

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO
EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023**

TESIS

Presentada por:

Bach. Diego Bartolomé Yucra Mamani

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023**

TESIS

Presentada por:

Bach. DIEGO BARTOLOMÉ YUCRA MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por MAYORIA ante el siguiente jurado:



Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio

Presidente



Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos

Miembro



Mgr. Hilda Leticia Vizcarra Rojas

Miembro



Mgr. Alberto Saul Flor Chavez

Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **ALBERTO SAÚL FLOR CHAVEZ** en mi condición de asesor acreditado por la **Resolución de Facultad N° 12698-2024-FACS-UNJBG** de la tesis de investigación titulado:

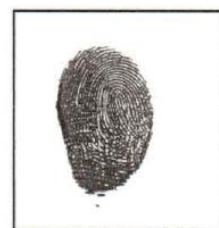
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”.

Presentado por el Bachiller **DIEGO BARTOLOMÉ YUCRA MAMANI** para optar el Título de **MÉDICO CIRUJANO**.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 6%. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención de título.


MÉD. ALBERTO SAÚL FLOR CHAVEZ
CMP 21908 RNE 18833
Médico Asistencial
Departamento de Gineco-Obstetricia



Huella Digital


BACH. DIEGO BARTOLOMÉ YUCRA MAMANI
DNI 76621777
Tesisista



Huella Digital

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón mi investigación a mi madre y hermana, pues sin ellas no habría conseguido este magno logro. A diario, la bendición que me brindan durante toda mi vida me cuida y me guía por el camino de la gracia y el bien. Por eso les entrego mi tesis como una ofrenda por la paciencia y sobre todo por el cariño que nos tenemos, las amo.

AGRADECIMIENTOS

La Casa de estudios superiores Jorge Basadre de Grohmann me dio la acogida a un frio universo laboral como tal, las incontables oportunidades que me han generado son incomparables, y antes de esto mi persona no pensaba que fuera posible que algún anhelado día se me cumpliera la bendición de convertirme en un médico.

Estoy muy agradecido por la ayuda a mi asesor, médicos docentes, mis amigos Linares y García, y sobre todo a la universidad por haberme dado grandiosas oportunidades y ser medio para recolectar los abundantes conocimientos que se me ha otorgado.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	xviii
ABSTRACT.....	xix
INTRODUCCION	01
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	04
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	04
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	08
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	08
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	11
1.5. OBJETIVOS.....	11
1.5.1 Objetivo General.....	11
1.5.2 Objetivo Específico	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	13
2.1.1 Internacionales	13
2.1.2 Nacionales.....	19
2.1.3 Locales	25
2.2. BASES TEORICAS.....	27
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	45
3.3. VARIABLES.....	46
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	49
3.6. ASPECTOS ETICOS	50
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	52
4.1. DISCUSIÓN.....	97
CONCLUSIONES	131
RECOMENDACIONES.....	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
ANEXOS.....	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	52
Tabla 2.	Estado conyugal como factor de frecuencia a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	55
Tabla 3.	Ocupación como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	57
Tabla 4.	Paridad como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	59
Tabla 5.	Antecedente de cesárea como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	61

Tabla 6.	Antecedente de legrado uterino como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	63
Tabla 7.	Antecedente de Embarazo ectópico como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	65
Tabla 8.	Antecedente de Parto prematuro como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	67
Tabla 9.	Frecuencia de la clasificación del aborto espontáneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	69
Tabla 10.	Edad gestacional como factor de frecuencia a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	71
Tabla 11.	Cantidad de Abortos previos como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto	

	espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	73
Tabla 12.	Índice de masa corporal como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	75
Tabla 13.	Antecedente de Amenaza de Aborto en la misma gestación como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	77
Tabla 14.	Periodo Intergenésico como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	79
Tabla 15.	Infección Urinaria como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	81
Tabla 16.	Diabetes Mellitus como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	83

Tabla 17. Hipertensión Arterial como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	85
Tabla 18. Patología Tiroidea como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	87
Tabla 19. Enfermedad de Transmisión Sexual como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	89
Tabla 20. Flujo Vaginal como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	91
Tabla 21. Miomas uterinos como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	93
Tabla 22. Anemia como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del	

servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	95
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Edad como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”54
- Gráfico 2. Estado conyugal como factor de frecuencia a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”56
- Gráfico 3. Ocupación como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”58
- Gráfico 4. Paridad como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”60
- Gráfico 5. Antecedente de cesárea como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”62

Gráfico 6.	Antecedente de legrado uterino como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	64
Gráfico 7.	Antecedente de Embarazo ectópico como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	66
Gráfico 8.	Antecedente de Parto prematuro como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	68
Gráfico 9.	Frecuencia de la clasificación del aborto espontáneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	70
Gráfico 10.	Edad gestacional como factor de frecuencia a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	72
Gráfico 11.	Cantidad de abortos previos como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto	

	espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	74
Gráfico 12.	Índice de Masa Corporal como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	76
Gráfico 13.	Antecedente de Amenaza de Aborto como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	78
Gráfico 14.	Periodo intergenésico como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	80
Gráfico 15.	Infección urinaria como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	82
Gráfico 16.	Diabetes Mellitus como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	84

Gráfico 17. Hipertensión Arterial como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	86
Gráfico 18. Patología Tiroidea como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	88
Gráfico 19. Enfermedad De Transmisión Sexual como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	90
Gráfico 20. Flujo Vaginal como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	92
Gráfico 21. Miomas Uterinos como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	94
Gráfico 22. Anemia como factor de riesgo a aborto espontaneo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes del	

servicio de gíneco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023”	96
--	----

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores de riesgo del aborto espontáneo en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2023. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Donde se encontraron que fueron 554 pacientes que presentaron diagnóstico de aborto espontáneo al ingreso y durante su hospitalización. La técnica utilizada fue revisión de datos del Sistema informático perinatal (SIP) **Resultados.** En el 2023, 554 mujeres con diagnóstico de aborto no provocado fueron atendidas que representa una frecuencia del 19.1%. La edad más afectada fueron las de 18 a 25 años con un 26.9% (149); el estado conyugal más frecuente es la conviviente con un 59.1% (327); respecto a antecedentes de gestaciones previas, haber tenido dos gestaciones anteriores, resulto el grupo más frecuente con un 27.2% (151); tener antecedente de alguna cesárea, legrado uterino, embarazo ectópico o parto prematuro, con una frecuencia de 31.8% (176), 40.2% (223), 6.1% (33) y 12.8% (71); el tipo de aborto incompleto fue el más frecuente con 77.1% (427); los abortos tempranos resultaron ser más frecuentes frente a los tardíos, con un 58.8% (326); tener 01 aborto previo fue más frecuente con un 42.6% (236); el índice de masa corporal más frecuente fue sobrepeso con 40.9% (226); tener antecedente de amenaza de aborto fue el escenario más frecuente con 29.4% (107); el periodo intergenésico más frecuente es el menor de 1 año con 37.0% (205); además algunas patologías concomitantes al momento del ingreso al hospital también fueron consideradas frecuentes, siendo las más resaltante las infecciones urinarias y anemia, con un 30.3% (168), y un 35.2% (195). **Conclusiones.** El tipo más frecuente fue el aborto incompleto y de tipo temprano, en su mayoría resultaron ser jóvenes, con estado conyugal en concubinato, con 02 gestaciones previas, y 01 aborto previo, con un estado corporal en sobrepeso y baja frecuencia de patologías asociadas. **Palabras clave:** Aborto, Gestante, Historia clínica, Sistema informático perinatal, Características.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for spontaneous abortion in patients of the Obstetrics-Gynecology service of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, year 2023. **Materials and methods.** An observational, descriptive and retrospective study was carried out. Where it was found that there were 554 patients who had a diagnosis of spontaneous abortion upon admission and during their hospitalization. The technique used was a review of data from the Perinatal Information System (SIP) **Results.** In 2023, 554 women with a diagnosis of unprovoked abortion were treated, which represents a frequency of 19.1%. The most affected age was those between 18 and 25 years old with 26.9% (149); The most frequent marital status is cohabiting with 59.1% (327); Regarding a history of previous pregnancies, having had two previous pregnancies was the most frequent group with 27.2% (151); having a history of a cesarean section, uterine curettage, ectopic pregnancy or premature birth, with a frequency of 31.8% (176), 40.2% (223), 6.1% (33) and 12.8% (71); the incomplete type of abortion was the most frequent with 77.1% (427); early abortions turned out to be more frequent compared to late ones, with 58.8% (326); having 01 previous abortion was more frequent with 42.6% (236); The most frequent body mass index was overweight with 40.9% (226); having a history of threatened abortion was the most frequent scenario with 29.4% (107); The most frequent intergenic period is less than 1 year with 37.0% (205); In addition, some concomitant pathologies at the time of admission to the hospital were also considered frequent, the most notable being urinary infections and anemia, with 30.3% (168), and 35.2% (195). **Conclusions.** The most frequent type was incomplete and early type abortion, most of them turned out to be young, with conjugal marital status, with 02 previous pregnancies, and 01 previous abortion, with an overweight body state and low frequency of associated pathologies.

Keywords: Abortion, Pregnant woman, Clinical history, Perinatal computer system, Characteristics.

INTRODUCCIÓN

La palabra aborto se conceptualiza como la pérdida temprana de la gestación después de la instauración del huevo o blastocisto fecundado en la capa funcional, endometrio, previo de que el producto haya logrado un grado de viabilidad, es decir que tenga como una longitud menor de 25 cm entre la coronilla y rabadilla, o también un peso menos de 500 gramos(1–5).

Y como tal representa un severo problema a nivel mundial de salud pública, ocasionado por factores múltiples asociados, como los sociodemográficos, fetales y/o maternos y entre otros(2,4,6,7). Al ser la complicación o patología obstétrica más frecuente y la causa más frecuente en la mitad primera de sangrado; teniendo una prevalencia entre 11 y 20% a nivel general. Siendo más frecuente en las iniciales 12 semanas, y poco frecuente desde las 12 a 22 semanas; sabiendo por otro lado que la porcentualidad incrementa de manera directa conforme la madre tiene más años. (1,8,9)

Por ello radica la relevancia de esta situación, en su probabilidad de complicaciones, dando cabida a una mayor morbimortalidad materna sobre todo cuando se habla de los inducidos. Además, repercusiones en las mujeres atendidas pueden trascender lo netamente orgánico, ya que estas pueden padecer luego un significativo daño emocional y estrés psicológico, lo cual se puede acompañar de repercusiones en su vida personal, familiar y social. Sumado a ello, también hay que considerar los costos a estimar en cada caso,

a pesar de que es una estadía breve, tiene un gasto económico significativo para los hospitales, familias y cercanos(3,10–12).

En nuestro país prevalece un irregular control de las gestantes, mujeres que no asisten a sus controles antenatales, desconocimiento y/o desinformación de la enfermedad y posibles complicaciones. Por ello en esta investigación desnudaremos la problemática a desarrollar, asociando cuáles son las características de riesgo que desencadenan culminando en un aborto no provocado(11–15).

En Tacna, cuando era un interno de medicina humana en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna fui testigo de un incremento en la estadística de abortos, por lo que se dio la inquietud de poder identificar los factores y características de riesgo del aborto; pero se vio que no hay números precisos o certeros y modernizados a la actualidad sobre la prevalencia, características clínicas y epidemiológicas de la pérdida del producto; por lo que es de urgente necesidad indagar en este conflicto y disponer a la población médica, los detallados conocimientos, para que estos sirvan como base en la formación de una decisión responsable y conciente, y se pueda optar con maniobras interdisciplinarias conjuntas, para evitar que este problema de salud pública y social siga menoscabando y dañando las familias(16,17).

Los resultados logrados de este trabajo también podrán ser trasladados hacia maniobras en futuras madres con anhelos de gestar, elevando el conocimiento de factores de riesgo y complicaciones derivadas de él; los controles antenatales pueden ser transformados basado en la necesidad epidemiológica de grupos, haciéndolo más exhaustivo en ciertas zonas demográficas por su elevada prevalencia(11,17).

A pesar de la existencia de numerosos conocimientos sobre dicho tema en estudio con expertos médicos a nivel internacional y/o nacional, estos son datos generales y superficiales, con comunidades en estudio incluso totalmente diferentes en la realidad nuestra. Que haya pocos estudios que toquen la temática de aborto no provocado a nivel local y menos en mencionado nosocomio, y sumado a que este es un conflicto de importancia por los innombrables perjuicios, sobre todo a la salud física y mental que conlleva el tener una pérdida, por lo que la tesis ayudara a estas de mujeres con riesgos de padecer abortos y que se verán agradecidas con la contribución de este estudio(18,19).

Por todo lo anterior explicado, el objetivo que se propone detallar cuales son los factores de riesgo de aquellas mujeres que fueron atendidas con el diagnóstico de ingreso confirmado o presuntivo de aborto atendidas en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna durante el 2023.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

El término aborto proviene del latín Abortus, se conceptualiza en la Real Academia Española (RAE) como la pérdida o interrupción del desarrollo del producto en la gestación por etiologías provocadas o naturales(20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al igual que la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) la conceptualiza como la pérdida temprana de la gestación, como evento posterior a la implantación del huevo o blastocisto fecundado en la capa funcional uterina, endometrio, antes de que el producto haya logrado ser viable, ósea que sea menor de 22 semanas completas de gestación; acompañándose de un menor peso de 500 gramos o una tamaño coronilla rabadilla menos de 25 centímetros, por otro lado que si la interrupción se da luego de las 22 semanas cumplidas de gestación se la denomina como una muerte fetal(1–3,6–8,10,21).

El aborto es señalado como un dilema de salud pública en el nivel global, ocasionado por múltiples factores de riesgo maternos y/o fetales y sociodemográficos, y muchos otros factores que no se tienen en cuenta por su muy baja frecuencia(2,4,6,7).

Este problema endémico y de salud pública genera un panorama mundial de 73 millones de abortos producidos cada año según estadísticas de la OMS(1,2,6).

A nivel nacional, el aborto representa un desafío en nuestro país, ya que en las últimas décadas se ha transformado en una frecuente patologías fundamento de hospitalización. Se aproxima que la frecuencia de abortos o de embarazos que culmina en aborto en nuestro Perú es la tercera parte de los embarazos, o más específicamente de un 20 a 30% del total de embarazos confirmados y se dan generalmente entre los 15 a 45 años, es decir en la edad reproductiva, produciéndose 35 abortos por cada 1000 mujeres según las estimaciones; a pesar de ello, es difícil demostrarlo por abortos que no logran reportarse por diferente motivo(11,15,19,22–26).

El aborto espontáneo es la complicación obstétrica más prevalente, alcanzando una prevalencia que oscila el 10 al 20%. El 60% de pérdidas espontáneas son ocurridas de forma temprana, ósea se dan en las iniciales 12 semanas, y el restante 40% acontece en las 12 a 20 semanas; esta porcentualidad se eleva en conjunto con la edad materna, a ello, acotar que la fertilidad femenina se aminora desde de los 35 años, siendo más importante a los 40 años que es cuando se afecta la calidad del ovocito y con ello, la capacidad uterina para albergar un producto y lograr que este pueda llegar a término(21,26–29).

La relevancia de esta situación radica en la posibilidad de las complicaciones, dando cabida a una mayor mortalidad materna sobre todo cuando se habla de los provocados, siendo las más frecuentes el aborto séptico, la hemorragia y en algunos casos coagulación intravascular diseminada, entre otros muchos más(7,16–18,30).

Además, las consecuencias en estas mujeres pueden trascender lo orgánico, ya que dichas mujeres pueden padecer luego un importante estrés emocional y psicológico, lo que acarrea consigo repercusiones en su vida personal, familiar y social. Además de todo esto, también hay que considerar los gastos que se utilizan en las atenciones, incluso cuando la mayoría permanece una estadía corta en el hospital, igual es un gasto considerable para los hospitales y también para sus familias(27,29,31–33).

El verdadero reto es lograr un recuperación física y emocional; y evitar sufrir depresión. Este problema es un contundente golpe para las que anhelan ser madres. No solo por la situación nefasta, sino sumado a los drásticos cambios en las hormonas que sufren durante este periodo(1,2,6,17,34).

En nuestro país existe aún un irregular control de las gestantes, pacientes que no asisten a sus controles antenatales respectivos, desconocimiento y/o desinformación de la enfermedad en estudio y de sus complicaciones. En esta investigación estudiaremos el problema en desarrollo, señalando cuáles son aquellos factores de riesgo que ocasionan como consecuencia el aborto no

provocado. Los resultados de esta investigación nos servirán para tener una visualización clara de características epidemiológicas, y clínicas del aborto y sus múltiples variantes(9,14,34).

Al momento en Tacna, en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna se ha visto una elevación en estos recientes años en la porcentualidad de abortos, ante ello se dio la interrogante de poder dar a vincular las características epidemiológicas y clínicas del aborto pero se encontró que no hay datos precisos y modernizados sobre la prevalencia y prevalencia, por ello es de rigurosa necesidad estudiar esta problemática y disponer a la población médica, los saberes alcanzados, para que estos sean usados como base en el planteamiento de un responsable criterio, y ayude a plantear decisiones interdisciplinarias, para evitar que este problema de salud pública y social siga repercutiendo en las familias(16,17,35).

En Tacna no existe un estudio de estas características a profundidad de esta dimensión, es por esto que el fundamento de esta investigación es relacionar las características y aspectos de riesgo de pacientes atendidas con el diagnóstico al ingreso y durante su hospitalización con presuntivo o confirmado de aborto en este hospital(16,17).

Cabe resaltar que hay múltiples investigaciones donde evidencian factores sociodemográficos y/o epidemiológicos, pero son de poco o nula relevancia, por tal condición es de importancia identificarlos y ver la asociación

que puede existir, para así agregar más detalles locales de nuestra comunidad(11,13,23–25,28,29,35,36).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados en el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2023?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA:

El aborto no provocado es señalado como un fenómeno social y de salud pública a nivel mundial, que va incrementando, pero sobre todo en aquellos países tercermundistas. Debido a la importancia del tema, esta investigación lograra ofrecer y recabar información sustentada acerca de los aspectos de riesgo epidemiológicos y clínicos, y complicaciones materno-fetales de las pacientes atendidas con dicho diagnostico que fueron ingresadas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna durante el transcurso del tiempo en estudio(12,17,25,37).

