 40 mmHg con respecto a la basal, que persiste por más de 1 hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anemia leve , moderada, aguda</li> <li>➤ hemorragia</li> <li>➤ Shock Hipovolémico</li> <li>➤ EPI</li> <li>➤ Infección del tracto urinario</li> <li>➤ Síndrome febril</li> <li>➤ Sepsis</li> <li>➤ Shock Séptico</li> <li>➤ Perforación uterina</li> <li>➤ Desgarros cervicales</li> <li>➤ Muerte</li> <li>➤ NINGUNA</li> </ul>	Nominal

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICION TERMINOS	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORIA	ESCALA
Edad materna	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	El rango de edad en años referida por la madre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Menor de 15 años</li> <li>✓ De 15 a 19 años.</li> <li>✓ De 20 a 24 años.</li> <li>✓ De 25 a 29 años.</li> <li>✓ De 30 a 34 años.</li> <li>✓ De 35 a 39 años.</li> <li>✓ De 40 a más</li> </ul>	Ordinal
Nivel de estudios	Nivel al que ha llegado una persona dentro del sistema educativo al cual pertenece	Grado de instrucción de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analfabeta</li> <li>✓ Primaria incompleta</li> <li>✓ Primaria Completa</li> <li>✓ Secundaria Incompleta</li> <li>✓ Secundaria Completa</li> <li>✓ Superior Incompleto</li> <li>✓ Superior Completo</li> </ul>	Ordinal
Estado civil	Tipo de relación o vínculo afectivo - familiar que mantiene con otra persona de sexo opuesto.	Estado civil de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soltera</li> <li>✓ Casada.</li> <li>✓ Conviviente</li> </ul>	Nominal
Residencia	Localidad donde actualmente la paciente reside por más de 6 meses	Lugar donde refiere residir la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Urbano</li> <li>✓ Rural</li> </ul>	Nominal
Ocupación durante el embarazo	Actividad remunerada o no a la que se dedica principalmente la mujer durante el embarazo.	Indica el ámbito laboral referida por la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ama de Casa</li> <li>✓ Trabajadora dependiente.</li> <li>✓ Trabajadora independiente</li> <li>✓ Estudiante</li> </ul>	Nominal
Edad gestacional	Edad gestacional según la fecha de su última regla. En caso de duda se toma la estimación ecográfica. Se este valor en el intervalo $\leq$ que 12 ó $>$ 12 semanas y menor de 22 semanas.	Fecha del inicio de su última menstruación hasta el día de la expulsión total o parcial del producto de la concepción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Menor o igual a doce semanas.</li> <li>➤ Mayor de doce semanas y <math>&lt;</math> 22 semanas</li> </ul>	Ordinal

Abortos previos	Es el número total de abortos que ha tenido la paciente ya sean espontáneos o inducidos. Sin contar el actual.	El número de abortos previos Sin contar el actual. El dato que proporciona la paciente o verificada en su historia clínica	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Uno. <input checked="" type="checkbox"/> Dos. <input checked="" type="checkbox"/> Tres <input checked="" type="checkbox"/> Cuatro o más.	Ordinal
Paridad	Número de partos previos ocurridos	<b>Nulípara:</b> mujer que no tuvo ningún parto. <b>Primípara:</b> mujer tuvo un parto. <b>Multípara:</b> mujer q tuvo más de un parto. <b>Gran múltipara:</b> mujer que tuvo más de 6 partos.	➤ 0 ➤ 1 ➤ 2 a 5 ➤ 6 a mas	Ordinal

### 3.5. Métodos, Instrumentos y técnica de recolección de datos

#### 3.5.1 Métodos de recolección de datos

Los métodos de recolección que se utilizaron fueron:

- Una ficha de recolección de datos, revisada y corregida por personal con experiencia en este tipo de temas y de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, los datos se registraron luego de la revisión de las historias clínicas seleccionadas del servicio de Gineco - Obstetricia de las pacientes con diagnóstico de aborto en el periodo de julio a diciembre del 2015.

- Para la aplicación del instrumento y recojo de la información, se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital de apoyo Departamental Santa Rosa – Puerto Maldonado, así como le apoyo y participación tanto de los profesionales como del personal administrativo que laboran en dicha institución.

### **3.5.2 Instrumento de recolección de datos**

El instrumento de recolección de datos que se usó para el presente estudio de investigación es la ficha de recolección de datos el cual consta de cuatro ítems, el primero recoge información de la paciente como: edad, grado de instrucción, residencia, ocupación y estado civil; en el segundo ítem los antecedentes obstétricos como: número de gestaciones previas y antecedente de aborto; en el tercer ítem el diagnóstico de ingreso como: edad gestacional, clasificación del aborto, tipo de aborto y en el cuarto ítem complicaciones de aborto como: anemia, hemorragia, shock hipovolémico, ITU, enfermedad pélvica inflamatoria, desgarró de cérvix, síndrome febril, sepsis, shock séptico, punción o perforación de útero y muerte.

### **3.5.3 Técnica de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue:

Técnica de investigación documental: la investigación social basada en documentos se dedica a reunir, seleccionar y analizar datos que están en forma de documentos producidos por la sociedad para estudiar un fenómeno determinado, también se conoce como investigación basada en fuentes secundarias. (67)

### **3.5.4 Aspectos éticos**

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios éticos de la práctica médica como: beneficencia y no maleficencia. Se tuvo en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos, utilizando solo números en las historias clínicas que fueron revisadas.

### **3.6. Procedimiento, procesamiento y análisis de datos**

#### **3.6.1 Procedimiento de recolección de datos**

La técnica que se usó es la revisión de la historia clínica. Y el instrumento es una ficha de recolección de datos previamente elaborada de acuerdo con los objetivos de estudio, que incluirá: datos de filiación que se han registrado en las historias clínicas de las pacientes.

- a) Se presentó una solicitud al Director del Hospital Santa Rosa, para dar a conocer sobre mi trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para la revisión de las historias clínicas y el acceso al servicio de gineco – obstetricia para la revisión del libro de hospitalización.
  
- b) Con la autorización obtenida acudí al SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, para recolectar la información del libro de hospitalización del año 2015 para conocer las

historias de las pacientes con diagnóstico de aborto que estuvieron hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia y que presentaron complicaciones, donde se me brindó libre acceso a dicho servicio.

c) Una vez obtenido los números de las historias de las pacientes con diagnóstico de aborto y que presentaron complicaciones obstétricas, se procedió ir a ADMISIÓN para buscar dichas historias clínicas y recolectar los datos mediante la aplicación del formulario ya elaborado.

d) Con la información registrada en los formularios se realizó la respectiva tabulación, grafica e interpretación de resultados con sus respectivas conclusiones.

### **3.6.2 Procesamiento de recolección de datos**

El procesamiento de datos se hizo de forma automatizada con la utilización de medios informáticos. Para ello, se utilizaron el soporte informático SPSS 24.00,

paquete con recursos para el análisis descriptivo de las variables y para el cálculo de medidas inferenciales; y Excel, aplicación de Microsoft Office, que se caracteriza por sus potentes recursos gráficos y funciones específicas que facilitan el ordenamiento de datos. Las acciones específicas en las que se utilizaron los programas mencionados son las siguientes:

En lo que respecta a Excel:

1. Registro de información sobre la base de los formatos aplicados. Este procedimiento permitió configurar la matriz de sistematización de datos.
2. Elaboración de tablas de frecuencia absoluta y porcentual, gracias a que Excel cuenta con funciones para el conteo sistemático de datos, estableciéndose para ello criterios predeterminados.
3. Elaboración de los gráficos circulares que acompañaron a los cuadros elaborados para describir las variables. Estos gráficos permiten visualizar la distribución de los datos en las categorías que son objeto de análisis.

Las tablas y gráficos elaborados con Excel fueron trasladados a Word, para su ordenamiento y presentación final.

En cuanto al SPSS 24.00

- ✓ Elaboración de las tablas de doble entrada que permite ver el comportamiento conjunto de las variables según sus categorías y clases.

Al igual que con Excel, las tablas y los análisis efectuados fueron trasladados a Word, para su ordenamiento y presentación final.

### **3.6.3 Análisis de datos**

Se utilizaron técnica y medidas de la estadística descriptiva.

En cuanto a la Estadística Descriptiva, se utilizaron:

- ✓ *Tablas de frecuencia absoluta y relativa (porcentual).*  
Estas tablas sirvieron para la presentación de los datos procesados y ordenados según sus categorías, niveles o clases correspondientes.

❖ *Tablas de contingencia.* Se utilizó este tipo de tablas para visualizar la distribución de los datos según las categorías o niveles de los conjuntos de indicadores analizados simultáneamente.

La prueba se ha efectuado mediante los procedimientos de Pearson y de máxima verosimilitud o razón de verosimilitud. Para la interpretación de resultados, se ha tomado como referencia el valor obtenido por el método de razón de verosimilitud.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

**TABLA 1**

**INCIDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

DIAGNOSTICO	PACIENTES	
	N°	%
Presentan diagnóstico de aborto	237	20,75
Otros diagnósticos	905	79,25
<b>TOTAL</b>	1142	100,00

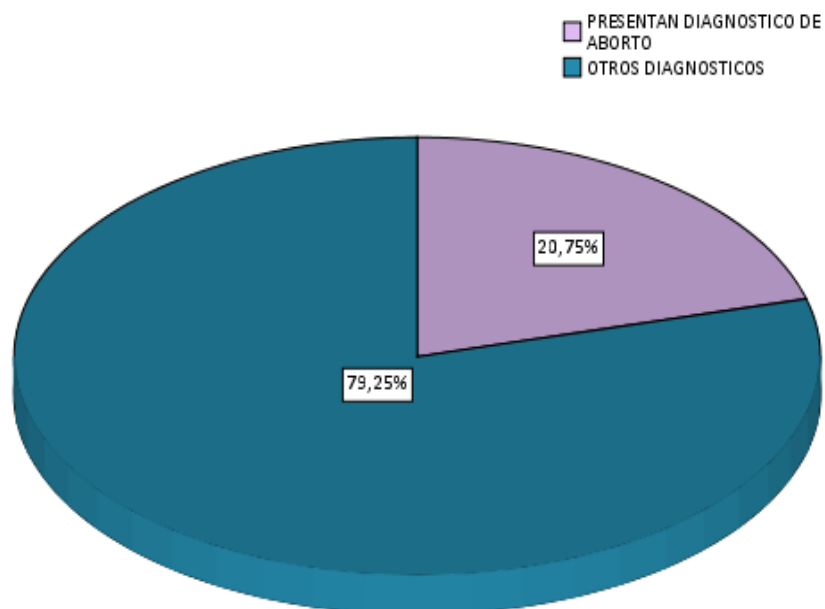
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

En la Tabla y Gráfico 1, se observa que la incidencia de aborto fue de 20,75 % de una población de 1142 gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa en Puerto Maldonado durante el período de julio a diciembre del 2015.

**GRÁFICO 1.**

**INCIDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 01

**TABLA 2.**

**EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

EDAD MATERNA	PACIENTES	
	N°	%
< DE 15	1	0,42
15-19	31	13,08
20-24	62	26,16
25-29	55	23,21
30-34	44	18,57
35-39	31	13,08
≥ DE 40	13	5,49
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

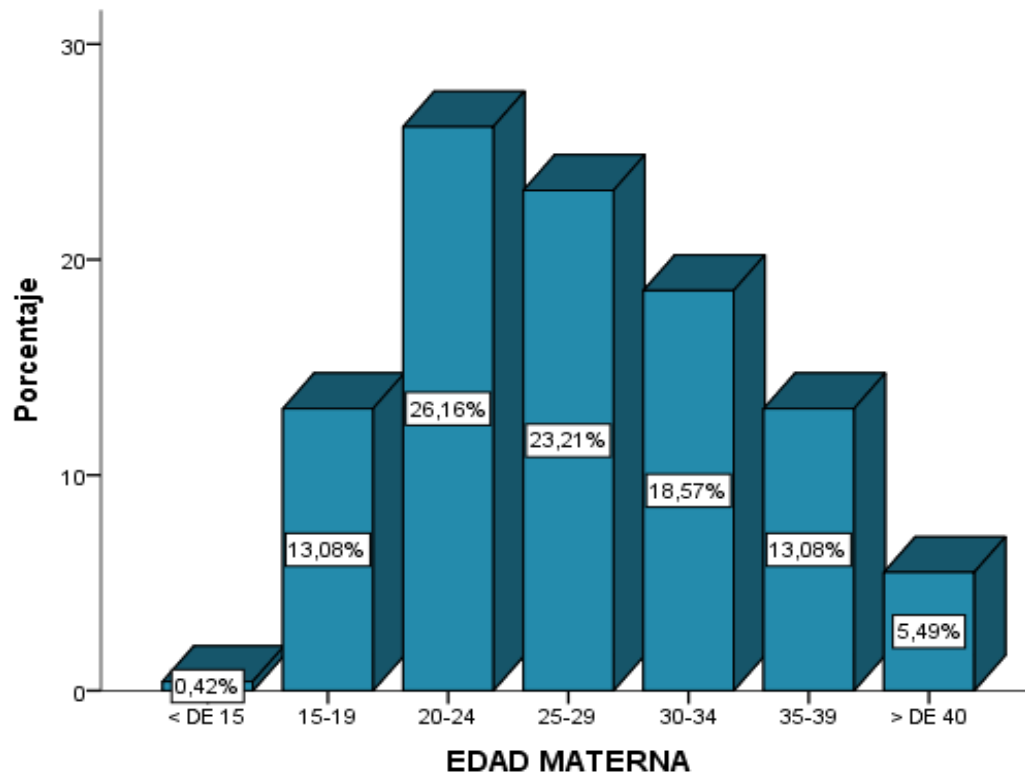
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según la Tabla y Gráfico 2, se aprecia que el mayor porcentaje se dio en edades de 20- 24 años con 26,16 %, lo cual descendió a medida que aumentaba la edad; con 23,21 % las edades de 25- 29 años, seguido de 18,57 % las edades 30- 34 años al igual que las mayores de 35 años. Se aprecia un porcentaje significativo en el rubro menor de 20 años con 13,50 %, demostrando que no debemos restarle importancia.

**GRÁFICO 2.**

**EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 02

**TABLA 3.**

**RESIDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

RESIDENCIA	PACIENTES	
	N°	%
Urbano	157	66,24
Rural	80	33,76
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

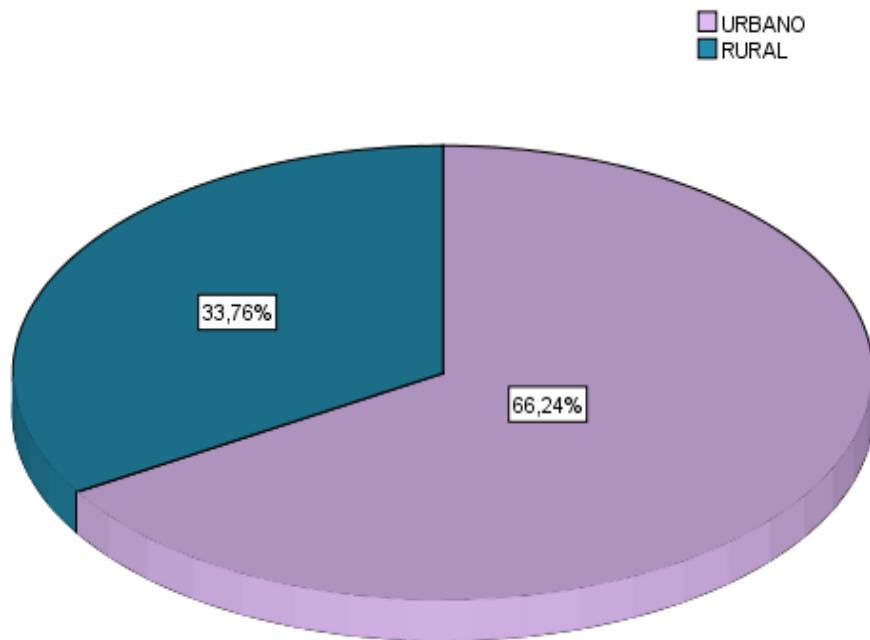
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según se observa en la Tabla y Gráfico 3, el mayor porcentaje de las pacientes provenían de zona urbana con 66,24 %, demostrando que tenían acceso a educación y salud; a comparación de las pacientes que provenían de zona rural con 33,76 %.

**GRÁFICO 3.**

**RESIDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 03

**TABLA 4.**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PACIENTES	
	N°	%
Analfabeta	3	1,27
Primaria incompleta	13	5,49
Primaria completa	10	4,22
Secundaria incompleta	71	29,96
Secundaria completa	108	45,57
Superior técnico incompleto	10	4,22
Superior técnico completo	15	6,33
Superior universitario incompleto	4	1,69
Superior universitario completo	3	1,27
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

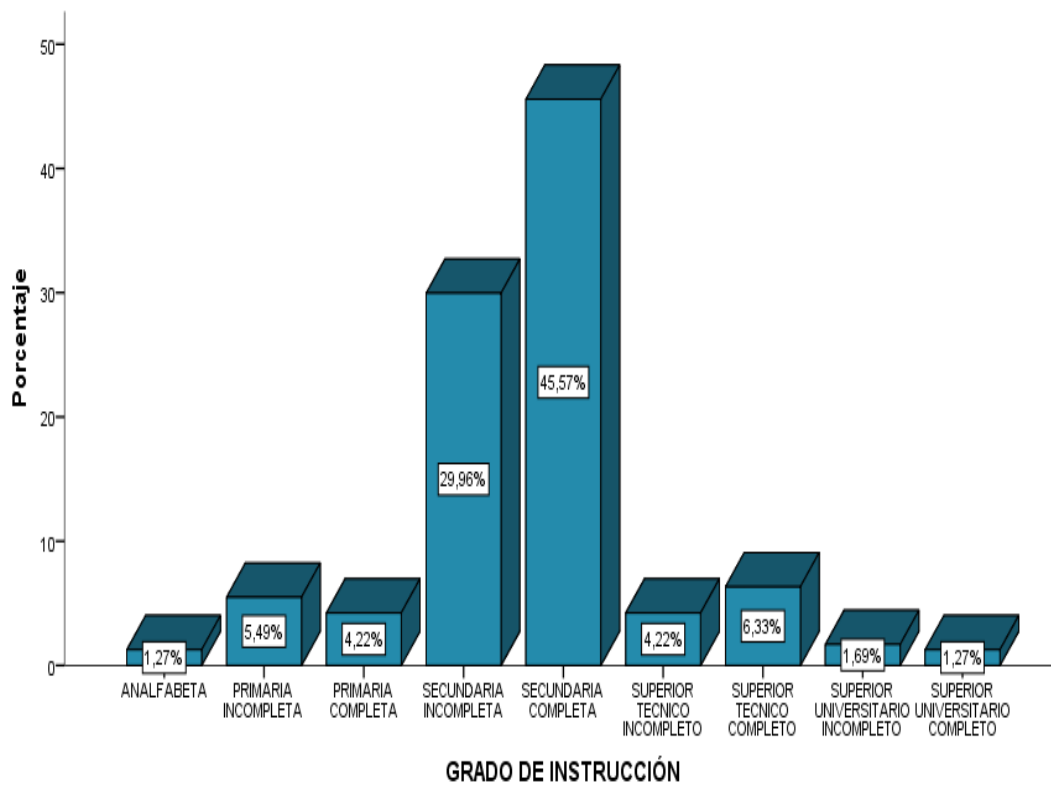
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según se observa en la Tabla y Gráfico 4, el grado de instrucción con mayor porcentaje de aborto fue de secundaria completa con 45,57 %, seguido de secundaria incompleta con el 29,96 %, superior con 13,51 %, seguido de primaria y analfabetismo con 10,98 %. Evidenciando que Hay información, pero falta educación.