Por ello se necesita estudiar esta problemática y ponerlo a disponibilidad de la comunidad médica y población en general; estos conocimientos recogidos deben ser usados como base fundamental en la ayuda de formación de criterios responsables, basado en evidencia, y así de esta forma, decisiones en forma conjunta, para inhibir que la problemática de salud pública y social siga

ocasionando perjuicios a las mujeres y sus familias. Con un propósito de poder instaurar programas de prevención para localizar los factores de riesgo a tiempo con la consigna probable de mermar la estadística del aborto espontáneo y complicaciones maternas(12,14,17,25).

Ya identificados los factores epidemiológicos y clínicos que se han encontrado del aborto en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, tratar de modificarlos, erradicarlos y de esta manera ayudar a colaborar a reducir la morbilidad mortalidad materno fetal(16,17).

De reducirse la prevalencia en general del aborto, estaría disminuyéndose el número de mujeres expuestas al peligro de sus complicaciones. Con las conclusiones de la tesis se intuye al trabajo preventivo de las condiciones negativas y aspectos de riesgo. Resultando en una disminución de eventos que expongan a las mujeres frente a complicaciones, tanto biológicas como psicológicas(34,35,38,39).

Las conclusiones logradas de este trabajo también podrán ser trasladados a maniobras de intervención en futuras madres con anhelos de gestar y también en las iniciales semanas de embarazo, incrementando el reconocimiento de criterios causantes de aborto y sus complicaciones derivadas del mismo, además, los controles antenatales podrán ser transformados según la necesidad de las mujeres en cuestión, siendo más exhaustivos en ciertas zonas sociodemográficas con elevadas prevalencia frente a otras(16,17,19).

Teniendo a saber que las indagaciones actualizadas sobre este tema son pocas a nivel local, añadiendo que estas investigaciones son limitados, y engloban en su mayoría a causas provocadas y hechos de clandestina, lo que produce un sosiego del conocimiento adjudicada a esta situación en específico(13,28,38).

Este estudio justifica su realización y ejecución, sabiendo que aún con la existencia de artículos e investigaciones sobre dicho problema en cuestión ya sea a nivel internacional o nuestro país, estas son superficiales, con ambientes muchas veces completamente distintos a nuestra realidad social, económica y política. Entonces no hay investigaciones que trabajen el tema del aborto no provocados a nivel local como se debería, añadiendo cierta importancia agregada por los enormes perjuicios a la salud mental y física que conlleva padecer un aborto espontáneo que en múltiples ocasiones son la base para más adelante preceder abortos recurrentes; trayendo frustración a las madres que padecen infelizmente estas dichas, por ello el beneficio directo a este conjunto de mujeres con peligro de padecer abortos espontáneos; sabiendo que se verán felices al terminar su embarazo de forma exitosa con la contribución de este trabajo (13,28,34,38,39).

Los datos requeridos e información necesarios para la investigación, se hallaron en el Sistema informático perinatal (SIP), de las pacientes que se atendieron en el año 2023 y gracias a una ficha para recolectar estos datos, que por supuesto ha sido previamente evaluada y aprobada por médicos

especialistas en ginecología y obstetricia, muy aparte del asesor del presente estudio. (13,25,30,31,35,38).

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

El estudio recae sobre las gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo hospitalizadas en el Departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, el objetivo en específico, es evaluar datos de aquellas pacientes que han tenido un diagnóstico presuntivo o confirmado de aborto al ingreso y durante su hospitalización. Las gestiones burocráticas y la poca disposición de las autoridades de aprobar los permisos y licencias para obtener los datos y recabar la información necesaria fueron un óbice para el desenvolvimiento correcto de la investigación, al igual que la dilatación en la aprobación de permisos para realizar presente estudio fueron una dificultad manifiesta.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con el diagnóstico de aborto, durante el año 2023.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar la frecuencia producida por el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2023.
- b) Determinar los factores sociodemográficos de las pacientes, y a través de estas características poder describir la edad, estado civil, y la ocupación.
- c) Identificar los factores y antecedentes médico-gineco-obstétricos tales como gestaciones previas, antecedentes gineco-obstétricos, abortos previos, edad gestacional, índice de masa corporal, antecedente de amenaza de aborto en la misma gestación, y periodo intergenésico.
- d) Conocer los factores clínicos, como la frecuencia de la variante de aborto producido, además de patologías asociadas que pueden conllevar a influenciar a la instauración del aborto.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Internacionales

Inácio et al. (7) realizaron un estudio de revisión sistemática (2000 a 2021) a través de sitios digitales como Scielo, Revista Brasileña, PUC-Goiás, UNIARP y Repositorio FURG de investigaciones que presentaban etiologías del aborto espontáneo, con la finalidad de estudiar algunos aspectos que pueden ocasionar este suceso, enfatizando las etiologías heterogéneas del aborto no provocado y estudiando causas no genéticas y genéticas, así como factores demográficos y socioeconómicos. Se encontró que los principales factores causantes de un aborto fueron las anormalidades cromosómicas y ciertas condiciones demográficas y socioeconómicas, como la educación, la edad y los factores infecciosos y endocrinos.

Pereza et al. (8) realizaron un estudio de Revisión sistemática y metanálisis (1990 a 2015) en bases de datos electrónicas Pubmed y Scopus, con el objetivo de realizar la primera revisión sistemática integral de estudios de asociación genética en aborto espontáneo recurrente idiopático; analizar estudios según la definición y los criterios de selección de aborto espontáneo recurrente para pacientes y sujetos de control. La revisión sistemática incluyó

428 estudios de casos y controles (1990-2015), que diferían sustancialmente en cuanto a la definición de RSA, la evaluación clínica de los pacientes y la selección de los sujetos de control. En las mujeres se investigaron 472 variantes en 187 genes. Se realizaron metanálisis para 36 variantes en 16 genes. Se detectó asociación con IRSA definido como tres o más abortos espontáneos (SA) para 21 variantes en genes implicados en la respuesta inmune, coagulación, metabolismo y angiogénesis. Sin embargo, las OR fueron modestas (0,51–2,37), con una credibilidad epidemiológica moderada o débil. Se concluye que los estudios de genes candidatos muestran asociaciones moderadas con IRSA. Debido a las grandes diferencias en la definición de RSA y los criterios de selección de los participantes, se necesita consenso.

Ho et al. (9) realizaron un estudio de revisión sistemática (2010 a 2021) en bases de datos PubMed y EBSCO, con el objetivo de buscar artículos que abordaran los efectos psicológicos del aborto espontáneo y que informaran sobre las experiencias de los pacientes en diferentes entornos clínicos. Todos los estudios cualitativos informaron insatisfacción con la atención brindada en el departamento de emergencias, en parte debido a la falta de apoyo emocional. Los estudios cuantitativos hicieron referencia a intervenciones que ayudaron a las pacientes a afrontar la pérdida del embarazo e identificaron varios factores que afectan el planteamiento terapéutico recibido. Se concluye que el manejo psicológico no se aborda regularmente en el departamento de emergencias, y los protocolos que incluyan educación sobre el duelo para proveedores de

atención en salud, así como la participación de la paciente en el manejo, mejorarían la experiencia general del paciente con la atención del aborto espontáneo.

Lopez et al. (27) realizaron una revisión de revisiones bibliográficas en un periodo de los últimos 5 años consultando las bases Bvsalud, Scielo, PubMed, Google académico y de artículos relacionados en la salud materno y fetal, además de estudios científicos, con la esperanza de señalar los aspectos epidemiológicos de riesgo relacionados a un aborto no provocado. Se halló que los criterios de riesgo enlazados al aborto se pueden dividir en dos: factores no genéticos destacan la presencia de agentes infecciosos, causas ambientales y socioeconómicas, historia de vida, ocupacionales y trastornos endocrinos y trombolíticos; entre los genéticos que resaltan los trastornos cromosómicos y polimorfismos. Concluyen que se logró señalar que hay una elevada incidencia en los aspectos riesgosos no genéticos.

Melendez (40) realizó un estudio de observacional, no experimental y descriptivo (mayo a septiembre 2019) en Hospital Básico del Cantón El Carmen Manabí en 185 gestantes que padecieron algún aborto espontáneo, con el objetivo de plantear aspectos de riesgo ginecológicos-obstétricos en gestantes asociados a la pérdida del producto. Encontró que se resalta que la razón de la consulta era hemorragia transvaginal con un 38%, también por hipogastralgia con un porcentaje de 28%; como principales factores, la mayoría de mujeres atendidas fueron gestantes múltiples con un 56%; de las cuales varias padecían

de recurrencia de pérdidas. El 47% de embarazadas no acudían al control prenatal. Se resolvió que los aspectos de riesgo pensados para aborto espontáneo con elevada prevalencia son las edades entre 25-35 años, mujeres que no acudían a planificación familiar, con elevada frecuencia en abortos incompletos, por último, acotando que era frecuente la pérdida en las primeras 12 semanas y su expresión clínica más frecuente era la hemorragia.

Rodriguez et al (41) realizaron un estudio transversal, observacional, prospectivo y descriptivo (2019) en el Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial Fe del Valle Ramos en Cuba en 3128 pacientes; de estas, 659 tuvieron un diagnóstico de aborto; las pérdidas espontáneas fueron 343. Con el objetivo de asociar algunos criterios epidemiológicos y reducir su frecuencia. En las conclusiones se pudo identificar la edad promedio de 28 años. De 89 embarazadas, con una gestación anterior, 41.74% resultaron eutócicos, de 113 que tenían como antecedente un aborto previo, 28.63% resultaron espontáneos. La sintomatología asociada en mayor frecuencia es la hemorragia transvaginal (78.71%). El mayor colectivo de pérdidas apareció en el primer trimestre; además las semanas en promedio al momento de ocurrido el evento es de 9.5; otros aspectos de riesgo preocupantes resultaron como el consumir café (63.48%), antecedente de aborto (45.15%).

Maryland et al. (42) realizaron un estudio tipo retrospectivo, transversal y descriptivo (Marzo a Diciembre 2018) en Rajshahi Medical College Hospital, Rajshahi, Bangladesh en historias clínicas con diagnóstico de abortos

incompletos en el departamento de ginecología obstetricia con una muestra de 150 pacientes con el objetivo de discernir factores de riesgo participes con el desarrollo de abortos incompletos. Se encontró que este estudio mostró que el 37,3% de los encuestados tenían entre 25 y 29 años. La mayoría (75,3%) tenía antecedentes de uso de anticonceptivos. Se observó que el 30,0% tenía un nivel de hemoglobina de 15 g/dl, seguido del 22,7% y el 20,0% constituyendo un nivel de hemoglobina de 14 g/dl y 13 g/dl respectivamente. La mayoría (67,3%) de las encuestadas tenía antecedentes de aborto previo y el 65,3% de las encuestadas tenía sangrado vaginal crónico.

Gebretsadik (43) realizó un diseño de estudio transversal (2015 a 2017) en el Hospital General de Yirgalem en historias medicas de 196 pacientes con aborto, con la finalidad de encontrar criterios de riesgo asociados con resultados para manejar el aborto incompleto. Se encontró en dicho estudio un total de 180 (96,7%). De ellas, el 53,3% de las mujeres con aborto incompleto eran del conjunto de edades media entre 17 a 26 años. La mayoría de casos fueron resueltos de forma quirúrgicas, en 122 casos (67,8%). De la totalidad, 37 (18,5%) de las mujeres atendidas tuvieron un planteamiento de manejo poco alentador. Se encontró que las semanas de gestación en donde ocurría el aborto y la búsqueda tardía de ayuda médica estaban significativamente asociadas con un planteamiento de manejo desfavorable. Concluyó que un gran número de casos gestionados para aborto dieron como resultado un resultado de gestión poco alentador.

Patiño et al. (44) realizaron una investigación retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal (2019 a 2020) en el Hospital de Clínicas en Paraguay en mujeres que tuvieron aborto espontáneo, con el objetivo de encontrar cierta relación con pérdidas no provocadas. Como resultado del estudio se encontraron 2228 historias médicas, en este estudio se juntaron 284 pacientes con aborto no provocados, 12,93 % del total. Un 97,6 % tiene por lo menor un criterio de riesgo. Con todo esto, se dedujo que los años de la paciente, el antecedente de perdidas, antecedentes de infecciones genitourinarias, problemas endocrinos, existencia de masas en órganos reproductores son considerados como factores de riesgo.

Moradinazar et al. (45) realizaron una investigación descriptiva, de cohorte y transversal (2014 a 2017) en Irán en 4.831 mujeres casadas de 35 a 65 años de edad con el objetivo de evaluar la prevalencia de abortos espontáneos y los factores que afectan el aborto espontáneo en mujeres de 35 a 65 años. Se encontró que aproximadamente el 25,7% de las pacientes sufrieron un antecedente de perdida espontánea. La tasa de abortos en pacientes es de 0,21. La tasa de abortos en pacientes con nivel educacional secundario, primera gestación y edad de contraer matrimonia después de los 27 años, nivel socioeconómico, y patologías como diabetes e hipertiroidismo resulto elevada, mientras que el porcentaje de perdidas en mujeres con intensa vitalidad física e IMC < 18.9 o habitantes de regiones rurales era poco menos. Concluyeron que el efecto de criterios de riesgo como nivel educacional, edades mayores al

contraer nupcias y edad de la primera gestación, había una elevación de posibilidades de aborto espontáneo, por ende, de deben replicar maniobras para brindar mayor énfasis asistencial a estas mujeres.

2.1.2. Nacionales

Paredes (11) realizó un estudio retrospectivo, observacional y transversal (2020-2021) en el hospital Goyeneche (Arequipa-Perú) en 565 historia médicas con diagnóstico de aborto, con el fundamento de hallar características epidemiológicas y clínicas. La muestra fue 228 y se encontró que el 64,04% resultaron como abortos incompletos. La edad media fue 27,88 años. La ocupación mayor asociada es ama de casa (38,37%). El nivel de estudios resulto la secundaria con 47,16%. Las mujeres con antecedente de perdida anterior son 58,97%. El 69,87% tomaban café de forma regular. Se asocio traumas físicos anteriores en un 5,21% y enfermedades concomitantes en números menores de 24%. El 97,51% refirió haber tenido hemorragia transvaginal y el 65,34%, dolor en la zona media del abdomen. La edad de gestación media es 9,98 semanas, el planteamiento resolutivo más usado es Aspiración manual endouterina (74,65%) y la principal complicación fue el sangrado en un 18,48%. Se dedujo que la variante de aborto mayor ocurrido fue el aborto incompleto; la gran cantidad de pacientes fueron adultas, con ocupación de ama de casa, de regiones urbanas, no casadas, nivel de educación secundaria, con antecedente

de gestar anteriormente, con elevado consumo de café, y con poca frecuencia de patologías concomitantes.

Aroquipa (13) realizó una investigación retrospectivo, observacional, analítico de tipo casos y controles (2019) en el Hospital Aplao (Arequipa) en 121 mujeres examinadas con el motivo de ingreso de aborto no provocado. Resultó que de la población de 90 gestantes evaluadas con el diagnóstico de pérdida de la gestación, el 36.5% de mujeres cursaban los 32 años en adelante, la mayoría de gestantes eran convivientes con una porcentualidad de 69.2%, el 61.8% eran amas de casa, el 55.0% alcanzaron un nivel educacional de secundaria, el 90.7% practicaban anticoncepción con el método de barrera; en un 61.8% procedían de zonas rurales, el 87.1% tuvieron su primer encuentro sexual previo al cumplir los 20 años, el 35.1% tuvieron como precedente haber estado gestando una vez como mínimo, el 51% refirieron haber padecido una pérdida espontánea como antecedente al episodio actual. El 76% no se administraron ninguna fuente de fármacos fortificadores. El 67.1% presentaban tener el índice de masa corporal superior a 25kg/m². Finalmente, un 31.7% refirieron padecer alguna patología concomitante. Se resuelve que hay una relación entre el desarrollo de aborto espontáneo y la edad. La mayoría de mujeres atendidas sufrieron una pérdida espontánea tenían por encima de los 32 años. El 59% de mujeres atendidas que sufrieron este episodio refirieron el antecedente de padecer un aborto previo a más.

Ramos (14) realizó un estudio de tipo retrospectiva, observacional, transversal, analítica (2021) en el Hospital Santa María del Socorro (Ica - Perú) en 182 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, con el objetivo de hallar factores clínicos y sociodemográficos asociado al aborto no provocado. Se encontró que la pérdida espontánea se presenta con mayor estadística en mujeres obreras 64,5% (40) seguida de las que ejercen alguna profesión 49,5% (70) y luego ama de casa en un 45,8% (49), hay una mayor asociación con aquellas que liban alcohol de forma frecuente 75,7% (38) comparados a las que no bene 34,2% (154), es más asociado en mujeres que cumplan más de 35 años 74,8% (57), después están las menores de 20 años 65,7% (58) y finalmente las que están entre 20 a 35 años 35,4% (58). Se da más frecuentemente en mujeres que padecen de infecciones vaginales 77,6% (82) que las que no la padecen 32,3% (79). Se da más frecuentemente en mujeres que padecen de infecciones urinarias 74,2% (71) que las que no la padecen 35,4% (97). Se concluyó que las características asociadas al aborto espontáneo son ocupaciones de trabajadora civil, edad pasada los 34 años, consumir alcohol, menores de 20 años, procedente de zonas urbanas, infecciones urinarias, vaginales y enfermedades concomitantes como diabetes mellitus tipo 2.

Martínez (15) realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, transversal, retrospectivo (2018) en el Hospital Santa María Del Socorro (Ica - Perú) en 1576 gestantes, de las cuales 167 son abortos, con la finalidad de comprobar aspectos de riesgo asociados al aborto. La población

tenía una edad media de 28 años, la mayoría solo logró un nivel de educación secundaria y también eran ama de casa. Se halló que el antecedente de aborto era en casi 2 casos por cada mujer, además el 38% refirió un previo aborto. Respecto al nivel de instrucción, características sociodemográficas, ocupación y estado civil, incrementaron respectivamente 2.5, 1,6 y 3 veces más de riesgo de sufrir un aborto. Acerca de las características obstétricas, el antecedente de prematuridad y ausencia de controles antenatales incrementaron el peligro en 16 y 2,4 veces. Por ende, se deduce que la ocupación, nivel educativo, estado civil, antecedente de prematuridad e incumplimiento de controles antenatales resultaron criterios relacionados al aborto.

Ovalle (18) realizó una investigación analítica, observacional, retrospectiva y transversal de diseño casos y control (2019) en el hospital San Juan de Dios de Pisco en 120 pacientes con el diagnóstico de aborto y 132 que no refirieron abortos espontáneos, con la finalidad de identificar los criterios de riesgo enlazados al aborto espontáneo. Se encontró que aspectos de peligro relacionados al aborto espontáneo son la edad superior a 28 años, con una frecuencia de 85 casos y las semanas de gestación menores a las 12 semanas se vieron afectadas en 111 casos. Se resuelve que los aspectos de riesgo relacionados al aborto no provocado son la edad de la madre superior a los 28 años y que no hayan cumplido todavía las 12 semanas de embarazo.

Sánchez (19) realizó un estudio explicativo, retrospectivo, de corte transversal y observacional (2019 y 2020) en el Hospital Sergio E. Bernaldes

(Lima - Perú) en 128 adolescentes con diagnóstico de aborto, con el fundamento de encontrar factores relacionados al aborto. Un 6% no usaba algún anticonceptivo, el 74.1% resultó haber tenido al menos una gestación, el 71.3% no acudía a sus controles antenatales. Acerca de factores personales, el 70.1% tenía 17 a 20 años, el 47.2% todavía eran estudiantes de cualquier nivel educacional. Concluyó que usar algún método anticonceptivo es importante para impedir algún aborto en jóvenes. Aplicar maniobras de prevención son importantes para una concientización de estas jóvenes.

Kanematsu (22) realizó un estudio descriptivo de tipo observacional, retrospectivo y transversal (2021) en el Hospital regional de Huacho en 200 historias médicas con el diagnóstico de aborto no provocado, con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y clínicas. Resultó que la mayor frecuencia era de la variante incompleta, la edad más afectada eran los 25 a 32 años (42.5%), la semanas de gestación más afectadas eran las menores de 12 semanas (61.8%), la mayoría refería no haber tenido ninguna gestación previo (61%), la paridad con más incidente era el ser nulíparas (61,7%), el manejo del aborto planteado era usualmente un legrado uterino (51.2 %), la sintomatología mayormente encontrada era hemorragia transvaginal (54 %), dolor en la parte baja del vientre (42%). Con todo esto se concluye que la variante incompleta estaba presente en un 60,4% del total de mujeres atendidas y fue establecido con mayor prevalencia en las edades de 25 a 32 años, con grado de instrucción de primaria incompleta, la zona de proveniencia también era asociado

significativamente, con el estado civil de convivencia, es usual que la afectada es una nulípara, con edades de gestación menores a las 12 semanas, además ingresaron con sintomatología como hemorragia transvaginal, dolor en bajo vientre, y el plan terapéutico mayor planteado era el legrado uterino.

Carhuamaca (25) realizó un estudio tipo retrospectivo, observacional, de casos y controles, y transversal (junio a diciembre del 2020) en el hospital de Ventanilla (Lima – Perú) en embarazadas atendidas en dicho nosocomio con la consigna de encontrar factores de riesgo relacionados al aborto incompleto. Se encontró que la población fue conformada por una edad media de 27,3 años. Se halló inesperadamente que las viudas embarazadas obtuvieron dos veces el riesgo. Ante ello se dedujo que la permanencia de la cantidad de controles antenatales y referir algún antecedente previo de pérdida de la gestación son criterios de riesgo relacionados al surgimiento de un aborto espontáneo.

Castro (26) realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal correlacional (2019) en el Hospital José Agurto Tello (Lima - Perú) en 1735 mujeres atendidas en dicho hospital con la finalidad de asociar factores de riesgo al aborto no provocado en embarazadas. Se descubrió que el rango de edad promedio era en 18 a 32 años, además se encontró asociación clínica significativa: dolor pélvico y sangrado vaginal, infección del tracto urinario y enfermedad inflamatoria pélvica; la cual estuvo asociado en muchos casos a estas mujeres. Con todo esto se dedujo que si hay aspectos asociados a la pérdida espontánea son la edad materna, nivel de educación

primaria, no estar en ningún compromiso, antecedentes previos concomitantes de enfermedad pélvica inflamatoria, infección del tracto urinario, y una sintomatología como sangrado vaginal con dolor pélvico.

Taquire (28) realizó una investigación tipo transversal, retrospectivo, analítico, correlacional y observacional (2017) en el Hospital Sergio E. Bernales (Lima) en 1035 embarazadas que terminaron sus gestaciones en un aborto, con la finalidad de encontrar aspectos de riesgo para producir un aborto espontáneo. Se dedujo que los factores de riesgo del aborto no provocado en embarazadas hospitalizadas en el Hospital Sergio E. Bernales en el periodo 2017 resultaron el hábito de fumar cigarrillos, la edad de madre superior a 35 años, sobrepeso y antecedente previo de aborto.

2.1.3. Locales

Sanchez (16) realizó un estudio de casos y controles (Agosto a Diciembre, 2012) en el Hospital Gustavo Lanatta Luján (Huacho – Lima) en pacientes con el diagnóstico de pérdidas espontáneas durante Agosto a Diciembre, con la finalidad de encontrar aspectos relacionado al aborto no provocado. Concluye que los criterios de riesgo asociados para producir aborto espontáneo son: ser multípara o gran multípara, edades mayores a los 35 años, el antecedente de cesárea, abortos, legrado uterino, antecedente de parto prematuro, consumo de cigarrillos, el consumo de café, ingerir bebidas alcoholizadas, fiebre, amenaza en la misma gestación de aborto, obesidad, patologías ováricas durante el

embarazo, diabetes mellitus tipo 2, infecciones urinarias, y el estrés de la madre. Concluye que hay criterios de riesgo asociados para padecer una pérdida espontánea, la gran cantidad de estos son controlables o prevenibles.

Ramírez (17) realizó una investigación de casos y controles tipo analítico, retrospectivo, (periodo 2004 – 2009) en Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna en 19015 gestantes que fueron atendidas donde se encontraron a 2580 mujeres cuya gestación culminó faltamente en aborto (Grupo de Casos) y 16371 gestantes que lograron culminar su embarazo con normalidad (Grupo Control) con la finalidad de encontrar los aspectos de riesgo socioculturales y gineco obstétricos asociados a la presentación del aborto. Se encontró que la frecuencia de aborto en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna es de 14.1% de la población de gestaciones. Una gran parte de mujeres que padecieron el aborto (51.4%) estaban entre los 21 y 28 años de edad. La variante de aborto que sucedió con más frecuencia fue la de tipo Incompleto, representando un 72.1% de la población. Concluye que la investigación encontró una directa relación de peligro de aborto con las edades que tenían y cantidad de hijos q tenían estas mujeres, además de otros factores de riesgo importante como es el antecedente previo de abortos y la amenaza de aborto en la misma gestación. No se encontró relación con otros aspectos de riesgo como lo son el nivel de educación, estado civil, consumo de cigarrillos o controles antenatales.

Ticona (50) realizó un estudio observacional, de casos y controles (2018 al 2019) en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, siendo los casos 285, de las pacientes con aborto no provocado y los pacientes controles en 570 las que superaron las 22 semanas de gestación, con la finalidad de identificar aspectos obstétricos y clínicos relacionados a la pérdida espontánea espontánea. Se evidenció que los criterios de riesgo clínicos encontrados son anemia severa, diabetes mellitus, estado civil conviviente y soltera, y ocupación agricultura y otras ocupaciones. Y los criterios obstétricos evidenciados son antecedente de abortos, amenaza de aborto, ausencia de controles prenatales y paridad múltiple. Por lo que se desea encomendar una temprana y oportuna asistencia prenatal y hacer una detección de forma temprana de algún posible factor de riesgo.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Definición de aborto

Esta palabra, aborto, se define dada la Organización Mundial de la Salud como la extracción o expulsión del embrión o feto, de la progenitora, siendo el peso menor a 500 gr. Este acontecimiento se da antes de cumplir un embarazo de 22 semanas. La Sociedad de Ginecología y Obstetricia Española conceptualiza a este término como la extracción o expulsión del endometrio de un producto que tenga un peso menor a 500 gramos, independientemente de la edad de gestación o del peso, y de haber o no signos de vitalidad. Según el Real

Colegio de Obstetricia y Ginecología, se conceptualiza como la interrupción de la gestación previo a cumplir 24 semanas de embarazo. Un alternativo concepto es la de una gestación que se pierde, ocasionando la muerte y salida del producto o embrión de un peso menor a 500 gr, que justo corresponde cuando se cumplen 20 semanas de gestación (3,4,8,27,45–47).

En nuestro país, se conceptualiza a la detención del desarrollo del embrión, antes que adquiera cierto proceso de vitalidad, dichas semanas se han establecido a las 22 semanas de embarazo (15,18,34,37).

Estas pérdidas se pueden dividir, como de forma temprana si se da en los 03 primeros meses (ósea no mayor de 12 semanas) o de forma tardía (que se da entre la semana 12 a la 24 de embarazo) (31,35,36).

Esta pérdida es espontánea cuando se da en forma circunstancial, ósea, que no hay ninguna maniobra que intervenga con fármacos o con intervenciones técnicas(25,35,48).

El aborto provocado es cuando se induce mediante cualquier maniobra intervencionista médica, con la finalidad a acabar la vitalidad del producto que está gestando la mujer; es frecuente que la misma mujer se esté manipulando y aún más frecuente que acude a una persona capaz de cometer y aplicar dichas técnicas abortivas (12,18,19,34).

Por otro lado, una pérdida terapéutica es aquella que se da gracias a la acción de un galeno con el objetivo de anteponer la vida de la mujer ya sea para evitar alguna afectación de la salud mental o física (13,18,26,48,49).

2.2.2. Etiología

2.2.2.1. Causas Genéticas

En aquellas que tienen más de 40 años, la pérdida espontánea es muy usual, alcanzando incluso valores de 47%. Cuando se piensa en una causa frecuente de aborto, justamente serían anomalías cromosómicas. Casi la mitad del total de abortos son por esta etiología, llegando incluso a ser más frecuente en ciertas sociedades. Entre estas anomalías están por ejemplos: 21, 18 y 13, polisomías del cromosoma sexual y las monosomías X. Un dato menciona que el 85% de huevos no embrionados presenta alguna alteración cromosómica. Las frecuentes anomalías genéticas son (19,25,26,36):

- Trisomías autosómicas: Es la principal etiología de producir un cariotipo anómalo. La trisomía más usual es la producida en el cromosoma 16. Las trisomías se pudieron observar en casi la totalidad de cromosomas, con la excepción del cromosoma 1. La gran cantidad de estas anomalías están relacionadas con la edad de la madre, siendo más frecuente mientras mayor edad tenga (15,25,36).
- Poliploidías: Se da cuando hay más de 02 componentes haploides cromosómicos. Un ($3n = 69$) triploide y un ($4n = 92$) tetraploide son usuales

causantes de pérdidas espontáneas de la gestación. Las anomalías triploides 69 XXX o 69 XXY, son el final de un proceso de dispermia. Llegando incluso a aparecer daños concomitantes como el onfalocele y tubo neural, defecto en la extremidad y las dismorfias faciales. Hay una relación entre la mola y la triploidía, llamada mola parcial, aun así la mola completa se da en más casos, dando un cariotipo de 46XX. Resulta que se da en aproximadamente un 10 a 25% de pérdidas del producto por causante cromosómica (18,28,36).

- Monosomía X: Se ante la no disyunción cromosómica X, en plena fase meiótica ya sea del padre o de la madre o también puede darse por la inhibición del cromosoma X durante la unión de los cigotos. Porcentaje menores al 10% de casos puede llegar a cumplir a término una gestación. (28,36).
- Inversión o translocación del cromosoma: No son una entidad habitual, ya que solo representan el 4 a 8 % de pérdidas fetales de etiología genética (25,28,36).

2.2.2.2. Causas orgánicas maternas

En estas pacientes pueden ser variadas las enfermedades funcionales o con algún componente estructural que desencadenan un proceso anómalo de fertilización, fecundación y para luego desarrollar un producto anómalo,

pudiendo finalizar a ocasionar que este se desprenda y termine por perderse (28,36,38).

- Fertilización con defectos: En la gran cantidad de casos son por una dotación incrementada de cromosomas inducida por una polispermia. Ante un número incrementado de muchos espermatozoides muy por encima de lo normal, el oocito igualmente llega a fecundarse por uno o más espermatozoides. (18,28,30,36).
- Malformación uterina y Anomalías anatómicas: Unas sinequias interfieren en el proceso cuando estos gametos se quieren implantar, esto puede llegar a ser ocasionado por procedimientos de legrado uterino a repetición o con una mala intervención, endometriosis o cirugías intrauterinas. Si se llegase a demostrar la existencia de estas adherencias dentro del útero pueden llegar a producir una recurrencia de abortos; por ende, hay que plantear romperlas mediante una histeroscopia (14,26,28,36).
- Defectos en la fusión de conductos Mülllerianos: Es aceptable que este sea una causa habitual de abortos durante el 2º trimestre y además generar alguna complicación en el embarazo, por ejemplo, hemorragias uterinas, al nacer bajo peso, presentaciones podálicas. (28,36).
- Incompetencia Cervical: Se da cuando el cuello uterino se dilata y se borra sin dolor durante el segundo trimestre o comienzos del tercer trimestre; ocasionando partos inmaduros o pérdidas tardías. Resultando que se produzca alguna lesión traumática, por ejemplo, dilatación del cérvix forzado o procedimiento de conización y laceraciones en el cérvix (24,28,36).

- **Miomas uterinos:** Esta entidad es una causa probable de causar abortos, al igual que otras complicaciones que se pueden dar en la gestación parto prematuro, sangrado posparto y hasta desprendimiento placentario. Para que afecte a la gestación es importante valorar la dimensión de este, siendo el tipo submucoso los que más se relacionan como desencadenantes de un aborto. Dentro de la fisiopatología de este, tenemos que hay un desarrollo rápido del mioma por haber un favorable estado hormonal, además hay un adelgazamiento de la capa funcional uterina circundante a la zona donde se encuentra el mioma, y también una pérdida de estación uterino para que se desarrolle con normalidad el producto (28,29,36).

2.2.2.3. Causas inmunológicas

Los anticuerpos antifosfolípidos se pueden dividir en anticuerpo anticardiolipina y anticoagulante lúpico. Hay teorías sobre que hay un aumento de perdidas fetales durante el segundo trimestre cuando hay incremento de los anticuerpos antifosfolípidos de forma concomitante, pero aun así es controversial pensar que los anticuerpos puedan ser causantes de algún aborto ocurridos en el primer trimestre. Cuando el huevo fecundado cae sobre el endometrio logrando implantarse hay una respuesta que favorece su permanencia en dicho lugar, como mecanismo protector, y es el tener una producción elevada a ese nivel de linfocitos T y macrófagos, los que en cierta manera cuidan al producto. (23–25,28,30,36).

2.2.2.4. Causas por daño de sustancias tóxicas

Las sustancias tóxicas o químicas al comienzo de la embriogénesis no causan repercusiones inmediatas o directas de la gestación, pero si causan múltiples mutaciones en semanas posteriores que se evidencia al producirse un aborto. (19,28,36).

- Tabaco: Investigaciones deducen un riesgo elevado de perder el producto que se incrementa de manera directa con la cantidad de cigarrillos que fuma la gestante (25,31,36).
- Alcohol: Consumir bebidas alcohólicas en las 08 semanas iniciales de la gestación podría causar provocar espontaneidad de abortos y malformaciones del feto. Este criterio aumenta de forma lineal respecto de la dosis y de la frecuencia. Ya que, si se da en pequeña dosis durante estas semanas, no es tan fuerte la relación, puesto que es poco frecuente (36).
- Cafeína: Hay investigaciones que mencionan que las gestantes que beben menos de 05 tazas de café (500 mg de cafeína) presentan un riesgo de padecer abortos en forma directamente proporcional a las semanas que lleva consumiéndolo en el embarazo. (28,36).

2.2.2.5. Causas por anomalías endocrinas

Se hablan de problemas en la fase lútea, ovarios con quistes múltiples y secreción incrementada LH y déficit de progesterona. Además de reportarse

casos donde había niveles incrementados de andrógenos y prolactina como causantes de pérdida espontáneos (26,28,36,49).

- Alteraciones en la fase lútea: Hace referencia a la presencia de la capa endometrial cuando esta influenciado de forma inadecuada por la hormona progesterona. El cuerpo lúteo es imprescindible para una producción adecuada de la progesterona, que es la que logra estabilizar y acentuar la decidualización de la capa endometrial, para que luego esta función sea cubierta por el trofoblasto, quien se hace responsable de la secreción de la progesterona, hecho que se da aproximadamente desde la séptima semana de gestación. (36)
- El hipertiroidismo e hipotiroidismo: Si bien se relaciona con la incidencia de una concepción disminuida y un incremento en la prevalencia de aborto. A pesar de todo esto, no hay estudios certeros que verifiquen que hay una clara y precisa relación entre el hipotiroidismo afectando las primeras semanas de la gestación; ya que aun sin un estado hipotiroideo, el autoanticuerpo contra la tiroides aumenta la incidencia del aborto (28,34,36).
- Diabetes mellitus: Una mujer con diabetes insulínica tiene alto riesgo de padecer una gestación con malformaciones congénitas. Este riesgo se da en proporción lineal al estado de control metabólico durante etapas iniciales en la gestación. Según las investigaciones se menciona que un buen control de la glucosa en los veintidós días iniciales posterior a la fecundación, mantenía índices de pérdidas similares al grupo de control de mujeres no

diabéticas. Pero, no controlarse la diabetes es un criterio de riesgo considerable para incrementar la prevalencia de abortos (34,36,38,48).

2.2.2.6. Causas por infecciones

Hay un estudio donde se evalúan mujeres con diabetes insulino dependiente, en la que teóricamente por esta condición, tienen predisposición a una mayor prevalencia de contraer infecciones, pero en los resultados no hallaron relación entre estas dos variables, dando así una asociación nula de causalidad. Distintas infecciones se han investigado, por ejemplo, *Chlamydia trachomatis* o *Listeria monocytogenes* según estudios no ocasionan no ocasionan pérdidas fetales espontáneas; otro estudio halló que *Campylobacter fetus* y *Brucella abortus* si bien causan abortos en la población vacuno, pero esta condición extrapolada a los seres humanos, no es percibida, ya que no se han visto casos por estos patógenos. Otro estudio en infecciones, concluyó que hay cierta relación de riesgo en agentes como *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* como predisponentes de aborto. Referente a sífilis, estreptococo del grupo B y VIH/SIDA, un estudio determinó que su presencia condicionaría un riesgo incrementado de sufrir abortos. Datos muy similares cuando se investigó la vaginosis bacteriana, siendo más peligroso en el segundo trimestre, que el primero. (11,14,19,22,25,26,36,37).