**GRÁFICO 4.**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 04

**TABLA 5.**

**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

ESTADO CIVIL	PACIENTES	
	N°	%
<b>Soltera</b>	51	21,52
<b>Casada</b>	14	5,91
<b>Conviviente</b>	172	72,57
<b>TOTAL</b>	237	100,0

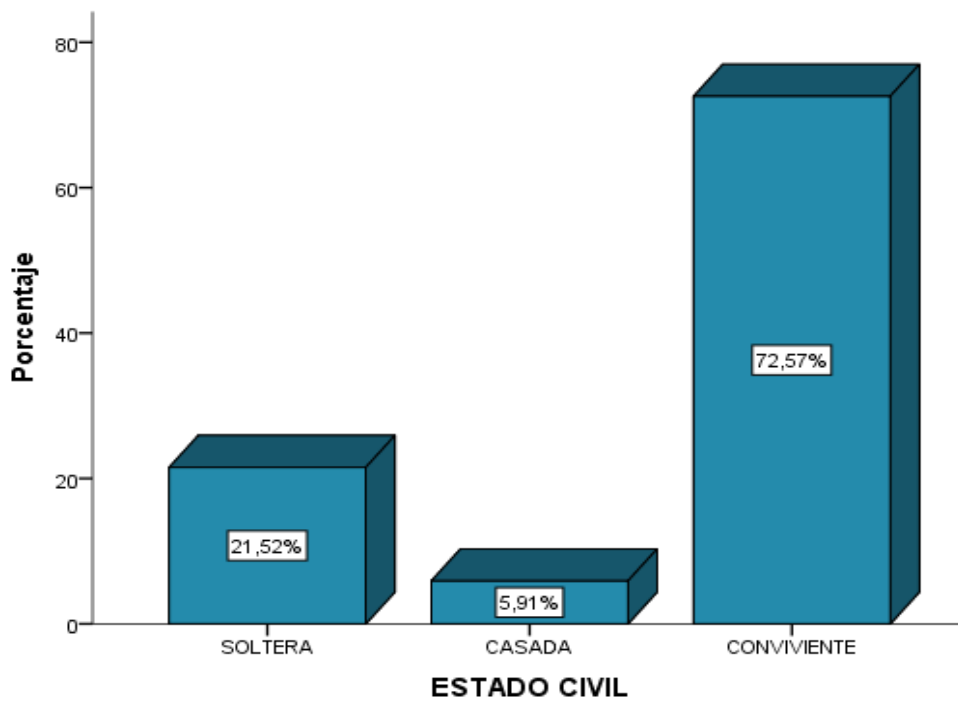
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según se observa en la Tabla y Gráfico 5, la relación de aborto es mayor en mujeres convivientes (72,57 %), solteras (21,52 %) seguido de un 5,91 % que corresponde a casadas; la presente tabla demuestra que la inestabilidad de pareja (convivencia) influye en el incremento de aborto.

**GRÁFICO 5.**

**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 05

**TABLA 6.**

**OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

OCUPACIÓN	PACIENTES	
	N°	%
Ama de casa	138	58,23
Trabajadora independiente	47	19,83
Trabajadora dependiente	24	10,13
Estudiante	28	11,81
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

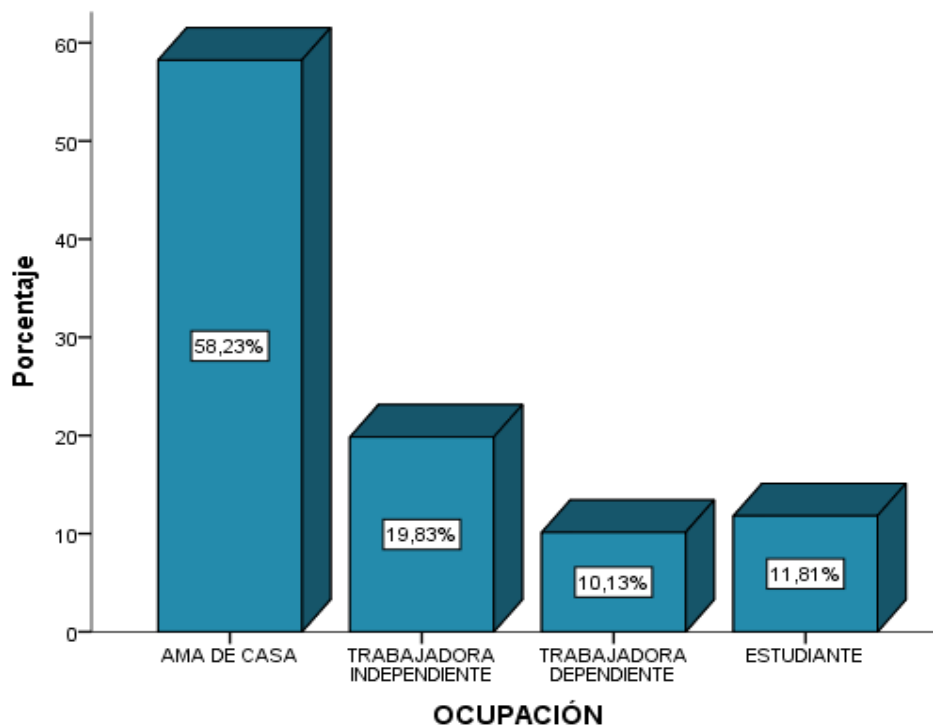
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según la Tabla y Gráfico 6, se reporta que más de la mitad de la muestra con 58,23 % son amas de casa, seguido de trabajadora independiente con el 19,83 %, estudiante con el 11,81 % y trabajadora de pendiente con el 10,13 %. Esta situación podría reflejar que el grupo de amas de casa tienen menor acceso a la educación formal sobre salud sexual y reproductiva; así mismo es un grupo en el cual podría haber mayor sumisión y dependencia de la pareja.

**GRÁFICO 6.**

**OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 06

**TABLA 7.**

**ABORTOS PREVIOS EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

ABORTOS PREVIOS	PACIENTES	
	N°	%
Ninguno	109	46,99
Uno	80	33,76
Dos	42	17,72
Tres	3	1,27
Cuatro a más	3	1,27
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

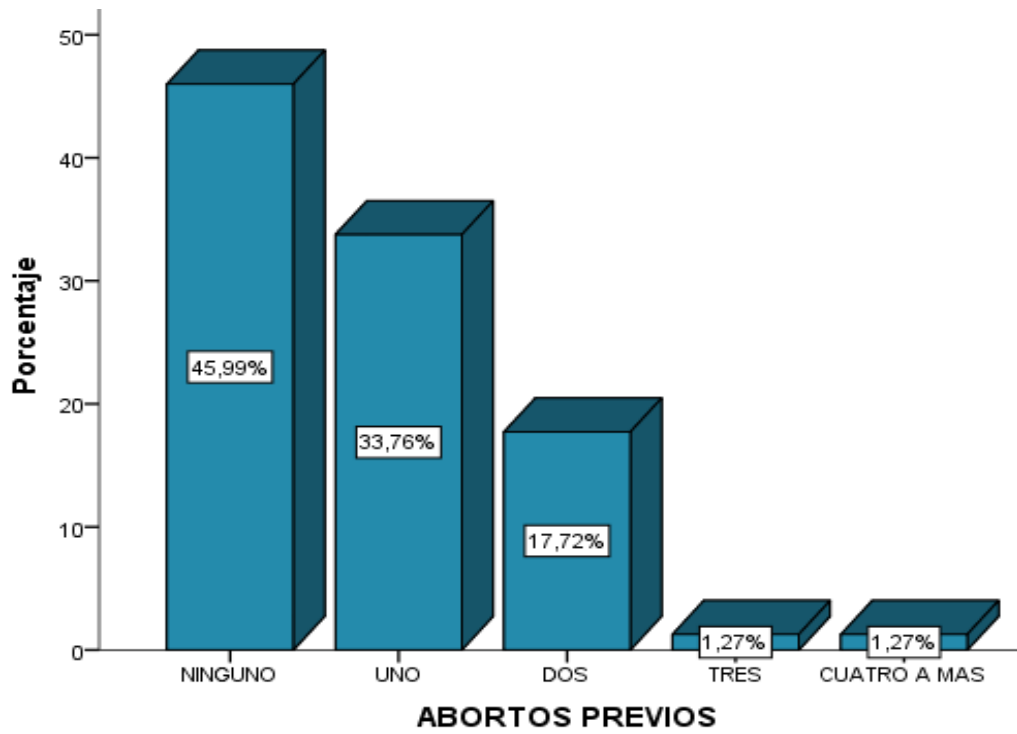
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según la Tabla y Gráfico 7, más del 50 por ciento tiene aborto previo (53,72 %) siendo la población con mayor riesgo a someterse a un nuevo aborto; mientras las pacientes que no presentaron aborto previo un 46,99 %.

**GRÁFICO 7.**

**ABORTOS PREVIOS EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 07

**TABLA 8.**

**PARIDAD EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO  
MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

PARIDAD	PACIENTES	
	N°	%
Nulípara	56	23,63
Primípara	54	22,78
Múltipara	113	47,68
Gran múltipara	14	5,91
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

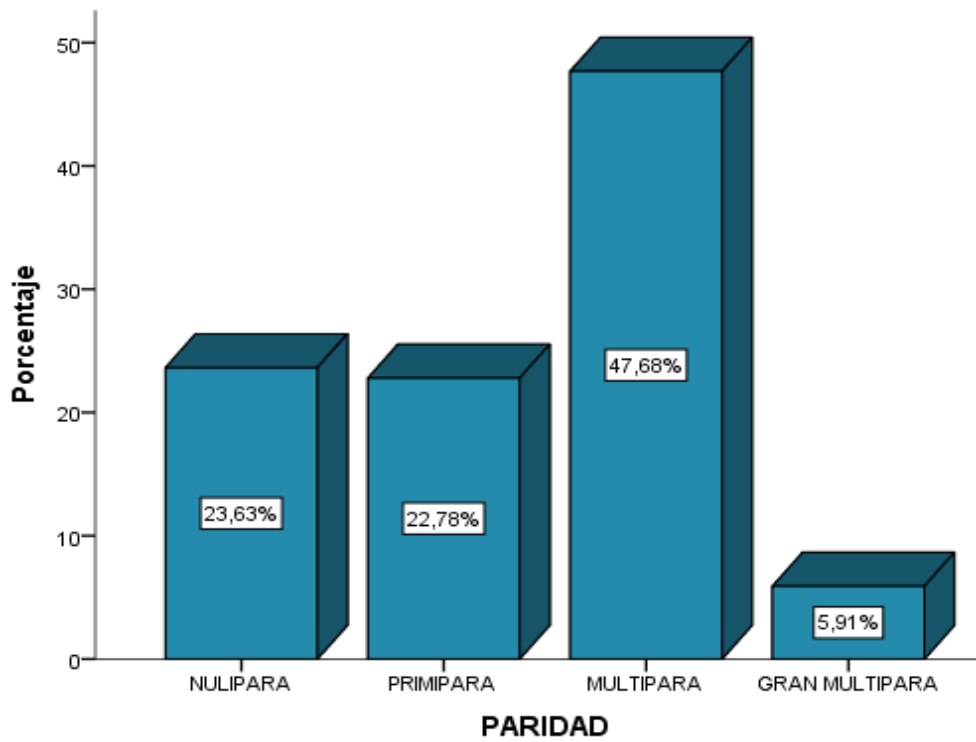
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según la Tabla y Gráfico 8, de acuerdo con este estudio existe relación entre el número de hijos y aborto; se ve reflejado que las mujeres con 2 hijos a más (53,59 %) tienden a someterse al aborto en comparación con las nulíparas con 23,63 %.

**GRÁFICO 8.**

**PARIDAD EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 08

**TABLA 9.**

**EDAD GESTACIONAL EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

EDAD GESTACIONAL	PACIENTES	
	N°	%
< De 12 semanas	174	73,42
≥ De 12 semanas < 22 semanas	63	26,58
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

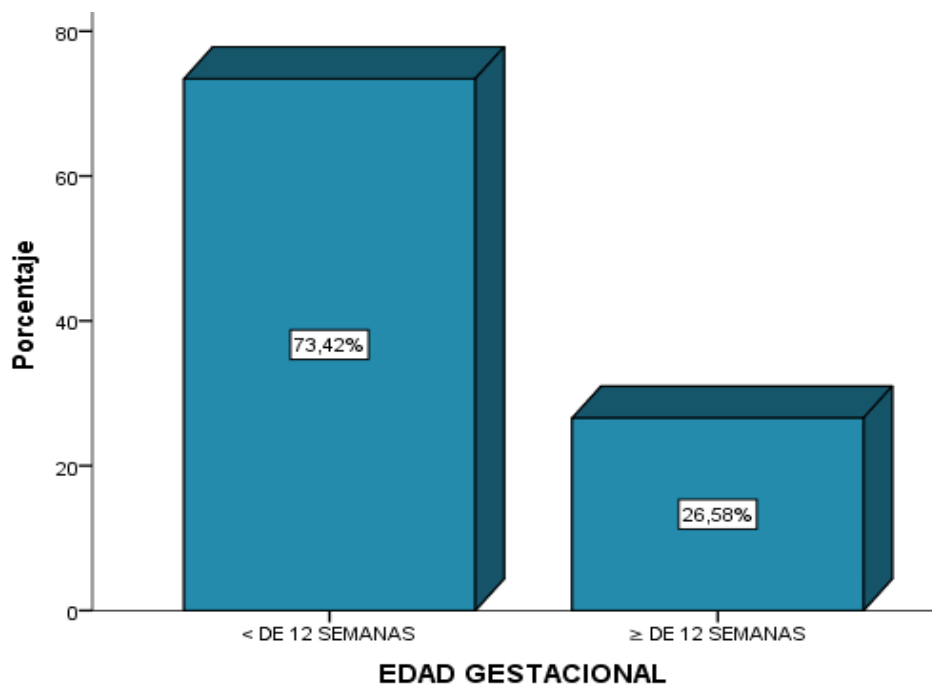
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según se observa en la Tabla y Gráfico 9, el mayor porcentaje de pacientes que presentaron una edad gestacional menor de doce semanas con el 73,42 % y mayor igual de doce semanas con el 26,58 %

**GRÁFICO 9.**

**EDAD GESTACIONAL EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 09

**TABLA 10.**

**FORMA DE PRESENTACIÓN DEL ABORTO EN LAS PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA  
ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

<b>ABORTO ACTUAL</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Aborto espontáneo</b>	234	98,73
<b>Aborto inducido</b>	3	1,27
<b>TOTAL</b>	237	100,0

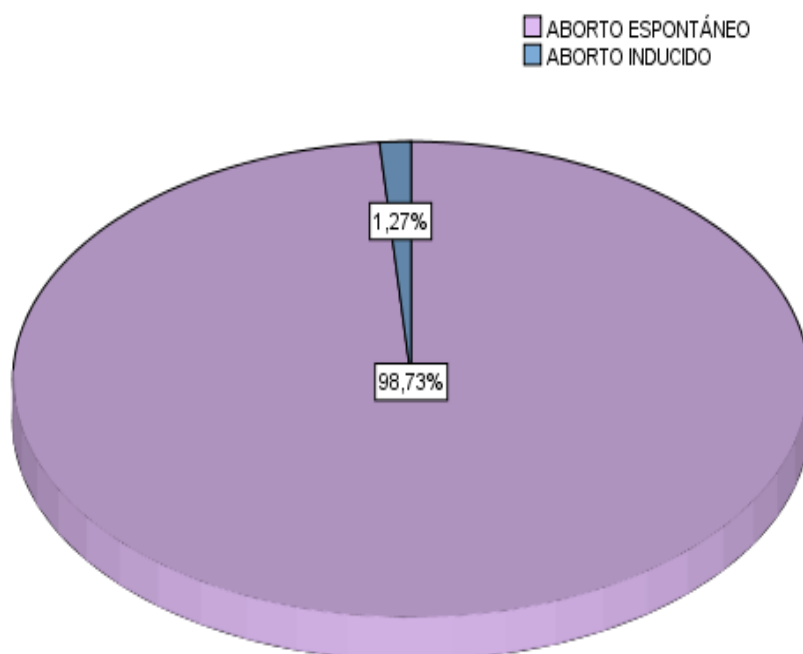
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según se observa en la Tabla y Gráfico 10, el mayor porcentaje de las pacientes presentaron aborto espontáneo con el 98,73 % y aborto inducido con el 1,27 %.