2.2.3. Clasificación

2.2.3.1. Amenaza de aborto

El diagnóstico se piensa al haber sangrado transvaginal de coloración rojiza o rojo oscuro a través del orificio cervical en las primeras 22 semanas de gestación. Esta entidad empieza a manifestarse primero con el sangrado, para luego de horas o días aparecer el dolor abdominal tipo cólico. Las características del dolor van a ser variables; es especial en cada caso, ya que a veces se expresa como un cólico con ritmicidad en el abdomen cara anterior, otras ocasiones como un dolor lumbar y en ocasiones como una presión a nivel de la pelvis; y hasta incluso como un dolor por encima del pubis de característica sorda media. Aproximadamente la mitad de estas gestaciones se concluye en la pérdida del producto. Pero si no terminan en aborto, aun así no se salvan de futuras complicaciones, ya que se vio que estos casos cuando hacen remisión de la amenaza de aborto, posteriormente se convierten en un embarazo de riesgo, ya que tienen mayor probabilidad de ser prematuros, bajo peso al nacer o llegar incluso hasta el óbito fetal (11,19,23,24).

2.2.3.2. Aborto Inminente

Se evidencia una dilatación cervical, sin la necesidad de llegar a una ruptura de membrana. Esta variante clínica está caracterizada por presentar contracciones a nivel del útero, de intensidad variable, dependiendo de la mujer (11,22,37).

2.2.3.3. Aborto inevitable

Semejante al aborto inminente, podemos encontrar una dilatación del cérvix, con la diferencia de si asociarse a la ruptura de membranas, acompañándose de forma concomitante de contracciones a nivel del útero de intensidad variable; con la desdicha que se va a producir luego un aborto como parte del proceso patológico (11,22,36).

2.2.3.4. Aborto incompleto

Esta entidad se da cuando hay una expulsión fetal y anexos, pero con retención total o parcial de los mismos. Al desprenderse la placenta del útero, sea total o parcial, genera un sangrado mayor al visto cuando se da una amenaza de aborto. Esta variante se caracteriza por tener orificio del cérvix interno abierto, permitiendo salir el sangrado en forma abundante, presentando de forma concomitante un dolor a nivel del hipogastrio de intensidad media a elevada, generalmente tipo cólico. El tamaño es menor al correspondiente a la edad gestacional. (11,12,22,28).

2.2.3.5. Aborto completo

Esta variante clínica se da cuando hay una expulsión total del contenido endouterina, ósea eliminación tanto del producto con todos sus anexos, incluyendo membranas y placenta. Dentro del manejo ideal de esta condición,

debería comprobarse la salida total de tejidos, mediante alguna imagen, usualmente la ecografía, para verificar que ya no hay restos, ya que estos pueden complicarse en un segundo momento. Clínicamente se expresa como una hemorragia abundante con dolor abdominal tipo clico; una vez ya expulsado el contenido endouterino, el sangrado y dolor disminuye en forma considerable (11,37,49).

2.2.3.6. Aborto diferido

Antes de la octava semana, el termino adecuado es óbito fetal retenido, pero cuando da pasadas las ocho semanas se lo conoce como aborto diferido. En la parte clínica no es típica la presencia de sangrado transvaginal, pudiendo haber o no sangrado transvaginal. El tamaño uterino es considerablemente disminuido frente a las demás entidades clínicas, además tampoco se ve cambios a nivel del cérvix. Esto demuestra que es común que no haya sintomatología evidenciable, salvo por el dato de perdida de la menstruación, y luego algún síntoma como náusea o vómitos, entre otros, pero en el contexto general del embarazo. El dato importante en este tipo de aborto, es que si no se logra evacuar al producto y anexos, puede ocasionar complicaciones mediatas, siendo la más frecuente la coagulación vascular diseminada; si no se realiza la evacuación de estos fetos en algunos casos se puede producir CID (11,36).

2.2.4. Diagnóstico

Se debe conocer en un primer momento si la persona está gestando o no, y tratar de plantear cuantas semanas lleva de embarazo en lo más preciso posible, basándonos en la fecha de ultima regla. Con esto ya podemos discriminar una aproximación según la sintomatología a que variante clínica puede ser. En el caso haya vitalidad del producto tratar en lo más posible la estabilización de la paciente, pero si su vitalidad es nula, entonces plantear alguna imagen para saber si se logró expulsar o no parte del producto y anexos. Entender que la sintomatología y examen físico será dependiente del tipo de aborto frente al que se está, cuyas variables de estudio ya están descritas en la parte anterior (11,12,18,19,23,28,49).

2.2.5. Exámenes complementarios

La ecografía transvaginal es una posibilidad ideal para evidenciar la presencia del saco embrionario a partir de la quinta semana; algunas características apreciables son la presencia de embrión al interior del saco gestacional desde la quinta semana, teniendo una longitud media coronilla rabadilla de 3 milímetros y presencia de latidos cardio fetales desde la sexta semana. La Gonadotropina Coriónica Humana es la prueba inicial, para discriminar si hay o no un embarazo, pero al analizar las cantidades de dicha hormona, ofrece información más detallada, ya que, si disminuye sus valores

cuando se tenía conocimiento de una elevación previa, se presume que ya se produjo el aborto (11,36,37).

En el embrión que mide más de 7 milímetros de LCR debe objetivarse vitalidad visto por ecografía. Si pasada la octava semana no se objetivase vitalidad cardíaca, se deduce que el producto no tendrá vitalidad posterior, ósea que es inminente su pérdida. La recomendación es hacer controles ecográficos entre los días siete y catorce de gestación, para hacer una comparativa de las medidas del saco gestacional, y comprobar si aparece o no embrión con sus respectivos latidos cardíacos según la semana de evolución (11,29,37).

Cuando ya se obtiene el diagnóstico de aborto, se debería comprobar si ha habido alguna o nula expulsión de producto y anexos, hecho que se puede ver gracias a la imagen, siendo la ideal la ecografía transvaginal, y determinar la existencia de estos restos; en la imagen se aprecia un aspecto ecorefringente con densidades diferentes, mostrando cierta heterogeneidad (11,24,25,37).

2.2.6. Tratamiento

En la Amenaza de aborto se plantea un tratamiento médico el cual se indica absoluto reposo y evitar alguna actividad sexual; por la parte farmacológica se prescribe AINEs para mejorar el dolor y también se puede optar por indicar antiespasmódicos si el dolor es de elevada intensidad. La progesterona a pesar de estar ampliamente estudiada, no ha demostrado con

evidencia segura su utilidad en este cuadro, por ende, solo debería indicarse si se plantea que hay cierto grado de insuficiencia de cuerpo lúteo (11,36,37).

En el Aborto completo, en curso, e incompleto, en la paciente al demostrar su estabilidad hemodinámica y tener un embarazo inferior a las doce semanas de gestación se plantea intervenir con un Aspirado manual endouterino; pero si por lo contrario tiene más semanas, entonces optar con el legrado uterino. En la variante aborto completo no se estila indicar manejo para expulsar restos, ya que, por su definición, este ya cumplió esta etapa, salvo realizar algún control ecográfica y evitar futuras complicaciones. Ya en un segundo momento, estabilizada la paciente, se procede a hacer el manejo propio de la variante de aborto. En el Aborto diferido, en general se indica Aspirado manual endouterino o legrado uterino, según sea el caso. Si el embarazo tiene más de doce semanas se induce el aborto con prostaglandinas, para posteriormente realizar su legrado respectivo (11,28,36,37).

Para el tratamiento médico existe la opción de indicar, siendo más congruente en la variante de tipo incompleto o diferido, pero que tengan menos de doce semanas (11,28,36,49).

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **SITUACION LABORAL:** Define el estado laboral de la persona, en un dónde ejerce acciones propias de su ocupación principal Se debe especificar en un

primer momento si hay inactividad e actividad como criterio de empleabilidad de la gestante (37,48).

- **TABAQUISMO:** Habito crónico realizado por la persona al fumar cigarrillos. Este tiene múltiples componentes dañinos para el organismo, siendo la principal, la nicotina, quien es el responsable de generar adicción (23,37,48).
- **ALCOHOLISMO:** Habito crónico realizado por la persona al tomar bebidas con diferentes grados de alcohol, generando daño por los componentes que lleva y a su vez, generando grados variables de adicción (37,48).
- **CONSUMO DE DROGAS:** Habito dependiente de adicción por ingerir por distintas vías drogas alucinógenas y en distintas variedades. Esta dependencia genera daños mediatos y a largo plazo, afectando en forma indistinta a cada persona (36,37,48).
- **ANTECEDENTES CLINICO Y PATOLOGICOS:** Enfermedades crónicas o agudas que se dan momentos previos al estado de salud actual de la persona (36,37,48).
- **ALTERACIONES PSIQUIATRICAS:** Patrones de carácter mental, predispuestos a expresiones psicológicas y corporales (36,37,48).
- **DIABETES MELLITUS:** Enfermedad crónica pseudo degenerativa del metabolismo integro de la persona, ocasionado por un incremento desmesurado de glucosa en sangre y producción de insulina disminuida o alteración en su producción (36,37,48).

- **ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:** Estado de infección que se propaga fundamentalmente por alguna clase de prácticas sexuales (22,36,37).
- **INFECCIÓN URINARIA:** Es la presencia de patógenos en el tracto urinario capaces de alterar alguna función o morfología establecida. Una bacteriuria significativa se conceptualiza como la existencia de mayor de 100 000 unidades formadoras de colonias/mililitro, siendo lo ideal que sean en dos muestras consecutivas, tratando que la muestra sea lo más estéril posible (11,36,37).
- **ANTECEDENTE GINECOLOGICO Y OBSTETRICO:** Factores o aspecto de la mujer referente al aparato genitourinario y de anteriores procesos de gestación (36,37).
- **GESTACIONES:** Cantidad de embarazos como parte del proceso de reproducción humana, gracias a la unión de gametos paterno y materno (37,48).
- **EDAD GESTACIONAL:** Es la cantidad de tiempo desde el comienzo del embarazo. Comienza desde el primer día de la última menstruación, a partir de aquí se cuenta por semanas (37,48).
- **NÚMERO DE ABORTOS:** cantidad de pérdidas provocadas o no de una gestación, previas a cumplir veintidós semanas (37,48).
- **ABORTO:** Pérdida provocada o no del producto, previo a cumplir veintidós semanas de gestación (37,48).

- USO DE ANTICONCEPTIVOS: Acción de administrar algún método anticonceptivo, con la finalidad de evitar en cierto porcentaje un embarazo (37,48).
- SANGRADO VAGINAL: Salida por el introito vaginal cantidad variable de sangre, dejando de lado el tiempo en el cual la mujer tiene sus menstruaciones de forma regular (11,19,37,48).
- DOLOR ABDOMINAL: Sensación dolorosa en región abdominal, que generalmente en este caso se presenta tipo retorcijón o cólico (11,24,37,48).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO DE ESTUDIO

3.2.1. Población

Durante el año 2023, de enero a diciembre, fueron ingresadas 554 pacientes en total con el diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

3.2.2. Muestra

No se calculo una muestra, ya que se estudio al 100% de la población, ósea a las 554 pacientes con el diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, 2023.

3.2.3. Muestreo

No se utilizó muestreo para esta investigación.

3.3. VARIABLES

Las variables en estudio están conformadas en tres grupos: variables sociodemográficas, variables de antecedentes médico-gineco-obstétricos durante el embarazo y variables clínicos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Datos sociodemográficos	Edad	Número de años cumplidos	Numérica (especificar)	Ordinal
	Nivel de instrucción	Nivel cumplido o por cumplir en la educación básica regular	Analfabeto, Primaria, Secundaria, Superior Universitaria, Superior técnica	Ordinal
	Ocupación	Actividad económica actual de independencia	Comerciante, Ama de casa, Estudiante, Otros	Nominal
Características médicas-gineco-obstétricas	Gestaciones previas	Número de gestaciones previas al momento de ingreso al hospital	Ninguna, 1, 2, 3, > 3	Ordinal
	Antecedente médico-gineco-obstétricos	Antecedente de resoluciones de gestaciones anteriores	Legrado uterino, Cesárea, Parto prematuro, Embarazo ectópico, Ninguno	Nominal
	Abortos previos	Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas previamente	Ninguna, 1, 2, 3, > 3	Ordinal
	Edad gestacional	Cantidad de semanas cumplidas al momento del ingreso	Tardío >12 semanas, Temprano <=12 semanas	Ordinal
	IMC	Relación del peso y talla para la edad	Delgadez, Normal, Sobrepeso, Obesa 1, Obesa 2, Obesidad mórbida	Ordinal
	Antecedente previo de amenaza de aborto	Antecedente de amenaza de aborto en la misma gestación	Si, No	Nominal
	Periodo intergenésico	Periodo de espera entre la gestación actual y la anterior.	< 1 año, 1 – 3 años, > 3 años	Ordinal
Características clínicas	Variante de aborto	Tipo de aborto presentado al momento del ingreso	Aborto incompleto, Aborto en curso, Aborto completo, Aborto diferido,	Nominal
	Patología asociada	Enfermedad concomitante al momento del ingreso al hospital	ITU, DM, HTA, Patología tiroidea, ETS, Flujo vaginal, Miomas, Ninguna, Anemia, Otras	Nominal

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Instrumento

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue una Ficha de recolección de datos; en el cual había 03 secciones. Esta ficha abarcó la siguiente información:

- a) Datos sociodemográficos: Define el estado económico, social y demográfico de la persona, donde se valoran posibles características que distingan en grupos a las pacientes, y según esto evidenciar que factores están más frecuente en el aborto.
- b) Características médico-gineco-obstétricas: Cada embarazo se torna de forma especial, por ende, investigar antecedentes, factores propios de la gestación que pongan en riesgo un embarazo, o cualquier dato sea clínico o físico previamente visto.
- c) Características clínicas: Se quiere investigar cuales son las patologías que se relacionan al aborto. Valorando la frecuencia de los mismos. Una vez diagnosticado el aborto, hay que discriminar que variante es, ya que dependiendo de esto se plantean maniobras terapéuticas.

3.4.2. Técnica

Este trabajo desarrolló un modelo para recolectar información basado en la Ficha de recolección de datos; que permitía determinar datos exactos del Sistema informático perinatal (SIP).

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se procedió con el trámite en las instancias que fueran necesarias para poder obtener los permisos. Una vez obtenido estos, tanto a nivel de la Universidad para su ejecución y Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, además del del servicio de informática para poder recabar información acerca de cuantos pacientes obtuvieron el diagnóstico de aborto y los códigos de las historias clínicas e información procedente, para mantener así en reserva la privacidad de la paciente y no vulnerar sus derechos a la confidencialidad.

Realizada la recolección de datos a través del Sistema informático perinatal se procedió a la organización y presentación de estos mediante la aplicación de figuras estadísticas y tablas, apoyándose en un software estadístico basado en la Frecuencia absoluta. Luego se realizó el análisis e interpretación de los resultados.

3.5.1. Tratamientos de datos

Los datos una vez recopilados fueron codificados y procesados. Las variables categóricas se expresaron con frecuencias y porcentajes, gráfico de barras y/o tablas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente proyecto de investigación se tomó con importancia el respeto y compromiso con los principios éticos establecidos.

El principio de beneficencia engloba el bien a la persona humana en su total probidad y su posible contexto personal, familiar y social. En pocas palabras, no ocasionar algún daño de forma agravada al paciente. El investigador del presente proyecto fue lo suficientemente competente como para guiar la investigación y por lo tanto afianzar un bienestar al sujeto estudiado en cuestión, reduciendo a un mínimo los posibles riesgos: usando el anonimato del sujeto e informando a los mismos que los datos obtenidos sólo fueron utilizados con el propósito de esta investigación como fin (13,26,28–30,34,35,38,39).

El respeto a la dignidad del sujeto como tal, prohíbe la instrumentación de ésta. El sujeto debe ser considerado siempre como digno y respetable desde todas sus directrices, y no como una invención de manipulación, por lo tanto, su valor no dependerá de posibles factores ajenos a su dignidad; esto conlleva que la persona debe ser respetado no sólo como ser humano, sino desde todas las directrices. Por ende, las datos de las pacientes que fueron incluidas en esta investigación fueron respetadas en su integridad y no prestar información de cada paciente para otros fines, ya que ellos son personas dignas y que merecen respeto y no solo meros instrumentos para alcanzar dicha información (13,26,28–30,34,35,38,39).

La justicia debe practicarse a toda investigación en torno a la humanidad, además debe considerarse una equidad misma de las personas, independientemente del momento en la vida por la que estos sujetos puedan atravesar. Los datos de las pacientes incluidas en esta investigación tuvieron un trato de lo más justo posible, tanto antes, como en el proceso y también después de su revisión en la presente investigación. (13–15,26,28,29,34,38).

Este proyecto de investigación fue evaluado plenamente por el Comité de Ética correspondiente al Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna y sus respectivas áreas afines durante de ejecución presente.