**GRÁFICO 10.**

**FORMA DE PRESENTACIÓN DEL ABORTO EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 10

**TABLA 11.**

**TIPO DE ABORTO EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

TIPO DE ABORTO	PACIENTES	
	N°	%
Aborto inevitable	20	8,44
Aborto retenido o frustrado	29	12,24
Aborto incompleto	165	69,62
Aborto completo	5	2,11
Aborto séptico	18	7,59
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

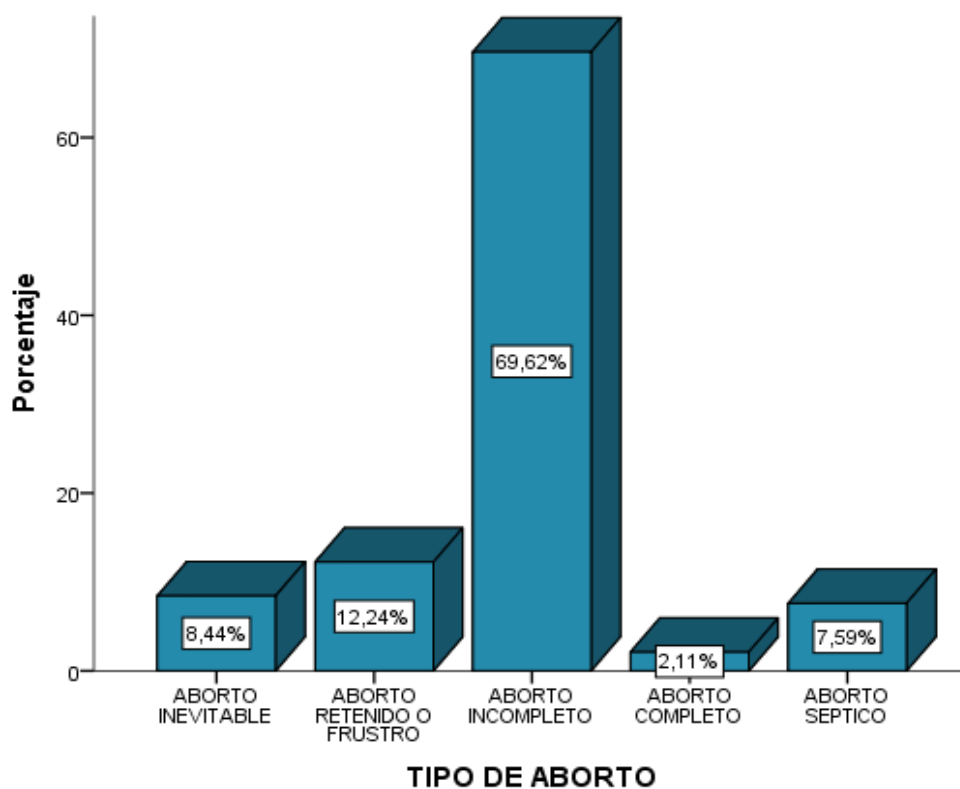
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según se observa en la Tabla y Gráfico 11, el tipo de aborto que presentaron las pacientes con mayor porcentaje fue de aborto incompleto con el 69,62 % que se podría considerar como uno de los tipos de aborto que puede dar lugar a mayores complicaciones; seguido del aborto retenido o frustrado con el 12,24 %, aborto inevitable con el 8,44 %, aborto séptico 7,59 % y aborto completo con el 2,11 %.

**GRÁFICO 11.**

**TIPO DE ABORTO EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 11

**TABLA 12.**

**COMPLICACIÓN EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

COMPLICACIÓN	PACIENTES	
	Nº	%
NO	99	41,77
SI	138	58,23
<b>TOTAL</b>	237	100,0

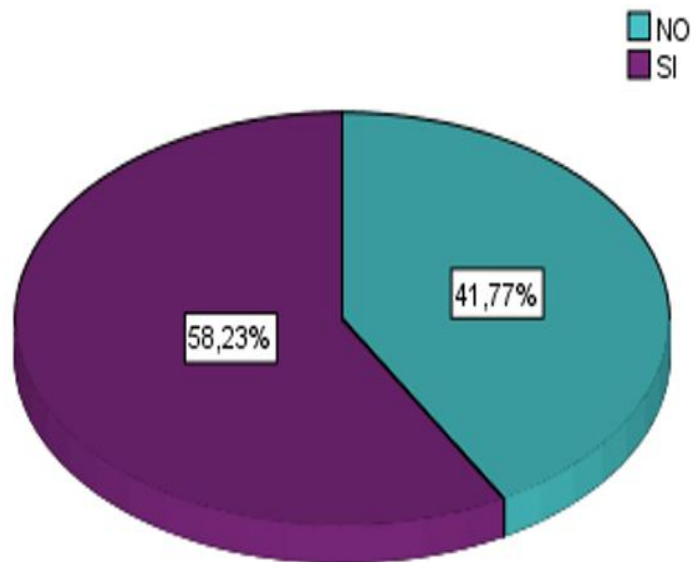
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según en la Tabla y Gráfico 12, se aprecia que más del 50 por ciento de los 237 casos si presentaron complicaciones (58,23 %), mientras que un 41,77 % no presentó ninguna complicación.

**GRÁFICO 12.**

**COMPLICACIÓN EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 12

**TABLA 13.**

**TIPO DE COMPLICACIONES EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

TIPO DE COMPLICACION	PACIENTES	
	N°	%
Anemia	101	42,62
Hemorragia	12	5,06
Shock Hipovolémico	2	0,84
Desgarro de Cérvix	0	0,00
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	17	7,17
Infección del Tracto Urinario	41	17,30
Síndrome Febril	48	20,25
Sepsis	18	7,60
Shock Séptico	1	0,42
Punción o perforación del útero	0	0,00
Muerte	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>240</b>	<b>101,26</b>

Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

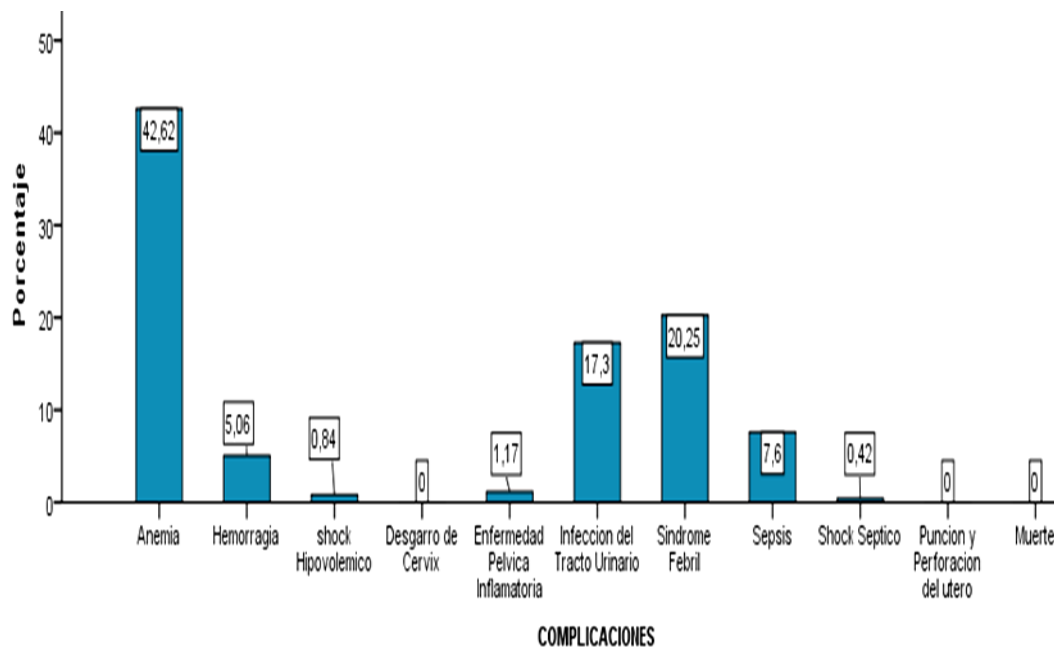
- ❖ Se observa un total de 240 casos de complicaciones que no coincide con la muestra de estudio por motivo que algunas pacientes presentaron más de una complicación.

### **INTERPRETACION:**

Según se observa en la Tabla y Gráfico 13, la complicación con mayor frecuencia fue la anemia con 42,62 %, seguida de síndrome febril con 20,25 %, infección del tracto urinario con 17,30 %, sepsis con el 7,60 %, enfermedad pélvica inflamatoria con 7,17 %. Sin restar la debida importancia las complicaciones más graves como: hemorragia con 5,06 %, shock hipovolémico con el 0,84 %, shock séptico con el 0,42 %; y desgarro de cérvix, punción o perforación del útero al igual que la muerte con el 0 %.

**GRÁFICO 13.**

**TIPO DE COMPLICACIONES EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 13

**TABLA 14.**

**TIPOS DE ANEMIA COMO COMPLICACIÓN EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**

TIPO DE ANEMIA	PACIENTES	
	N°	%
Leve	46	45,54
Moderada	38	37,62
Severa	17	16,83
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

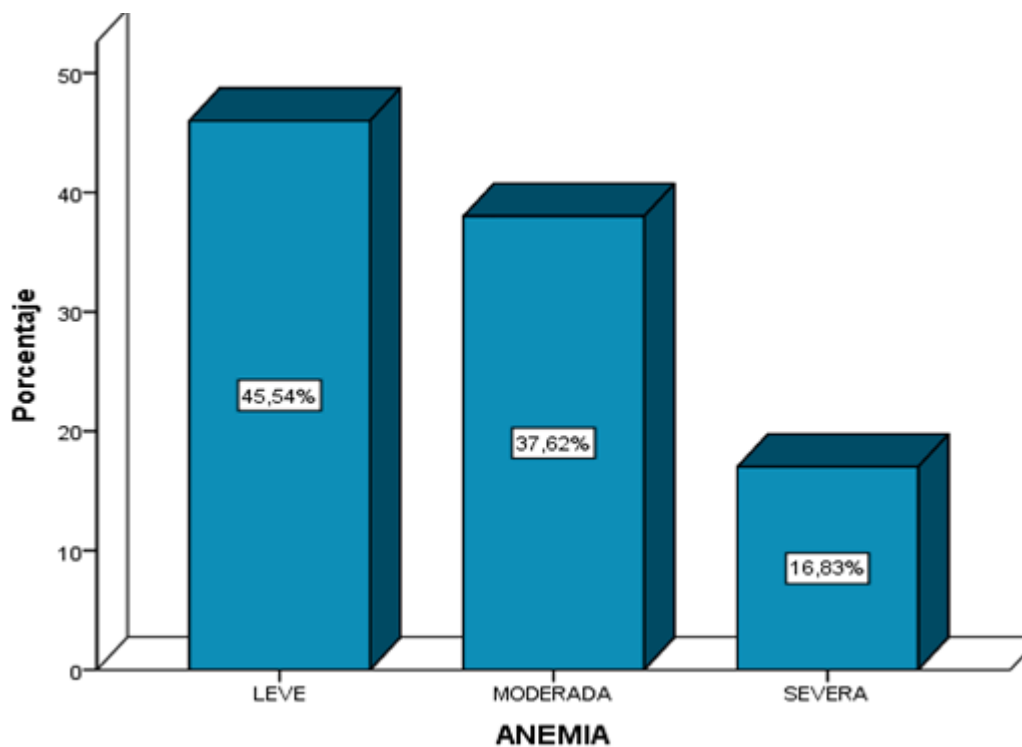
Fuente: Ficha de recolección de los pacientes.

**INTERPRETACION:**

Según la Tabla y Gráfico 14; se observa que de los 101 casos que presentaron anemia, el mayor porcentaje presento anemia leve con 45,54 %, anemia moderada con 37,62 % y anemia severa con 16,83 %.

**GRÁFICO 14.**

**TIPOS DE ANEMIA COMO COMPLICACIÓN EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO - DICIEMBRE 2015.**



FUENTE: Cuadro N° 14

## DISCUSIÓN

- De acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio, la incidencia de aborto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el período de julio a diciembre del 2015 fue de 20,75 %, superando el 16,57 % obtenido en el año 2014. Esta cifra encontrada es superior a las reportadas en otros estudios como de Acho S y cols (22), hospital nacional Cayetano Heredia- Lima, con una incidencia de aborto de 14,7 %; Poma H. (19), hospital de apoyo de Moquegua con 13 %; Peña G. (21), hospital Hipólito Unanue Tacna 2008, con una incidencia de abortos de 14 %; Berlinda C. (18), hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011, la incidencia de abortos fue de 12,5 %.
- Respecto a las características sociodemográficas, al evaluar la edad materna, el mayor porcentaje de casos de aborto coincide con las edades de mayor fecundidad de 20 – 24 años (20,16 %); podemos mencionar también que utilizan el aborto para controlar su descendencia. Estos resultados coinciden con la Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto Tercera edición, Argentina (14), donde el 24 % de los abortos tenía edades entre 25 a 29

años; Fawad A, (15) donde el rango de edad de los pacientes fue de entre 20-45 años; Peña G. (21), se presentó con mayor frecuencia en edades de 20 a 35 años y en Ojha N y cols (11), el 66,6 % de las mujeres estaban en el grupo de edad de 20 a 29 años de edad; pero los resultados no coinciden con los Protocolos asistenciales en obstetricia de la sociedad española de ginecología y obstetricia 2012 (3), tenía una edad mayor de 35 años; Acho S., y cols (22) el 29,6 % del grupo etario de 17 a 19. No debemos restarle importancia a las pacientes menores de 20 años porque tienen el doble de riesgo de abortar que una mujer mayor edad porque su situación refleja una intensa o frecuente actividad sexual.

También podemos exponer que un porcentaje significativo de las pacientes con 72,57 % son convivientes, 45,57 % tienen un grado de instrucción de secundaria completa, 66,24 % provienen de zona urbana y 58,23 % son amas de casa; demostrando que las mujeres son más jóvenes, medianamente instruidas y con acceso a educación; asimismo hay dependencia del estado conyugal y la inestabilidad de la pareja.

Estos resultados son semejantes a los de Narváez P. (13), el estado civil de conviviente con un 49,43 %, tenían instrucción

secundaria (64,37 %); Peña G. (21), instrucción secundaria, estado civil conviviente, con mayor porcentaje al igual que Manrique M. (23). No hay referencia sobre la zona de residencia de las pacientes y su ocupación.

- Con respecto a los antecedentes obstétricos, en nuestro estudio la mayoría de las pacientes presentaron aborto previo con 53,42 % y fueron multíparas con el 47,68 %; de acuerdo con este estudio la relación entre el número de hijos y abortos previos, muestra que las mujeres con más de 2 hijos y antecedentes de aborto tienden nuevamente a someterse al aborto en comparación a las que no tienen hijos, corroborando el papel del aborto como primera opción para espaciar y limitar la descendencia sin medir las futuras consecuencias para su salud.

Estos resultados concuerdan con Fawad A, (13), la mayoría de los pacientes eran gran multíparas; Ojha N, Bista KD. (11), la mayoría de las pacientes adultas tuvieron antecedentes de partos (73,77 %) o abortos previos (29,51 %); Poma H. (19), el mayor porcentaje presento antecedente de abortos previos al igual que Berlinda C. (18); mientras que Peña G. (21) no concuerda con la paridad pero si en el antecedentes de aborto.

- Con respecto al diagnóstico de ingreso, en nuestro estudio la mayoría de las pacientes presentaron una edad gestacional menor de doce semanas con 73,42%, otro diagnóstico considera al aborto espontáneo con 98,73 % y al aborto incompleto con 69,62 %; estos resultados concuerdan con Ojha N y col. (11), el 79 % mujeres tuvieron aborto con una edad gestacional hasta las 9 semanas; Narváez P y cols (13), la mayoría de los abortos fueron incompletos con 18,39 %; Manrique M.(23), el aborto precoz fue cuatro veces más frecuente que el tardío; Berlinda C. (18), el 70 % de los abortos se produjo dentro de las 12 primeras semanas.

No se encontraron referencias sobre la forma de presentación del aborto.

Considero importante mencionar que en el presente trabajo, respecto a la forma de presentación del aborto se considera como aborto espontáneo un 98,73 %, dato que considero irreal ya que evaluando las historias clínicas hay información que enfoca el diagnóstico a un aborto inducido; esto quizás se pueda interpretar debido a que tanto el profesional como la paciente quieren evitar implicancias legales.

- Con respecto a las complicaciones del aborto, en nuestro estudio la mayoría de las pacientes presentaron anemia con un 42,62 %, seguido de síndrome febril de 20,25 %, seguido de infección del tracto urinario con el 17,30 %, sepsis con el 7,60 %, enfermedad pélvica inflamatoria con el 7,17 %, hemorragia con el 5,06 %, shock hipovolémico con el 0,84 %, shock séptico con el 0,42 % y desgarro de cérvix, punción o perforación del útero al igual que la muerte con el 0 %; esto datos no concuerda con Fawad A, (15), el 23 % de las pacientes presentaron estado de shock hipovolémico debido al excesivo sangrado vaginal, el 19,2 % tuvieron perforación uterina y hemorragia intraperitoneal, el 19,2 % infección pélvica aguda; Narváez P. y cols (13), el 1 % de las pacientes presentaron complicaciones: la hemorragia, infección; Acho S. y cols (22), la anemia aguda fue la más frecuente de las complicaciones con un 52,7 % de todos los casos, seguida de infección de las vías urinarias con 18,9 %, luego síndrome febril con 9,4 % y otras.

En muchos casos las mujeres temen acudir de inmediato a urgencias y finalmente van cuando las complicaciones se agravan, lo que convierte al aborto en un problema de salud pública.

## CONCLUSIONES

- La incidencia de aborto en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado es el 20,75 %, que comparando con años anteriores está en incremento.

Según la edad de las pacientes el mayor porcentaje corresponde a pacientes de 20- 24 años con el 26,16 %, la mayoría de las pacientes provenían de zona urbana con el 66,24 %, el 45,57 % presentaron educación secundaria completa, un gran porcentaje de 72,57 % refirieron el estado civil de conviviente, 58,23 % eran amas de casa. Según las características de la población podemos concluir:

- Es una población joven, entre 20 - 29 años constituyendo un porcentaje de 49,37 %, lo cual implica que en este grupo etario podría darse muchos embarazos.
- Considerando el grado de instrucción y el lugar de procedencia, podemos concluir que es una población con acceso a la información, así mismo están en condiciones de asimilarla de forma efectiva.

Al analizar los antecedentes gineco – obstétricos, obtuvimos que el 53,01 % de las pacientes presentaron más de un aborto anterior, 47,68 % de las pacientes eran multíparas; concluyendo que estos datos influyen en la toma de decisión de someterse o no a un aborto, asimismo es una población vulnerable en la que habría que incidir bastante el aspecto educativo.

Al analizar el diagnóstico de ingreso de las pacientes; el 73,42 % ingresaron con una edad gestacional menor de 12 semanas; 98,73 % presentaron aborto espontaneo, 69,62 % eran abortos incompletos. Concluimos: respecto a la edad gestacional menor de 12 semanas podemos relacionarla con menos incidencia de complicaciones; en cuanto al diagnóstico de aborto espontáneo con un 98,73 %, mi apreciación es que se trata de un dato irreal, ya que en la evaluación de historia clínicas para la toma de datos hay hallazgos que se enfocan a un aborto inducido.

- Las complicaciones se presentaron en un 58,23 % de las 237 pacientes con diagnóstico de aborto; siendo la complicación más frecuente: la anemia con 42,62 %, seguido de síndrome febril con 20,25 %, continuando con

infección del tracto urinario con el 17,30 %; sepsis con el 7,60 %; enfermedad pélvica inflamatoria con el 7,17 %; hemorragia con el 5,06 %; shock hipovolémico con el 0,84 %, shock séptico con el 0,42 %. No se registraron casos de desgarro de cérvix, punción o perforación del útero y de muertes maternas.