Además, dejar en claro que no existieron conflictos de interés para la realización de la presente investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 01

EDAD COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”

EDAD	Aborto Espontáneo	
	F	%
12 a 17 años	10	1,8%
18 a 25 años	149	26,9%
26 a 30 años	117	21,1%
31 a 35 años	118	21,2%
36 a 40 años	108	19,4%
> 40 años	52	9,6%
TOTAL	554	100%

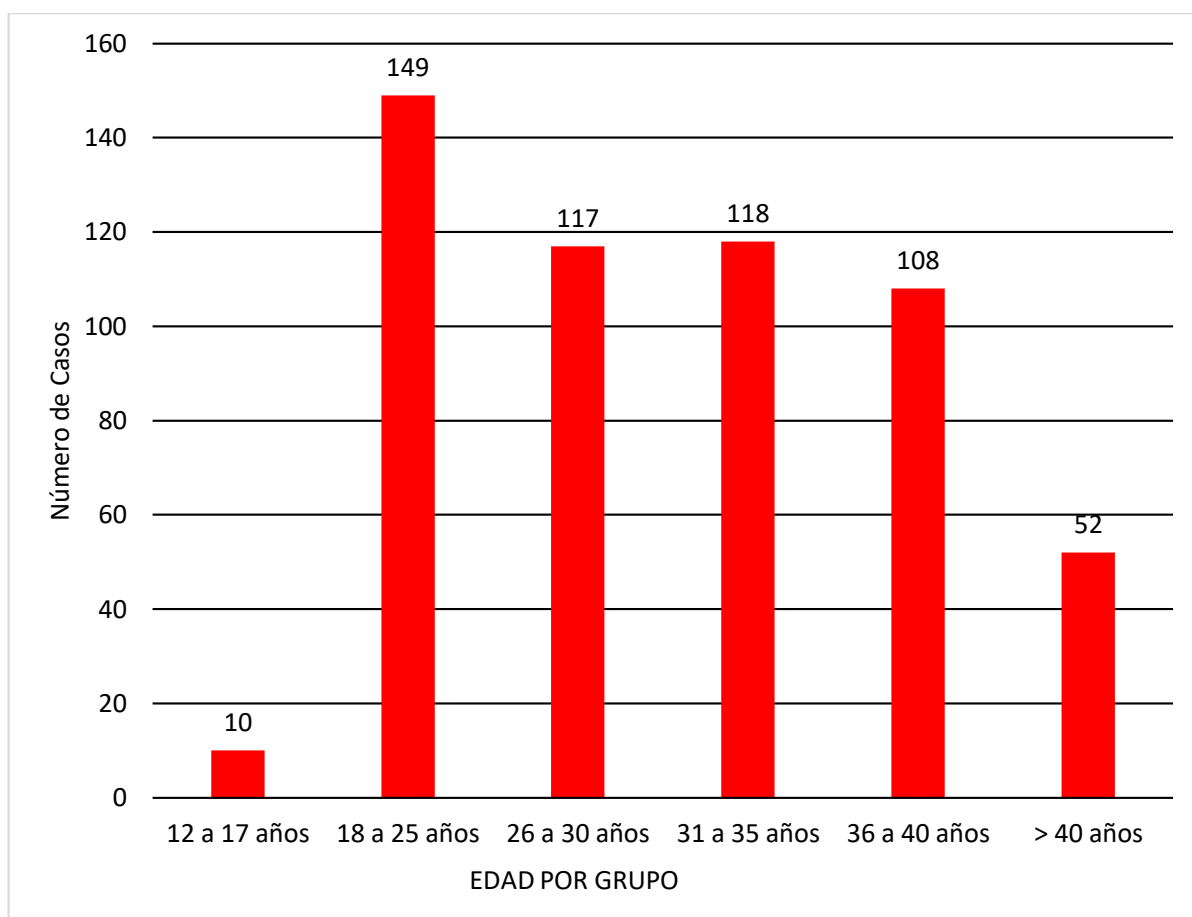
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 01, sobre la edad como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de 12 a 17 años representa el 1.8% (10 casos), el grupo de 18 a 25 años es un 26.9% (149 casos), el grupo de 26 a 30 años representa el 21.1% (117 casos), el grupo de 31 a 35 años es un 21.2% (118 casos), el grupo de 36 a 40 años es un 19.4% (108 casos), y el grupo de mayores de 40 años representa un 9.6% (52 casos).

GRÁFICO N° 01

EDAD COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 01.

TABLA N° 02

**“ESTADO CONYUGAL” COMO FACTOR DE FRECUENCIA A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**

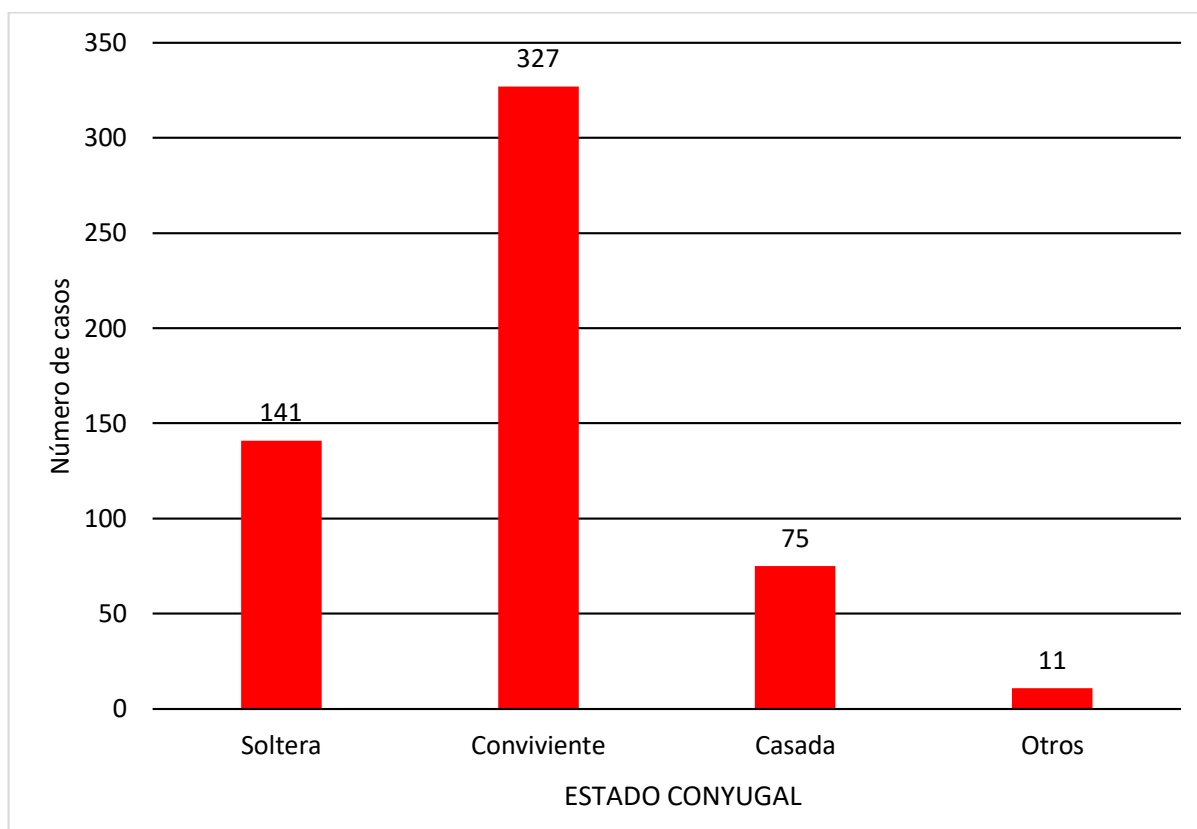
ESTADO CONYUGAL	Aborto Espontáneo	
	F	%
Soltera	141	25,5%
Conviviente	327	59,1%
Casada	75	13,6%
Otro	11	1,3%
TOTAL	554	100%

Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 02, sobre “Estado conyugal” como factor de frecuencia para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes que si tienen este diagnóstico, el grupo de mujeres solteras son el 25.5% (141 casos), las mujeres con estado conviviente son el 59.1% (327 casos), las que tienen como estado civil casadas son en un 13.6% (75 casos) y el grupo con otro estado conyugal-marital representa un 1.3% (11 casos).

GRÁFICO N° 02
“ESTADO CONYUGAL” COMO FACTOR DE FRECUENCIA A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 02.

TABLA N° 03

**OCUPACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”**

OCUPACION	Aborto Espontáneo	
	F	%
Ama de casa	157	28,5%
Estudiante	95	17,0%
Comerciante	182	32,9%
Otros	120	21,6%
TOTAL	554	100%

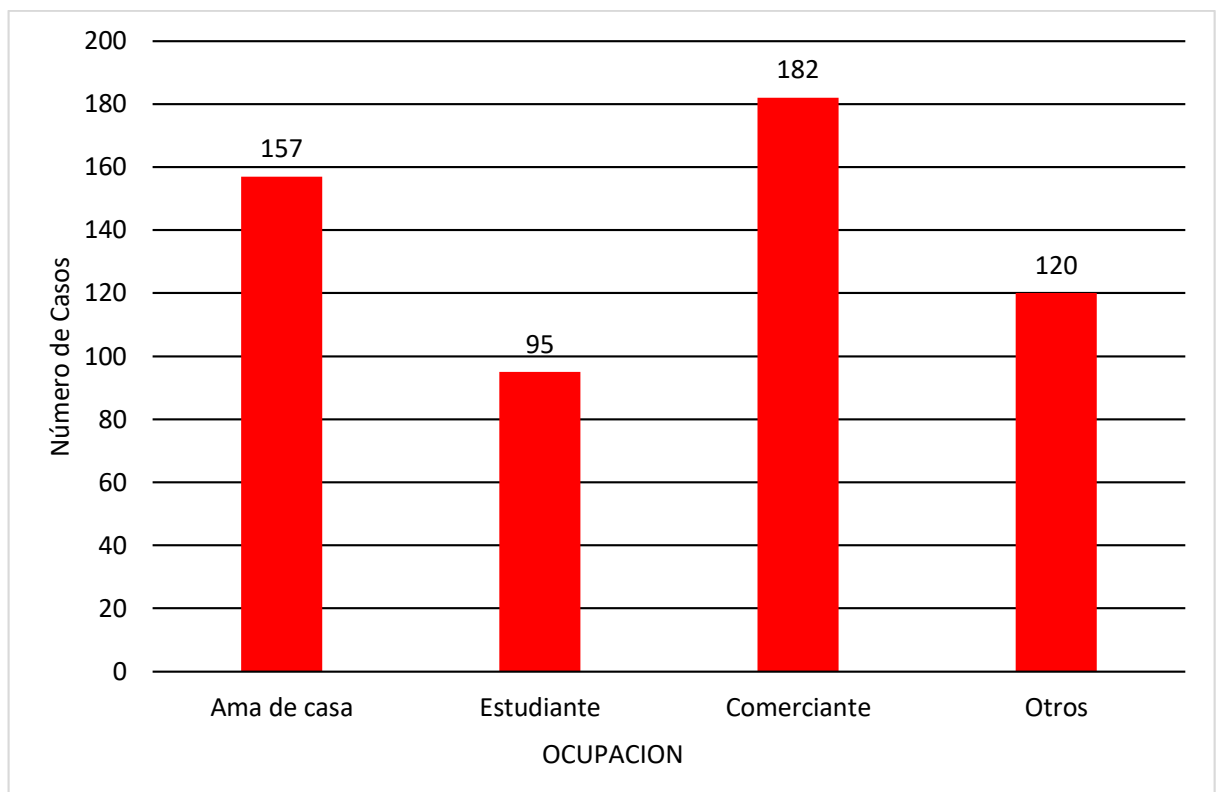
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 03, sobre Ocupación como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres amas de casa son el 28.5% (157 casos), las mujeres que son estudiantes son el 17.0% (95 casos), las que trabajan como comerciantes son en un 32.9% (182 casos) y el grupo con otra ocupación cualquiera sea es un 21.6% (120 casos).

GRÁFICO N° 03

OCUPACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 03.

TABLA N° 04

PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN

PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”

PARIDAD	Aborto Espontáneo	
	F	%
Ninguna	92	16,6%
Uno	132	23,8%
Dos	151	27,2%
Tres	97	17,6%
Mayor de 3	82	14,8%
TOTAL	554	100%

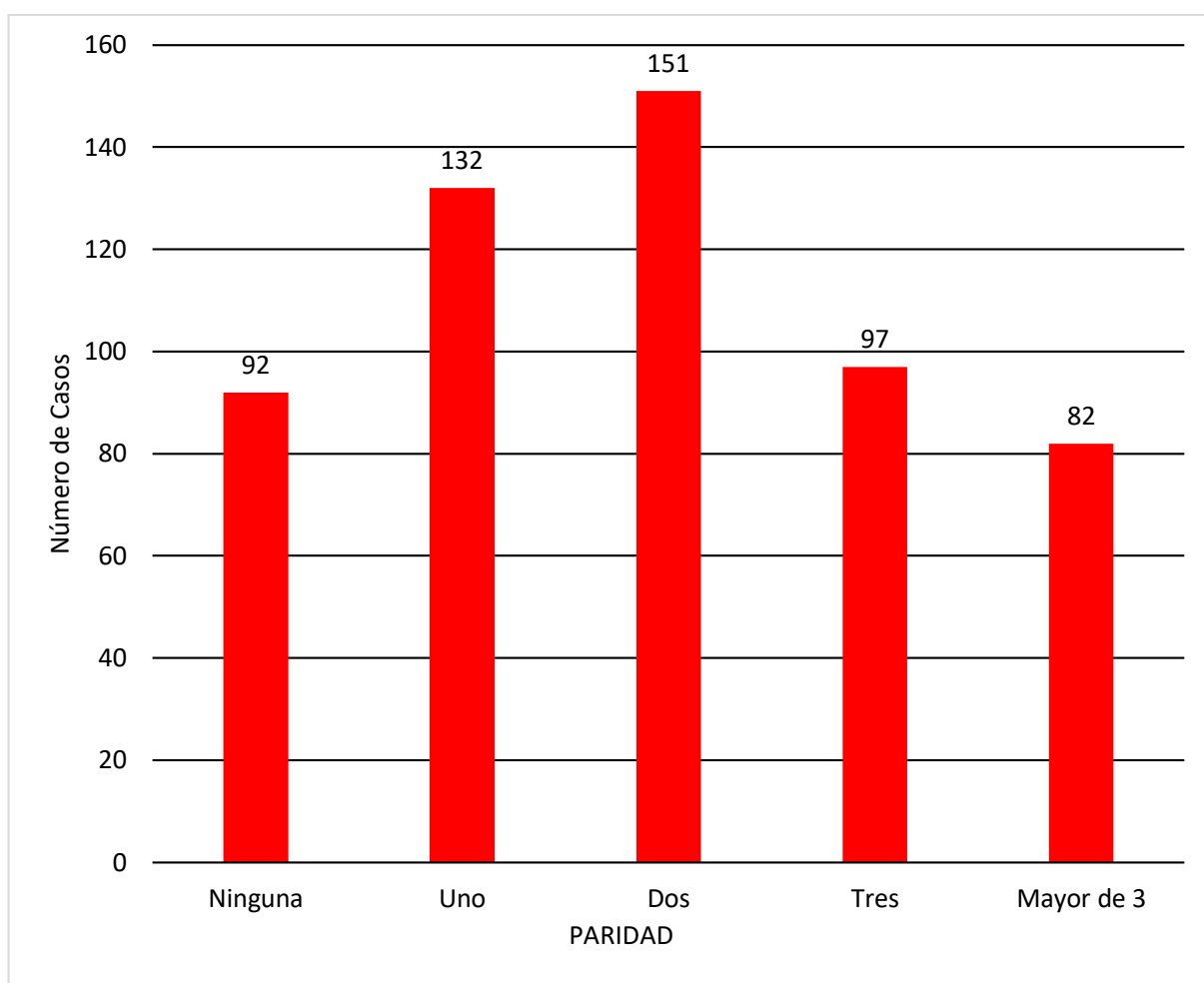
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 04, sobre Paridad como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que no han tenido alguna gestación como antecedente es el 16.6% (92 casos), respecto al grupo que han tenido una gestación como antecedente son el 23.8% (132 casos), las mujeres que han tenido dos gestaciones como antecedente son el 27.2% (151 casos), al grupo que ha tenido tres gestaciones como antecedente son un 17.6% (97 casos) y por último, las que han tenido más de tres gestaciones como antecedente son 14.8% (82 casos).

GRÁFICO N° 04

PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 04.

TABLA N° 05

**ANTECEDENTE DE CESÁREA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**

ANTECEDENTE DE CESAREA	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	176	31,8%
No	378	68,2%
TOTAL	554	100%

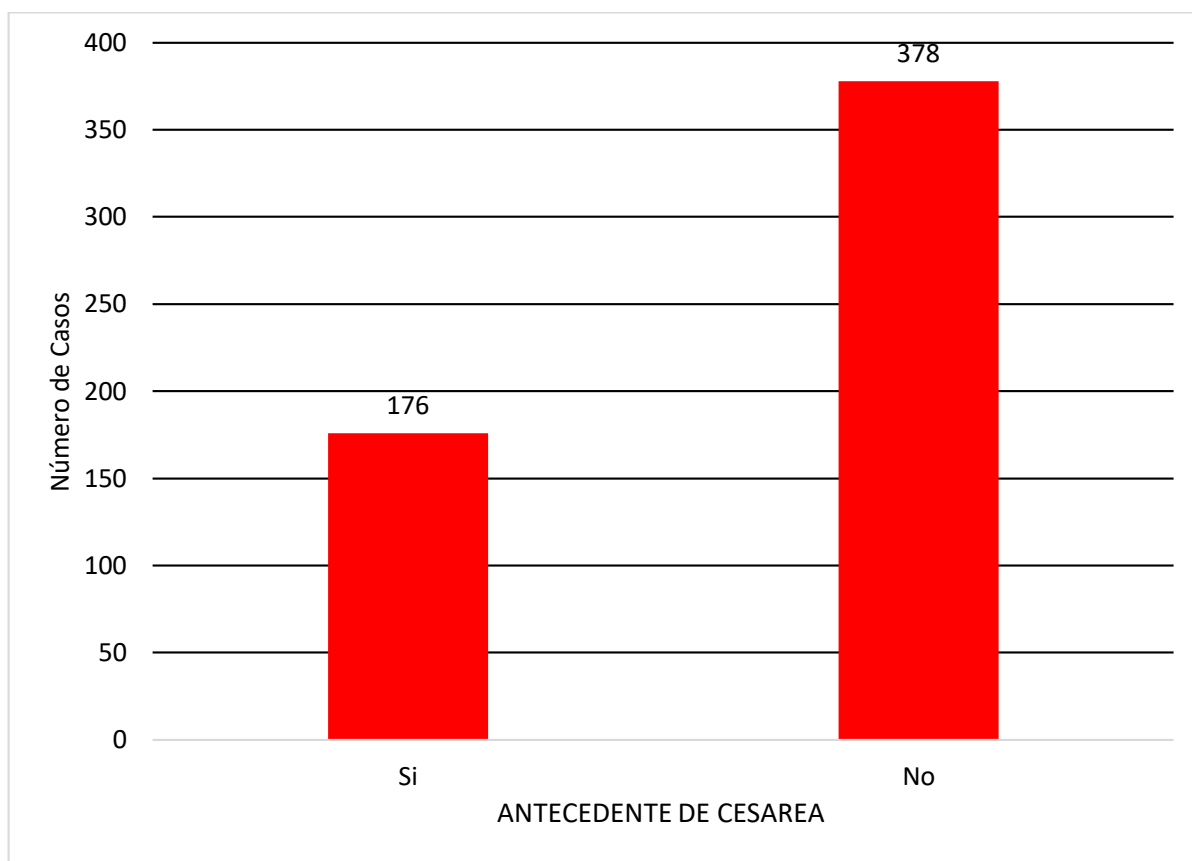
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 05, sobre Antecedente de cesárea como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que si han tenido alguna cesárea como antecedente representa el 31.8% (176 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido alguna cesárea como antecedente es un 68.2% (378 casos).

GRÁFICO N° 05

**ANTECEDENTE DE CESÁREA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 05.

TABLA N° 06

ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO COMO FACTOR DE RIESGO A

ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL

ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE

GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2023”

ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	223	40,2%
No	331	59,8%
TOTAL	554	100%

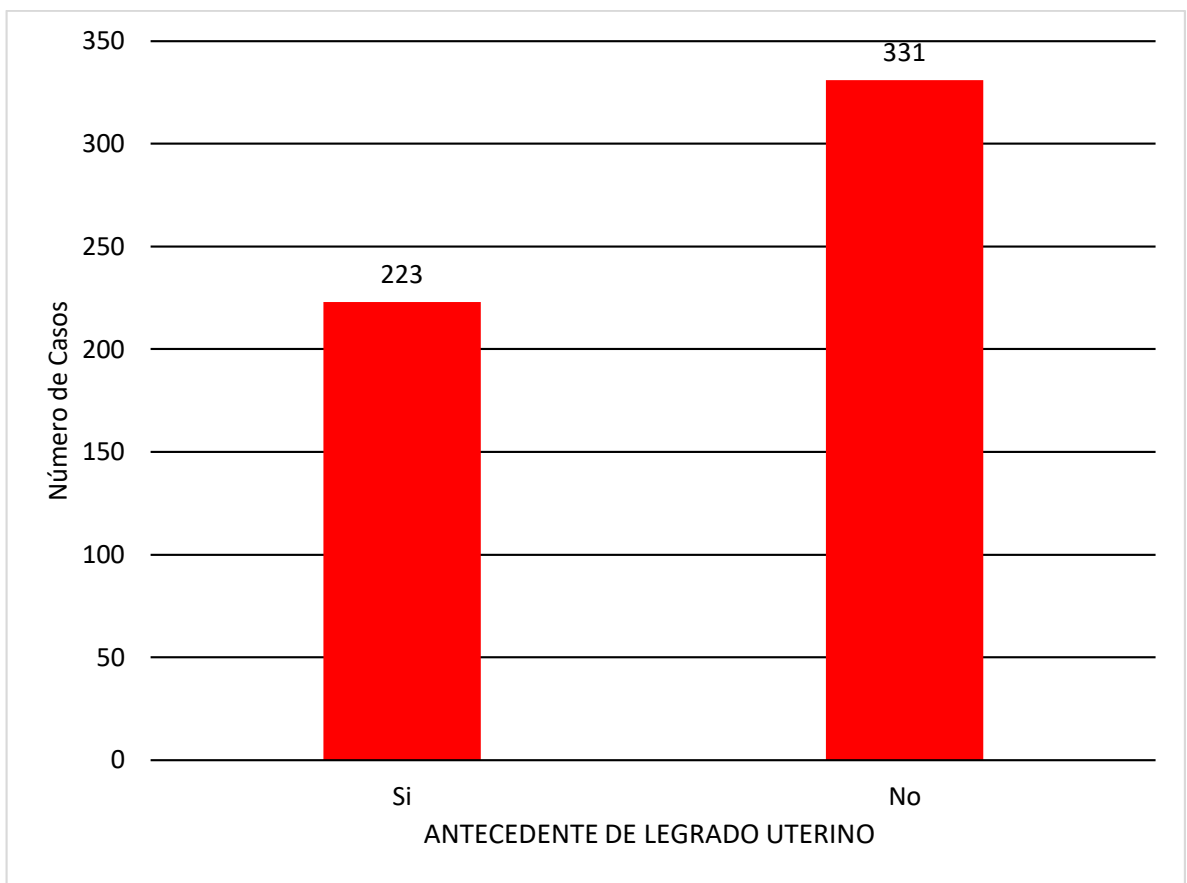
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 06, sobre Antecedente de legrado uterino como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que si han tenido este antecedente representa el 40.2% (223 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido algún legrado como antecedente representa un 59.8% (331 casos).

GRÁFICO N° 06

**ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO COMO FACTOR DE RIESGO A
ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 06.

TABLA N° 07

**ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO COMO FACTOR DE RIESGO A
ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2023”**

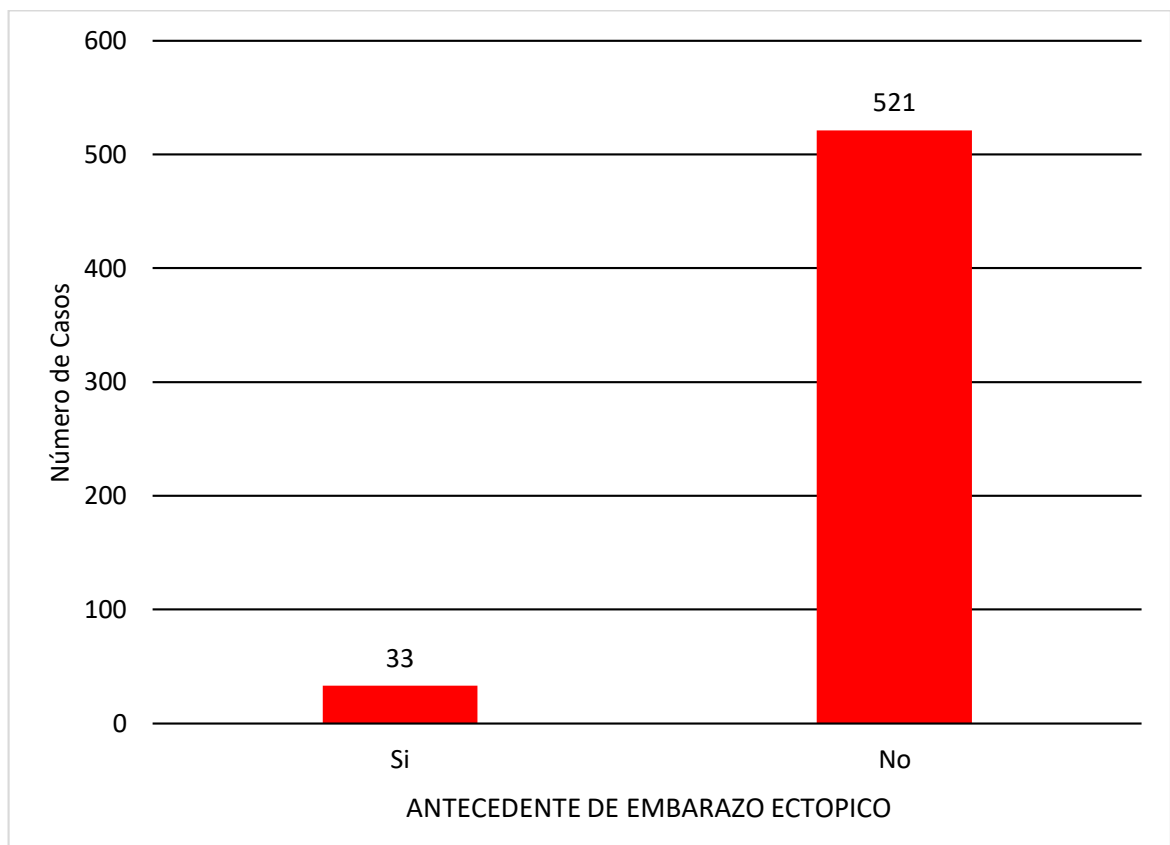
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	33	6,1%
No	521	93,9%
TOTAL	554	100%

Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 07, sobre Antecedente de embarazo ectópico como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que si han tenido este antecedente representa el 6.1% (33 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido algún embarazo ectópico en toda su vida como antecedente es un 93.9% (521 casos).

GRÁFICO N° 07
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO COMO FACTOR DE RIESGO A
ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 07.

TABLA N° 08

ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO COMO FACTOR DE RIESGO A

ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL

ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE

GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2023”

ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	71	12,8%
No	483	87,2%
TOTAL	554	100%

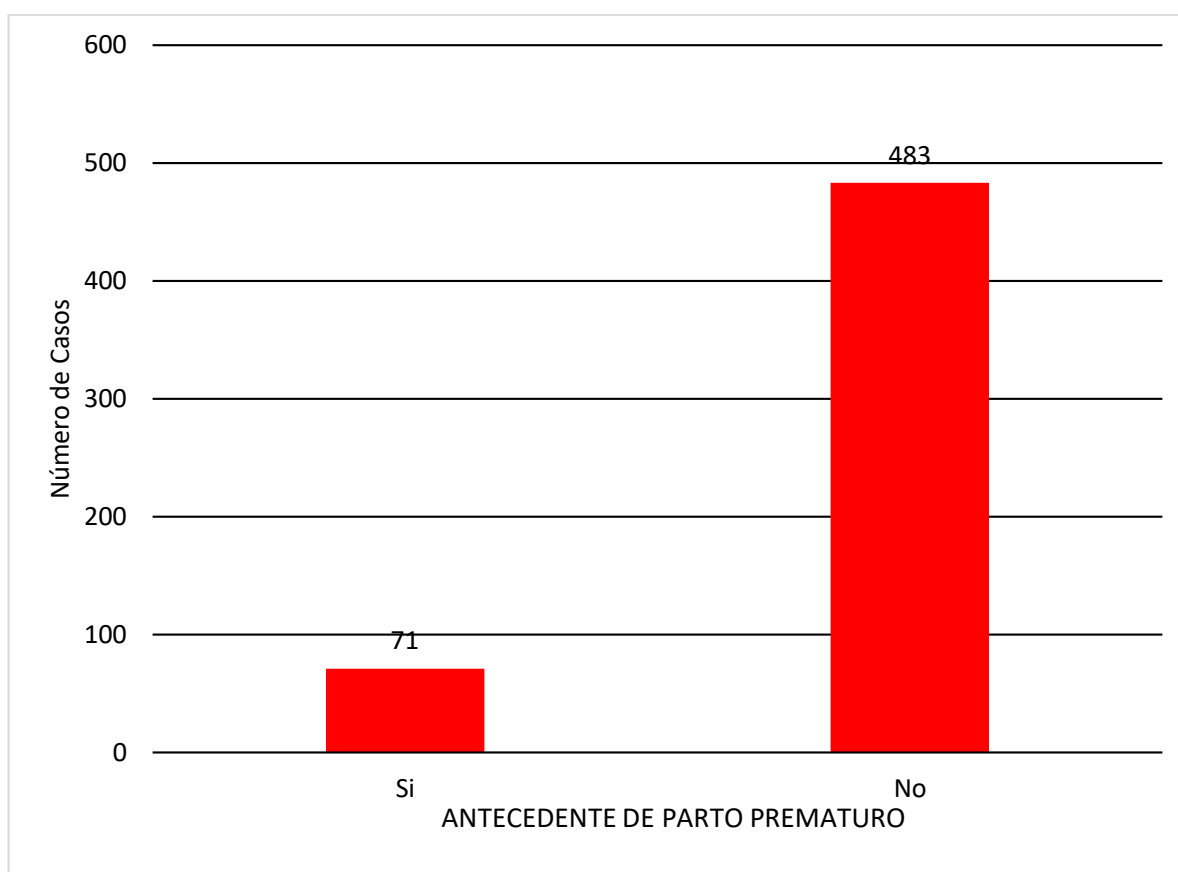
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 08, sobre Antecedente de parto prematuro como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que si han tenido este antecedente representa el 12.8% (71 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido algún parto prematuro en su vida como antecedente es un 87.2% (483 casos).

GRÁFICO N° 08

**ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO COMO FACTOR DE RIESGO A
ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 08.

TABLA N° 09

**FRECUENCIA DE LA CLASIFICACIÓN DEL ABORTO ESPONTÁNEO
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”**

VARIANTE DE ABORTO	Aborto Espontáneo	
	F	%
Aborto Incompleto	427	77,1%
Aborto Completo	30	5,5%
Aborto en Curso	56	10,1%
Aborto Diferido	41	7,3%
TOTAL	554	100%

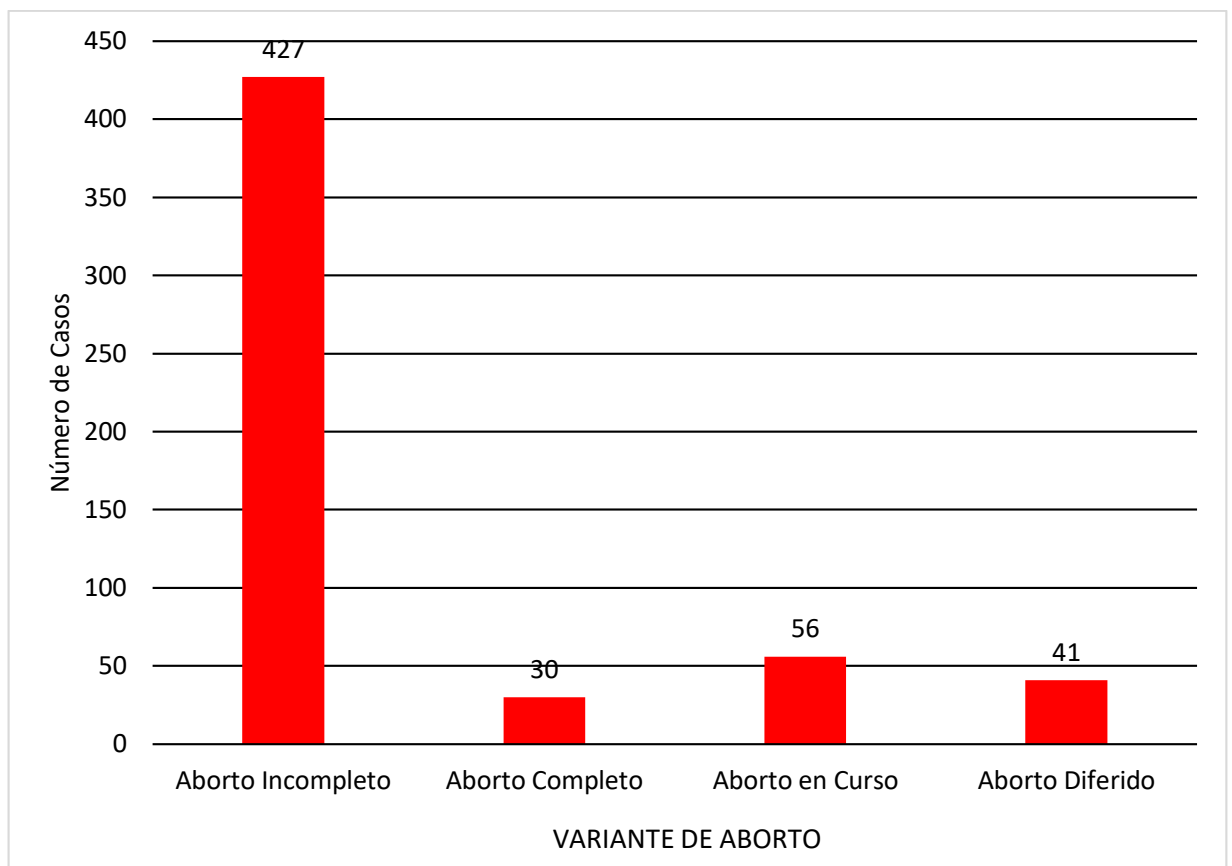
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 09, sobre la frecuencia de la Variante del aborto, se observa que, el grupo de mujeres que está cursando con el tipo de aborto incompleto es el 77.1% (427 casos); el grupo de mujeres que está cursando con la variante de aborto completo es el 5.5% (30 casos); el grupo de mujeres que está cursando el tipo de aborto en curso es el 10.1% (56 casos); y por último el grupo de mujeres que está cursando con la variante de aborto diferido es el 7.3% (41 casos).

GRÁFICO N° 09

**FRECUENCIA DE LA CLASIFICACIÓN DEL ABORTO ESPONTÁNEO
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 09.

TABLA N° 10

EDAD GESTACIONAL COMO FACTOR DE FRECUENCIA A ABORTO

ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO

ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -

OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

DE TACNA, 2023”

EDAD GESTACIONAL	Aborto Espontáneo	
	F	%
Mayor de 12 semanas	228	41,2%
Menor de 12 semanas	326	58,8%
TOTAL	554	100%

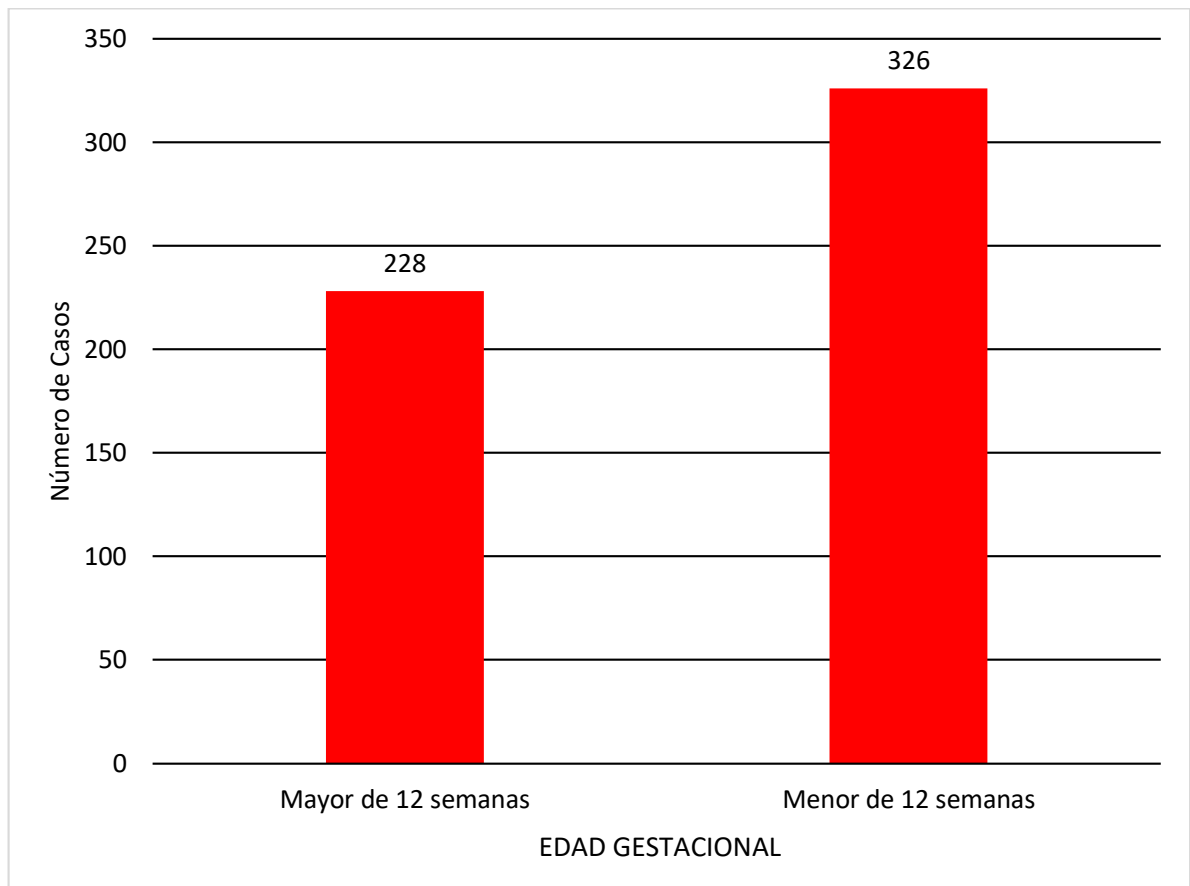
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 10, sobre la Edad gestacional como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, el grupo de mujeres con este diagnóstico que ha acudido con un tiempo de gestación mayor de 12 semanas es el 41.2% (228 casos); y por último el grupo de gestantes que han acudido con un tiempo de embarazo menor de 12 semanas es el 58.8% (326 casos).