Respecto a las complicaciones podemos concluir que la anemia con 42,62 % representa un porcentaje considerable a tomar en cuenta, ya que la anemia es un indicador de salud relevante a nivel mundial. Así mismo en cuanto a complicaciones graves se registra bajos porcentajes, pero son casos que han podido concluir en una muerte materna; sabiendo la implicancia que tendría esta complicación a nivel familiar, social y nacional.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda al hospital Santa Rosa, que se promueva el vínculo médico - obstetra - paciente para que mediante la confidencialidad se pueda establecer el diagnóstico correcto de la causalidad de los abortos; de tal manera que se oriente en forma adecuada el tratamiento médico con apoyo de otras herramientas como la asistente social, psicológico si el caso lo amerita.
- Habilitar un área para la atención ambulatoria en Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y capacitar a los profesionales (médico – obstetras) para reducir los costos y los riesgos.
- Fomentar la educación con motivación:
  - ❖ A los(as) obstetras, a realizar campañas de información y motivación en la comunidad sobre temas de aborto y sus complicaciones, priorizando a las mujeres con mayor riesgo que se observan en el presente estudio, a fin de evitar abortos provocados.
  - ❖ Al profesional obstetra sugerirle que en su labor asistencial de consultorio deba, implementar una estrategia de orientación y consejería sobre el uso de anticonceptivos

post- aborto antes del alta hospitalaria. Haciendo énfasis en el uso de anticonceptivos, para así evitar embarazos no deseados y los riesgos que implican estos.

- ❖ El profesional obstetra en coordinación con el sector educación deben programar en los centros educativos talleres sobre educación sexual y reproductiva en los tres niveles: docentes, padres de familia y estudiantes (primaria y secundaria), a fin concientizar, educar y poder disminuir la incidencia de abortos.
- ❖ Hacer partícipes a las internas de Obstetricia, a realizar un programa de charlas educativas sobre aborto y sus complicaciones, que se llevaran a cabo en forma diaria en los diversos Hospitales y Centros de Salud, donde cumplen su internado rotativo.
- Realizar anualmente investigaciones científicas similares para evaluar la evolución de la problemática establecida, mantener una base de datos con las cifras estadísticas halladas y de esta manera poder realizar un reenfoque a las acciones preventivo promocionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Carpio L., Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012, Lima jul. 2013. Revista Perú medicina Integral, salud publica vol.30 no.3 Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300015&script=sci_arttext)
2. Palomino S. Factores asociados al aborto incompleto por automedicación con misoprostol en adolescentes atendidas en el hospital regional de Ayacucho, agosto\_ octubre, 2007; universidad nacional san Cristóbal de huamanga facultad de obstetricia, 2007. Disponible en:  
<http://www.monografias.com/trabajos74/factores-asociados-aborto-incompleto-adolescentes/factores-asociados-aborto-incompleto-adolescentes2.shtml#ixzz4LHvT2Y69>
3. Protocolos asistenciales en obstetricia sociedad española de ginecología y obstetricia actualizado 2012.

4. Zamora B., et. al.- Factores Psicológicos y Sociales se relacionan con la morbilidad en el embarazo de adolescentes de 13-19 años de edad, en el Programa de Atención Materno de la Unidad de Salud del municipio de Izalco, en el Depart. de Sonsonate, Santa Ana, La Libertad, en el período de Enero – Diciembre del 2005
5. Távara, L. El aborto como problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2015, vol. 47, no 4, p. 250-254
6. Peña E.; Martínez M. Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, Distrito Nacional, 2005. Ciencia y sociedad, 2010. Volumen 35, Número 1 Enero-Marzo 2010 república dominicana pag 87-101
7. González I., Miyar E.; González R. Algunas consideraciones sobre el aborto: La educación sexual como una alternativa en su prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2001, vol. 17, no 3, p. 281-286.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Aborto inseguro. Las estimaciones globales y regionales de la incidencia

del aborto inseguro y la mortalidad asociada en el año 2000, 4a Edición, Ginebra, 2004. Disponible en:  
[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth).

9. Suárez A., et al. 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. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia, 2013. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1805#sthash.DNq5mMHB.dpuf2013>.

10. Indicadores seleccionados sobre natalidad. 1970-2003. Anuario estadístico de salud en Cuba. 2003.

11. Ojha N, Bista K. Análisis de la situación de los pacientes que asisten al hospital después de un aborto. Aborto con problemas y complicaciones. J Nepal Med Assoc. Jul-Sep. 2013; vol. 52 no.191 pág. 466-70

12. Dra. ALCÍVAR G., manejo del aborto en curso y diferido en adolescentes clínica San Juan Bosco 2010 Guayaquil –Ecuador, 2010.
13. Narváez P., Neira A. Estudio comparativo de las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, 2008. 2010.
14. Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto. Tercera edición – argentina, diciembre 2009.
15. Fawad A., Khan K., Aziz-un-Nisa. abortos séptico inducido. J Med Coll Ayub Abbottabad. 2008 Oct-Dic; vol. 20 no 4 pág. 145-8.
16. Guttmacher Institute. Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública en Enero de 2012. Disponible en: [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)
17. Hernández P., Santos E., factores personales y aborto en adolescentes universidad veracruzana – México, 2007.

18. Berlinda C. Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Enero – Marzo 2011. Tesis de Bachiller. Puno, Perú, Universidad Nacional del Altiplano, 2011.
19. Poma H. Factores Epidemiológicos y Gineco – Obstétricos asociados al aborto en el Hospital de apoyo de Moquegua 2005 – 2009. Tesis de Bachiller. Tacna, Perú, 2010.
20. Miranda J., Yamin A. ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de atención y derechos humanos Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; vol. 24 no.1 pág. 7-15.
21. Peña G. Factores relacionados al aborto en gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna – Perú periodo 2006 – 2007, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2009.

22. Segundo D., Canova E. Aborto en adolescentes. Experiencia en el hospital nacional Cayetano Heredia Revista Peruana. Ginecología y Obstetricia. 2005; vol. 51 no 2 pág. 100-104
23. Manrique M. Características de las mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, Lima - Perú, enero – junio del 2003, 2004.
24. Unidad de Estadística e Informática Evaluación del año 2014, indicadores y líneas de base del hospital santa rosa de puerto Maldonado.
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en obstetricia y perinatología; Perú-2010
26. Schwartz R., "obstetricia". Sexta edición. Buenos Aires: el ateo; 2008
27. Williams. Obstetricia. Vol. 1 pág. 215. edición 23. Mc Graw Hill
28. Mongrut A. Tratado de obstetricia. 3ra edic

29. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos Volumen 92: 2014 Volumen 92, Número 3, marzo 2014, pág. 153-228. Disponible en:

<http://vidahumana.org/federacion-ippf/item/1169->

[lafederacion-internacional-de-ginecologia-y-obstetricia-figo.](http://vidahumana.org/federacion-ippf/item/1169-lafederacion-internacional-de-ginecologia-y-obstetricia-figo)

30. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. marzo 24, 2009 por web master. Archivado en Declaración de la SEGO. Disponible en:

<http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>

31. Hijona J., factores asociados al aborto espontaneo, España granada, universidad de granada. Facultad de medicina, 2009

32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud, Ginebra, 2003; y Aborto inseguro. Las estimaciones globales y

regionales de la incidencia del aborto inseguro y la mortalidad asociada en el año 2000, 4a Edición, Ginebra, 2004. Disponible en: [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health).

33. Mendez – velazquez J. El manejo del aborto espontaneo y sus complicaciones. GacMedMex 2003; 139(1):s 47- 53.
34. Escobar y Álvaro Complicaciones médicas del aborto: Congreso Mujer y realidad del aborto Cáceres marzo 2007, Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia, España; 2007.
35. Enrique Guevara-Ríos y cols. Hemorragias de la primera mitad del embarazo Revista Peruana Ginecología y Obstetricia. 2010;vol. 56 no.1
36. Briozzo L, Rodriguez F, León I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. aborto inseguro en Uruguay. Int J Obstet Bynaecol 2004; vol. 85 no 1 pag.70-73.

37. Biblioteca del Congreso Nacional. Contacto: Pilar Lampert G, Asesoría Técnica Parlamentaria. plampert@bcn.cl, Anexos: 1834. 18/05/2012. Disponible en: <http://worldabortionlaws.com/map/>
38. Dador M. El aborto Terapéutico en el Perú. Centro de promoción y Defensa de los derechos sexuales y reproductivos.
39. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Relato Final del Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico. Lima: SPOG/PROM - SEX; 2005.
40. González J, Laila J, Fabre E, González E. Obstetricia, Aborto; Ed. Masson 2006 cap. 27. Pág. 435-454.
41. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente Guía de Práctica Clínica (GPC)
42. Gómez S. Prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al hospital materno infantil Dra.

Matilde hidalgo de Procel en el período de mayo a octubre del 2012. Guayaquil, ecuador, 2012.

43. Marín M. Complicaciones quirúrgicas intrahospitalarias: identificación, factores asociados y monitorización, España,

44. Aibar L. Complicaciones y Tratamiento del aborto precoz. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada, 2009.

45. [Http://www.monografias.com/trabajos64/aborto-consecuencias/aborto-consecuencias2.shtml#ixzz2WDio1Mua](http://www.monografias.com/trabajos64/aborto-consecuencias/aborto-consecuencias2.shtml#ixzz2WDio1Mua)

46. Martínez S. “anemia severa por aborto incompleto en el hospital San José del callao enero del 2015”, Universidad privada de Ica. facultad de ciencias humanas y ciencia de la salud, 2015.  
Disponible en:

<http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/38>

47. Cabrera S: Hemorragia Posparto. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia 2010, vol. 56 no.1: pág. 23-31.