GRÁFICO N° 10

**EDAD GESTACIONAL COMO FACTOR DE FRECUENCIA A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 10.

TABLA N° 11

CANTIDAD DE ABORTOS PREVIOS COMO FACTOR DE RIESGO A

ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL

ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE

GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2023”

CANTIDAD DE ABORTOS PREVIOS	Aborto Espontáneo	
	F	%
Ninguno	221	40,0%
Uno	236	42,6%
Dos	75	13,6%
Tres	16	3,0%
Mayor de 3	6	0,9%
TOTAL	554	100%

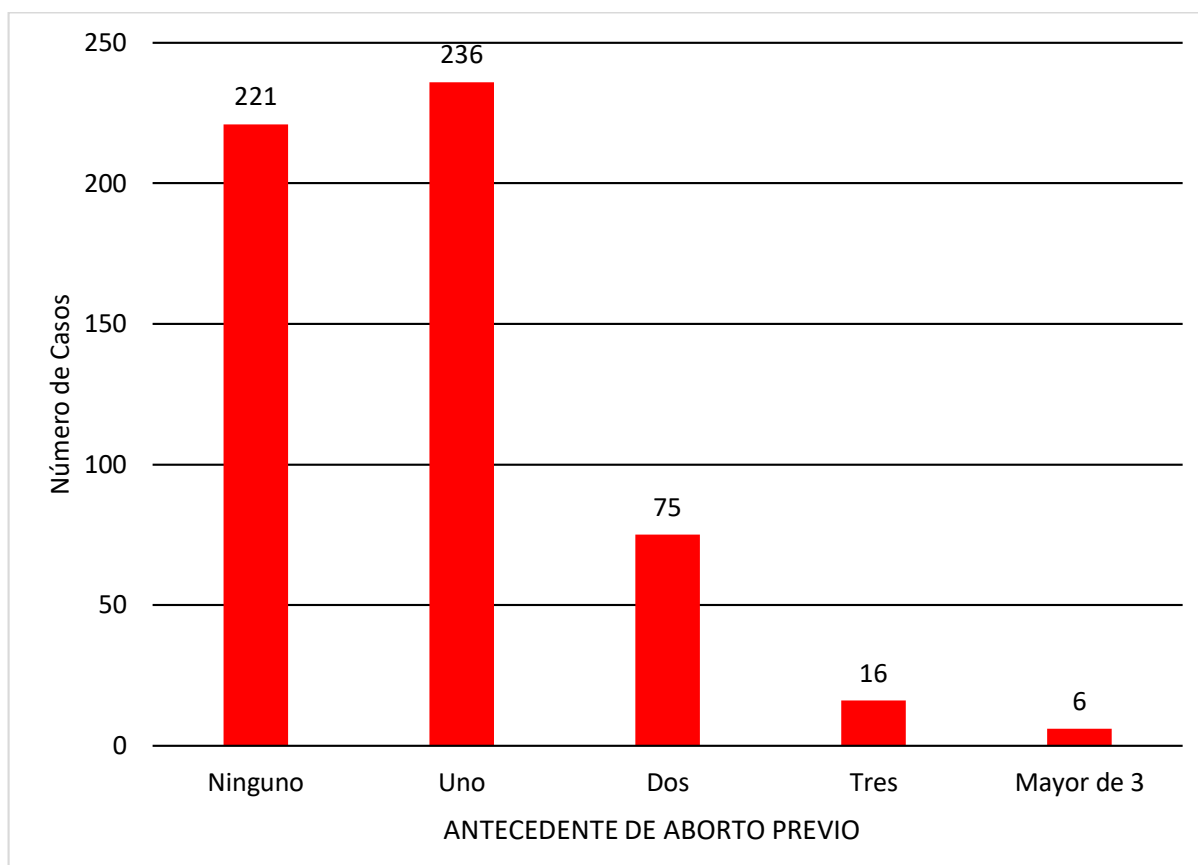
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 11, sobre Antecedente de la cantidad de abortos previos como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que no han tenido algún aborto como antecedente es el 40.0% (221 casos), respecto al grupo que han tenido un aborto como antecedente son el 42.6% (236 casos), las mujeres que han tenido dos abortos como antecedente son el 13.6% (75 casos), al grupo que ha tenido tres abortos como antecedente son un 3.0% (16 casos) y por último, las que han tenido más de tres abortos como antecedente son 0.9% (6 casos).

GRÁFICO N° 11

CANTIDAD DE ABORTOS PREVIOS COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 11.

TABLA N° 12

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Aborto Espontáneo	
	F	%
Normal	133	24,1%
Sobrepeso	226	40,9%
Obesidad tipo uno	141	25,6%
Obesidad tipo dos	45	8,1%
Obesidad mórbida	9	1,3%
TOTAL	554	100%

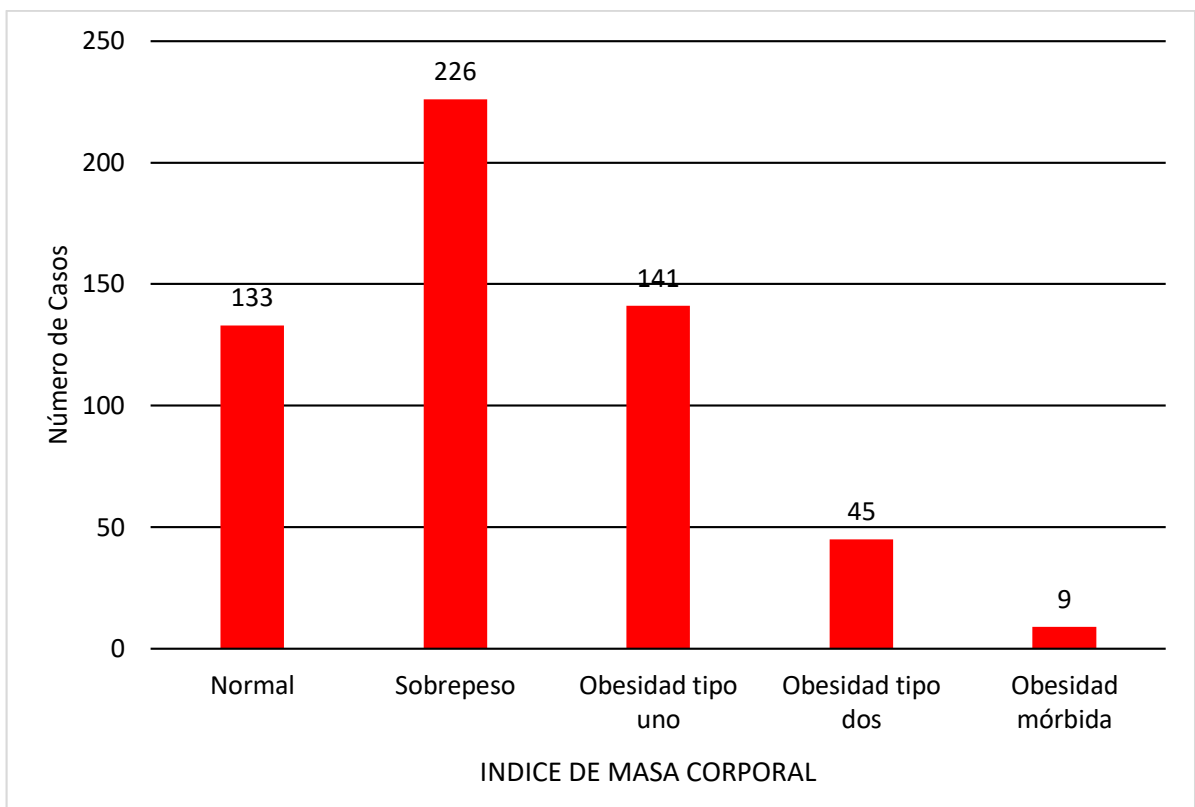
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 12, sobre el IMC como factor de riesgo para aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo que presenta un índice de masa corporal normal es el 24.1% (133 casos), respecto al grupo con sobrepeso son el 40.9% (226 casos), respecto al grupo con obesidad tipo uno son el 25.6% (141 casos), respecto al grupo con obesidad tipo dos son un 8.1% (45 casos) y por último, respecto al grupo con obesidad mórbida son 1.3% (9 casos).

GRÁFICO N° 12

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 12

TABLA N° 13

**ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO EN LA MISMA GESTACIÓN
COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”**

AMENAZA DE ABORTO EN LA MISMA GESTACION	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	107	29,4%
No	447	70,6%
TOTAL	554	100%

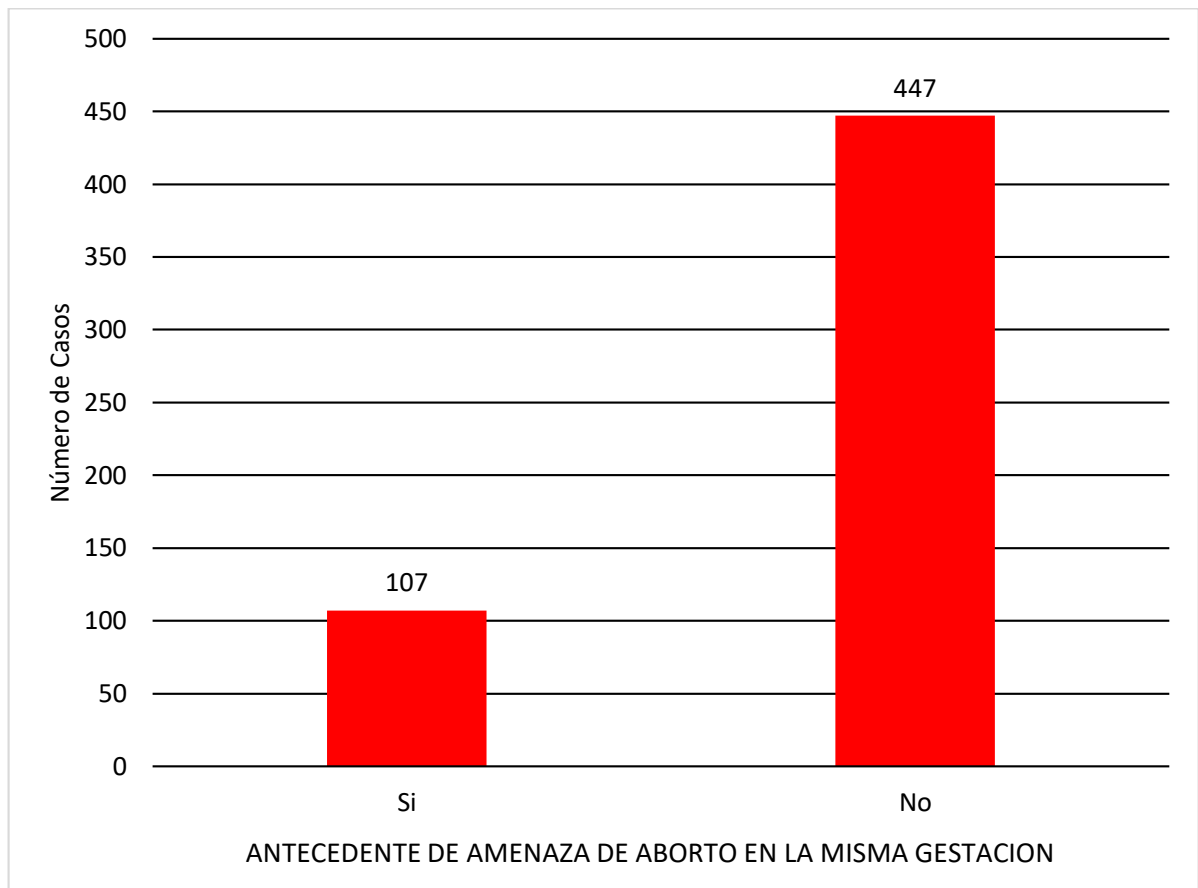
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 13, sobre Antecedente de amenaza de aborto en la misma gestación como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que si han tenido este antecedente representa el 29.4% (107 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido alguna como antecedente en la misma gestación es un 70.6% (447 casos).

GRÁFICO N° 13

**ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO A
ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 13.

TABLA N° 14

**PERIODO INTERGENÉSICO COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**

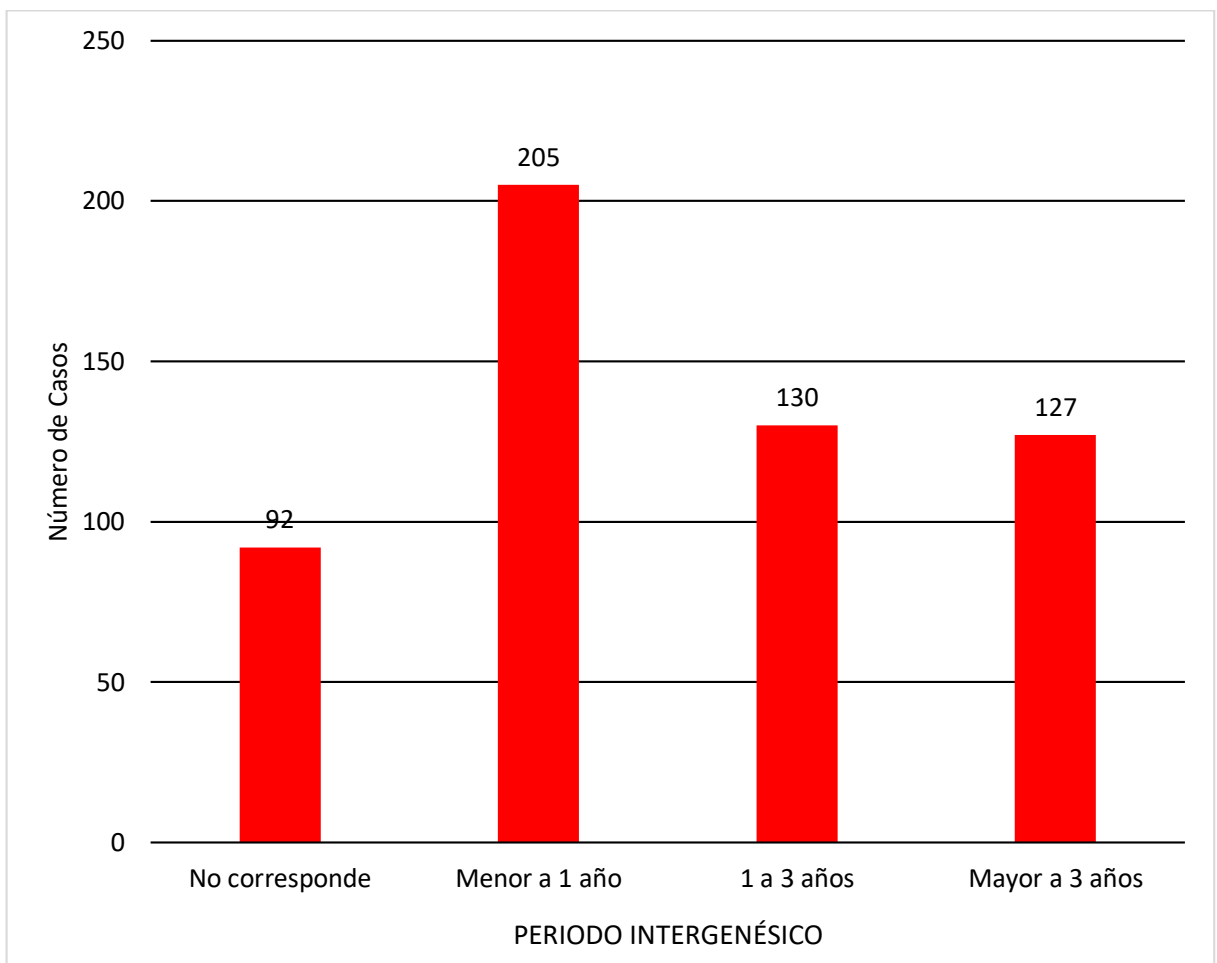
PERIODO INTERGENÉSICO	Aborto Espontáneo	
	F	%
No corresponde	92	16,6%
Menor a 1 año	205	37,0%
1 a 3 años	130	23,4%
Mayor a 3 años	127	23,0%
TOTAL	554	100%

Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 14, sobre el periodo intergenésico como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, se observa que, considerando al grupo que no corresponde ningún periodo intergenésico ya que fue su primera gestación es el 16.6% (92 casos); respecto al grupo con periodo intergenésico menor a un año es el 37.0% (205 casos); respecto al grupo con periodo intergenésico en el rango de un año hasta tres años es el 23.4% (130 casos); con respecto al grupo con periodo intergenésico mayor a tres años es el 23.0% (127 casos).

GRÁFICO N° 14
PERIODO INTERGENÉSICO COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 14.