48. Guías de Atención de las complicaciones hemorrágicas en el embarazo Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. 2012.
49. Protocolo de aborto, SEGO, 2006
50. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive; guía técnica, ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Lima – Perú 2007; pág. 47, 63.
51. Ovidio A., Alejos H., Rodríguez C., Espinoza K., Parra J., Chumbe O., et al. Aborto séptico en adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2015, vol. 44, no 2, p. 118-123.
52. Jul L., Gonzales G. y colaboradores. Hemoglobina Materna en el Perú. Revista peruana de Medico Experimental y Salud Publica Setiembre 2011; vol. 28 no. 3.
53. Goonewardene M, Shehata M, Hamad A. La anemia durante el embarazo. Mejor Pract Res Clin Obstet Bynaecol 2012; 26: 3-24.

54. Feldman L. Hematología, Anemias: Epidemiología, Fisiología, Diagnóstico y Tratamiento. La anemia en el adulto mayor. ¿Una crisis en la salud pública?, Julio-Octubre, 2011; Vol. 15 N° 2: 35-42
55. Garcia L. Anemia ferropénica UCREA Universidad de Cantabria 2013.
56. López C., Herreros J., Pérez M. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Capítulo 50 aborto: concepto y clasificación, etiología, anatomía patológica, clínica y tratamiento pág.415-423.
57. Nanda K, Peloggia A, Grimes D, et al. Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto espontáneo (Revisión cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2008 Numero2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
58. Botes M. Los parámetros de aborto séptico. S Afr J Obstet Gynaecol. 2011 Sep 11; 9 (2): 37-41. PubMed PMID: 12276391.

59. Moreno A. y cols, Principales medidas en epidemiología salud pública de México, julio-agosto de 2000; vol.42, no.4.

60. Peralta M. Incidencia de abortos en la población joven internada en el Hospital Regional de Cusco - 2011 bioética escuela de post grado maestría en salud pública. Cusco – Perú, universidad andina, 2012.

<http://www.monografias.com/trabajos93/incidencia-aborto-poblacion-joven-internada/incidencia-aborto-poblacion-joven-internada.shtml#bibliograa#ixzz4ICTHgMLb>

61. Bajo J, Fabre E, Álvarez P, et al. Amenaza de aborto y aborto. Signos ecográficos de mala evolución de la gestación, cap. 17. En: Ultrasonografía en infertilidad. Editorial Marbán 2009; 298-324.)

62. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Diccionario de cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Publicación: 5 de abril de 2016.

63. Hernández R., Fernández C., Baptista P., Metodología de la investigación Cuarta edición miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Nlim. 736.

64. Hernández R., Fernández C., Baptista P., metodología de la investigación, Primera edición McGraw - HILL INTERAMERICANA de México, S.A. de C.V.

65. Canales F., y cols. Metodología de la investigación, manual para el desarrollo del personal de salud.

66. Sorribas A. Grupo de bioestadística [en línea]. Bioma temática Facultad de Medicina, UdL. [accesado 14 Oct 2015]; [1-65p].

Disponible en:

<http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000104/recursos/r-25.pdf>

67. Gómez J, Grau A, Ingellis A, Jabbaz M. Técnicas cualitativas de investigación social. Universidad de Valencia. España. [en línea]

[accesado 20 Jul 2015]; [1-30 p]. Disponible en:

[http://ocw.uv.es/ciencias-sociales-y-juridicas/tecnicas-cualitativas-de-investigacion-social/tema\\_4\\_la\\_organizacion\\_de\\_la\\_inv.pdf](http://ocw.uv.es/ciencias-sociales-y-juridicas/tecnicas-cualitativas-de-investigacion-social/tema_4_la_organizacion_de_la_inv.pdf)

**ANEXOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**“INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO JULIO -DICIEMBRE 2015”**

1. Características Sociodemográficas

Edad		Residencia	
<b>Grado de instrucción</b>		a) Urbano	
a) Analfabeta		b) Rural	
b) Primaria Incompleta		<b>Estado civil</b>	
c) Primaria Completa		a) Soltera	
d) Secundaria Incompleta		b) Casada	
e) Secundaria Completa		c) Conviviente	
f) Superior Técnico Incompleto		<b>Ocupación</b>	
g) Superior Técnico Completo		a) Ama de casa	
h) Superior Universitario Incompleto		b) Trabajadora Independiente	
i) Superior Universitario Completo		c) Trabajadora Dependiente	
		d) Estudiante	

2. Antecedentes Obstétricos

Paridad		Antecedentes de Aborto	
Nulípara		Ninguno	
Primípara		Uno	
Múltipara		Dos a Tres	
Gran Múltipara		Cuatro a mas	

### 3. Diagnóstico de ingreso

Edad Gestacional		Tipo de Aborto	
< de 12 semanas de gestación		Aborto Inevitable	
≥ de 12 semanas de gestación		Aborto Retenido o Frustrado	
Clasificación del aborto		Aborto Incompleto	
Aborto Espontaneo		Aborto Completo	
Aborto Inducido		Aborto Séptico	

### 4. Complicaciones

<b>Anemia</b>	Si ( ) No ( )	<b>Desgarro de cérvix</b>	Si ( ) No ( )
Anemia Leve	Si ( ) No ( )	<b>Infección del Tracto Urinario</b>	Si ( ) No ( )
Anemia Moderada	Si ( ) No ( )	<b>Síndrome Febril</b>	Si ( ) No ( )
Anemia Aguda	Si ( ) No ( )	<b>Sepsis</b>	Si ( ) No ( )
<b>Hemorragia</b>	Si ( ) No ( )	<b>Shock Séptico</b>	Si ( ) No ( )
<b>Shock Hipovolémico</b>	Si ( ) No ( )	<b>Punción o perforación del útero</b>	Si ( ) No ( )
<b>EPI</b>	Si ( ) No ( )	<b>MUERTE</b>	Si ( ) No ( )

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS		
<p>“Incidencia y Complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado Julio – Diciembre 2015”</p>	<p>Según la OMS, el aborto es un problema social y de salud pública que va en incremento, se estima, que en la actualidad ocurren en el mundo aproximadamente 600.000 muertes maternas por aborto y el 90 % ocurren en países subdesarrollados, especialmente en aquellos con dificultad al acceso de los servicios de salud. Es una de las primeras causas de morbi-mortalidad materna por las complicaciones hemorrágicas e infecciosas y que practicado en forma insegura, expone a la mujer a daños irreversibles e inclusive hasta la muerte.</p> <p>En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De éstos, 36 % no fueron planeados, y un 20 % termina en un aborto. En algunos países el aborto es causa de mortalidad materna hasta en 30 %. Se estima que en el Perú un tercio de todas las gestaciones termina en aborto.</p> <p>El 13 % las muertes maternas se atribuyen a las complicaciones de abortos inseguros. El 95 % de estos se registran en países en desarrollo. Con respecto a la edad, dos de cada tres ocurren en mujeres entre 15 y 30 años.</p> <p>La incidencia de complicación obstétrica fue del 11 %, el 81 % de las complicaciones fueron las asociadas al aborto.</p>	<p><b>OBJETIVOS GENERALES:</b></p> <p>Determinar la incidencia y las complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el periodo de julio -diciembre del 2015</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la incidencia del aborto en las mujeres hospitalizadas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el periodo de julio -diciembre del 2015.</li> <li>• Determinar las Complicaciones en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el periodo de julio -diciembre del 2015.</li> </ul>		
VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable independiente: Complicaciones del aborto. INDICADORES: Complicaciones maternas</li> <li>• Variable dependiente: Incidencia de aborto INDICADORES: Total de Abortos</li> </ul>	<p>La investigación será de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.</p>	<p>Para el análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta las variables de estudio utilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentajes.</li> <li>• Cuadros estadísticos.</li> <li>• Representaciones gráficas.</li> <li>• Conclusiones obtenidas del trabajo.</li> </ul>	<p><b>Población:</b> Son 1142 pacientes gestantes atendidas, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2015.</p> <p><b>Muestra:</b> Son 237 pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Aborto, en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2015.</p>	

# AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS  
HOSPITAL SANTA ROSA



"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"  
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"

## MEMORANDO N°601 -2016-GOREMAD/HSR-DE.

**PARA :** Lic. Enf. Alicia N. VICENTE AGUILAR  
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

**ASUNTO :** Autoriza Realización de Proyecto de Investigación.

**REF. :** Oficio N°097-2016-GOREMAD/HSR-UADI.

**FECHA :** Puerto Maldonado, 15 de Junio del 2016.

De acuerdo al documento de la referencia, esta Dirección autoriza la realización del Trabajo de Investigación Titulado: "INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DE JULIO A DICIEMBRE - 2015", el mismo que estará a cargo de la Srta. Kely Lizzeth CHOQUEJAHUA PILCO, estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna.

Asimismo, deberán de brindar las facilidades del caso los servicios involucrados.

Atentamente,

DIRECCIÓN REGIONAL MADRE DE DIOS  
Hospital II Santa Rosa - Puerto Maldonado

  
LUIS HUMBERTO CHAVEZ CELIS  
DIRECTOR  
CMP N° 25821 RNE N° 22704

Cc.:  
Interesada  
Archivo.  
LHCHC/RMLCP rdg.-

SEDE CENTRAL  
JR. CAJAMARCA N° 171  
Teléfonos: 082 - 571019-573431  
Telefax: 082 - 573430

PAGINA WEB HSR - PM  
[www.hospitalsantarosa.gob.pe](http://www.hospitalsantarosa.gob.pe)

DIRECCION EJECUTIVA  
Telefax: 082 - 571046  
Anexo: 114 - 115