TABLA N° 15

INFECCIÓN URINARIA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”

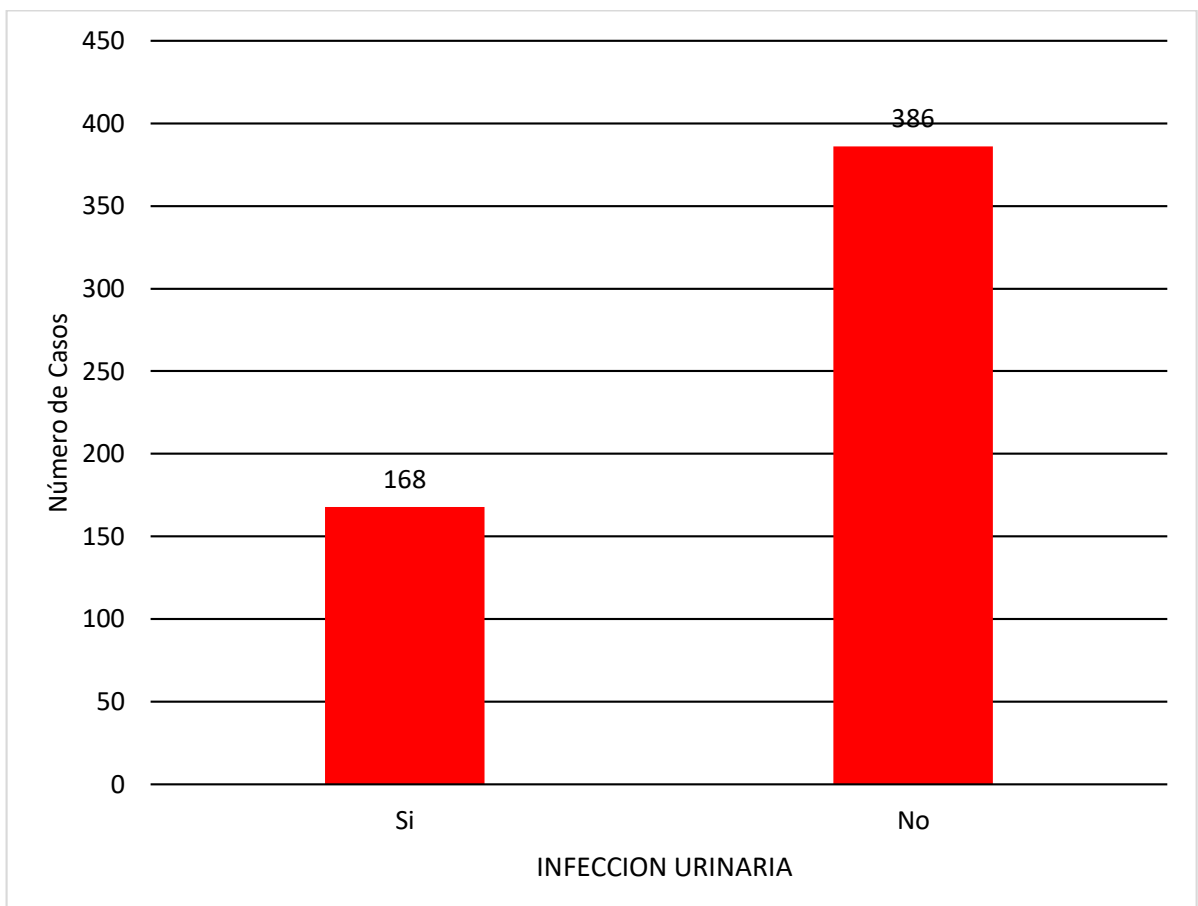
INFECCION URINARIA	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	168	30,3%
No	386	69,7%
TOTAL	554	100%

Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 15, sobre Infección Urinaria como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que presento infección urinaria al ingreso de su hospitalización es el 30.3% (168 casos) y el grupo de mujeres atendidas que no han tenido esta patología a su ingreso representa un 69.7% (386 casos).

GRÁFICO N° 15
INFECCIÓN URINARIA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 15.

TABLA N° 16
DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”

DIABETES MELLITUS	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	53	9,6%
No	501	90,4%
TOTAL	554	100%

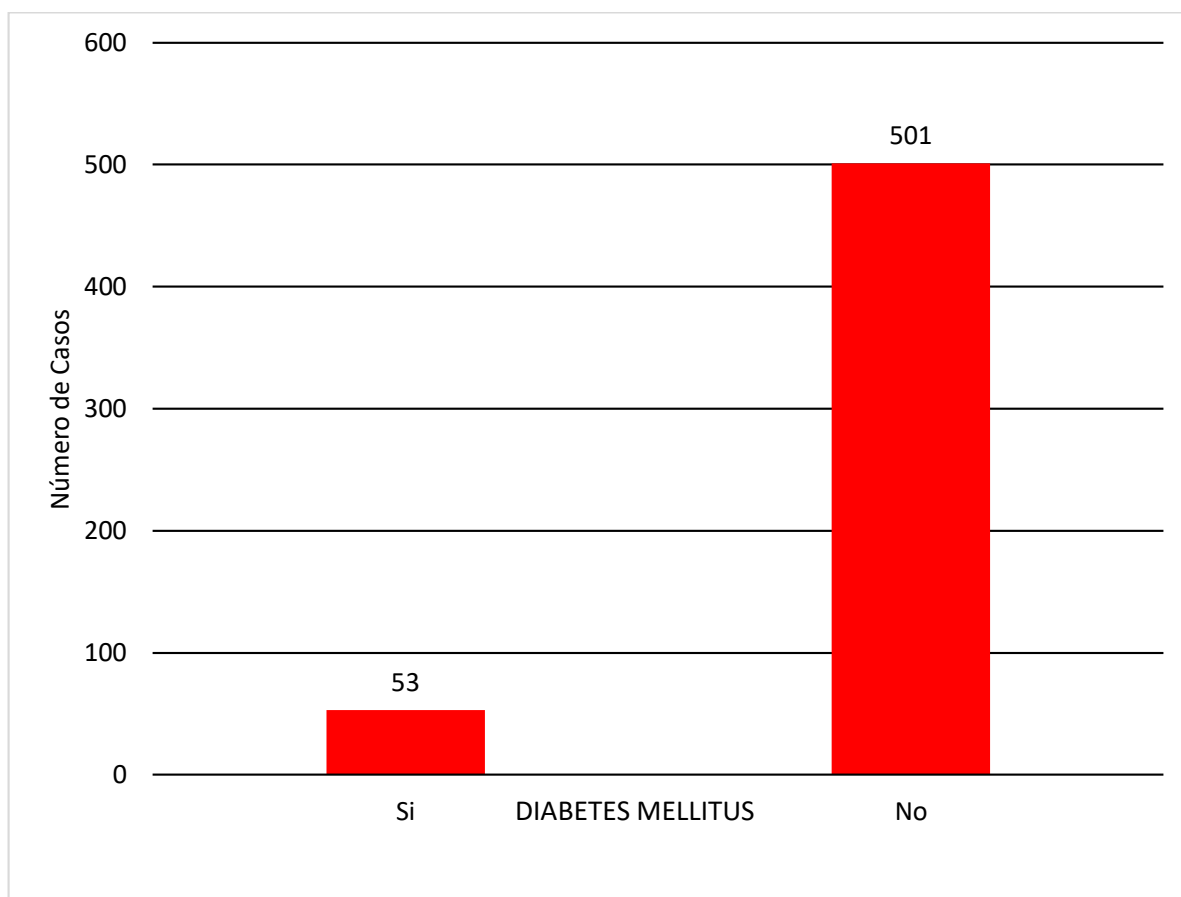
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 16, sobre diabetes mellitus como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que presento esta enfermedad al ingreso de hospitalización es el 9.6% (53 casos) y el grupo de mujeres gestantes que no han tenido esta patología representa un 90.4% (501 casos).

GRÁFICO N° 16

**DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 16.

TABLA N° 17

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**

HIPERTENSION ARTERIAL	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	38	6,8%
No	516	93,2%
TOTAL	554	100%

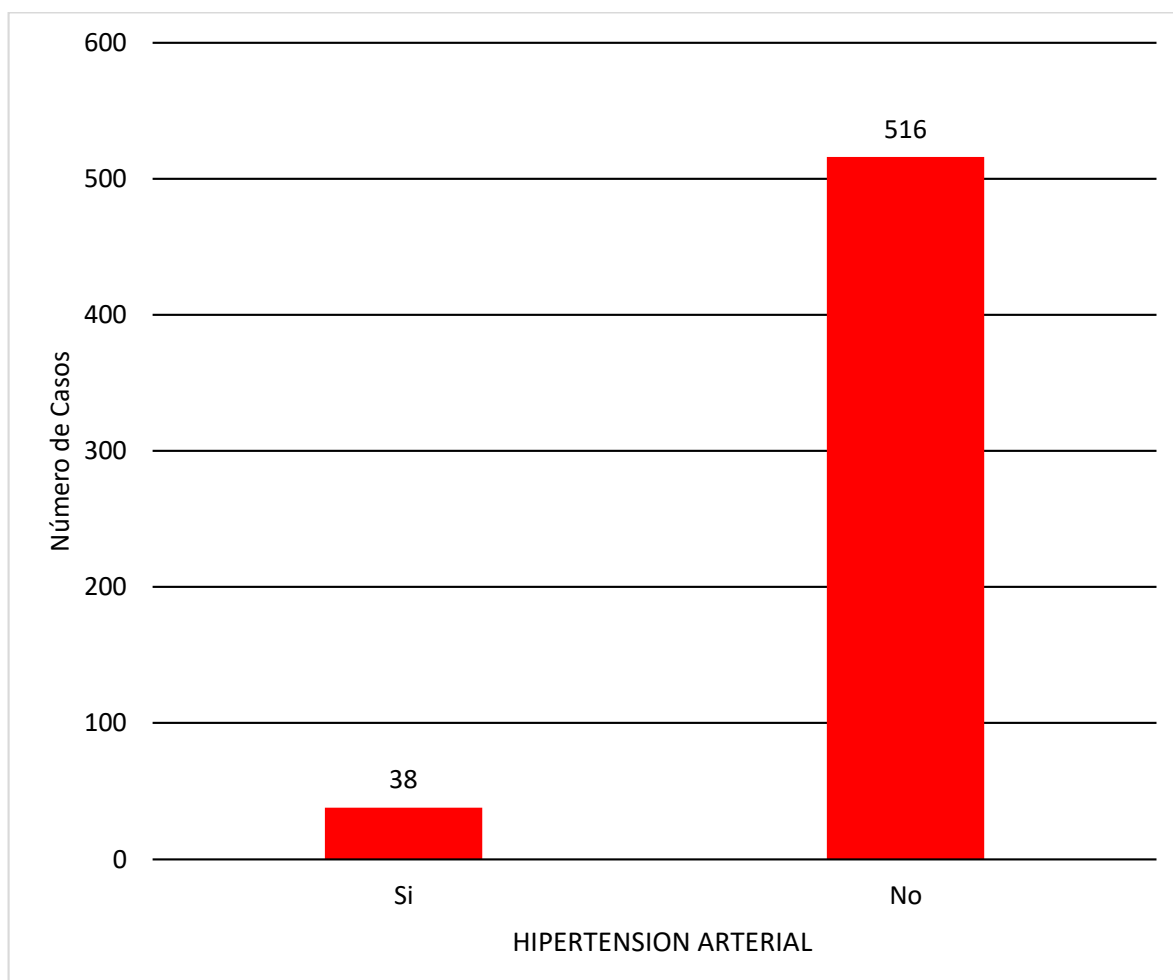
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 17, sobre hipertensión arterial como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de embarazadas que presento esta enfermedad al ingreso de su hospitalización es el 6.8% (38 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido esta patología representa un 93.2% (516 casos).

GRÁFICO N° 17

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 17.

TABLA N° 18

PATOLOGÍA TIROIDEA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”

PATOLOGIA TIROIDEA	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	23	4,1%
No	531	95,9%
TOTAL	554	100%

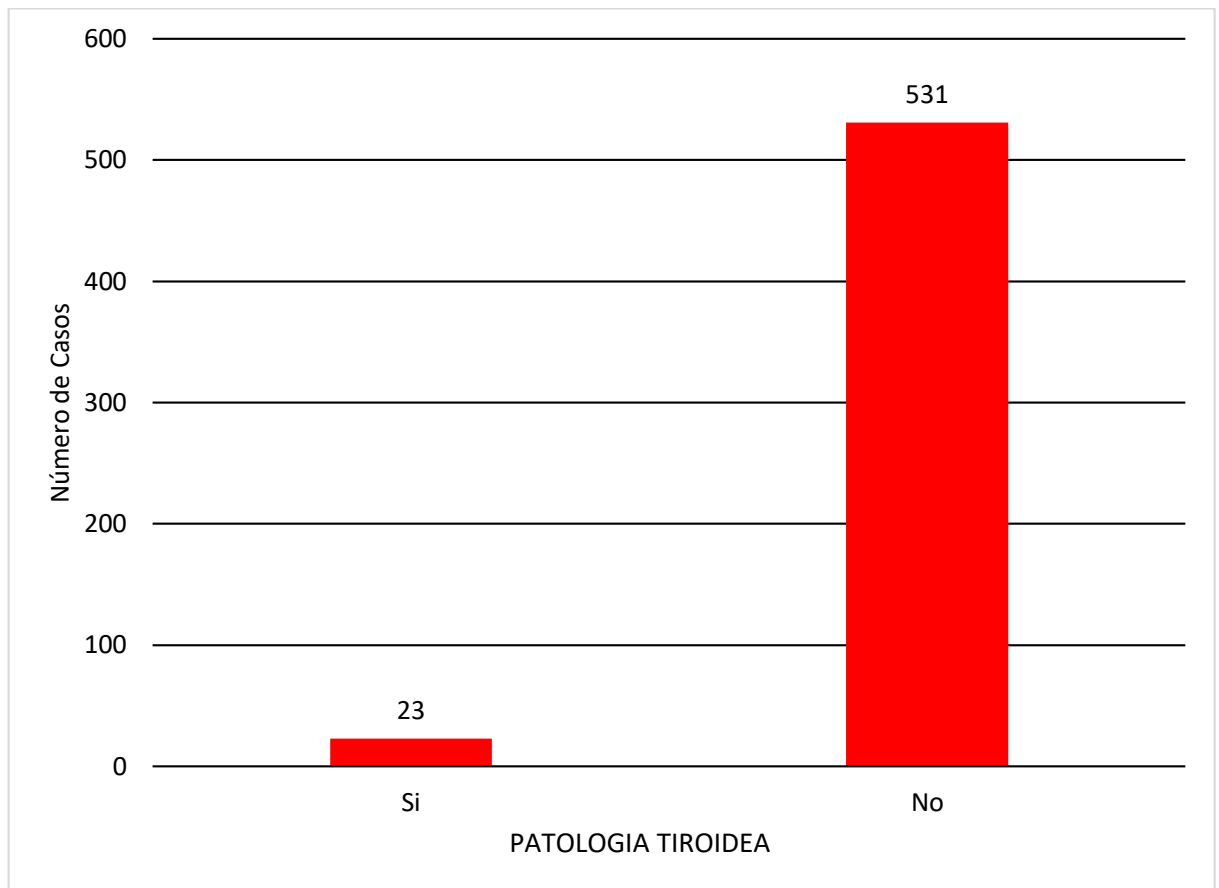
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 18, sobre **Patología Tiroidea** como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de embarazadas que presento esta enfermedad al ingreso de hospitalización es el 4.1% (23 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido esta patología representa un 95.9% (531 casos).

GRÁFICO N° 18

**PATOLOGÍA TIROIDEA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 18.

TABLA N° 19

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO FACTOR DE RIESGO A

ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL

ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE

GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2023”

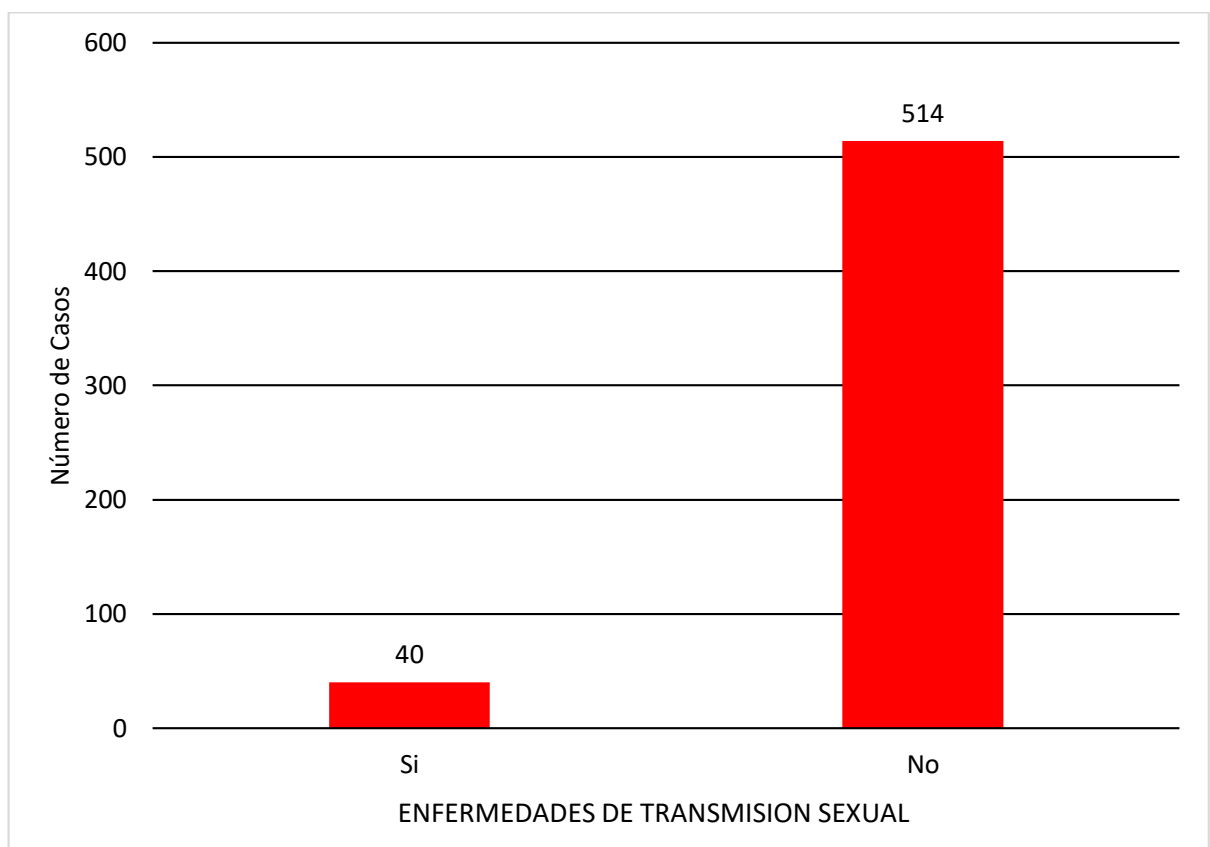
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	40	7,1%
No	514	92,9%
TOTAL	554	100%

Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 19, sobre Enfermedad De Transmisión Sexual como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que presento esta enfermedad al ingreso y durante su hospitalización es el 7.1% (40 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido esta patología representa un 92.9% (514 casos).

GRÁFICO N° 19
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO FACTOR DE RIESGO A
ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 19.

TABLA N° 20

**FLUJO VAGINAL COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”**

FLUJO VAGINAL	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	25	4,5%
No	529	94,5%
TOTAL	554	100%

Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 20, sobre Flujo Vaginal como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que presento esta flujo vaginal al ingreso y durante su hospitalización es el 4.5% (25 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido esta patología representa un 94.5% (529 casos).

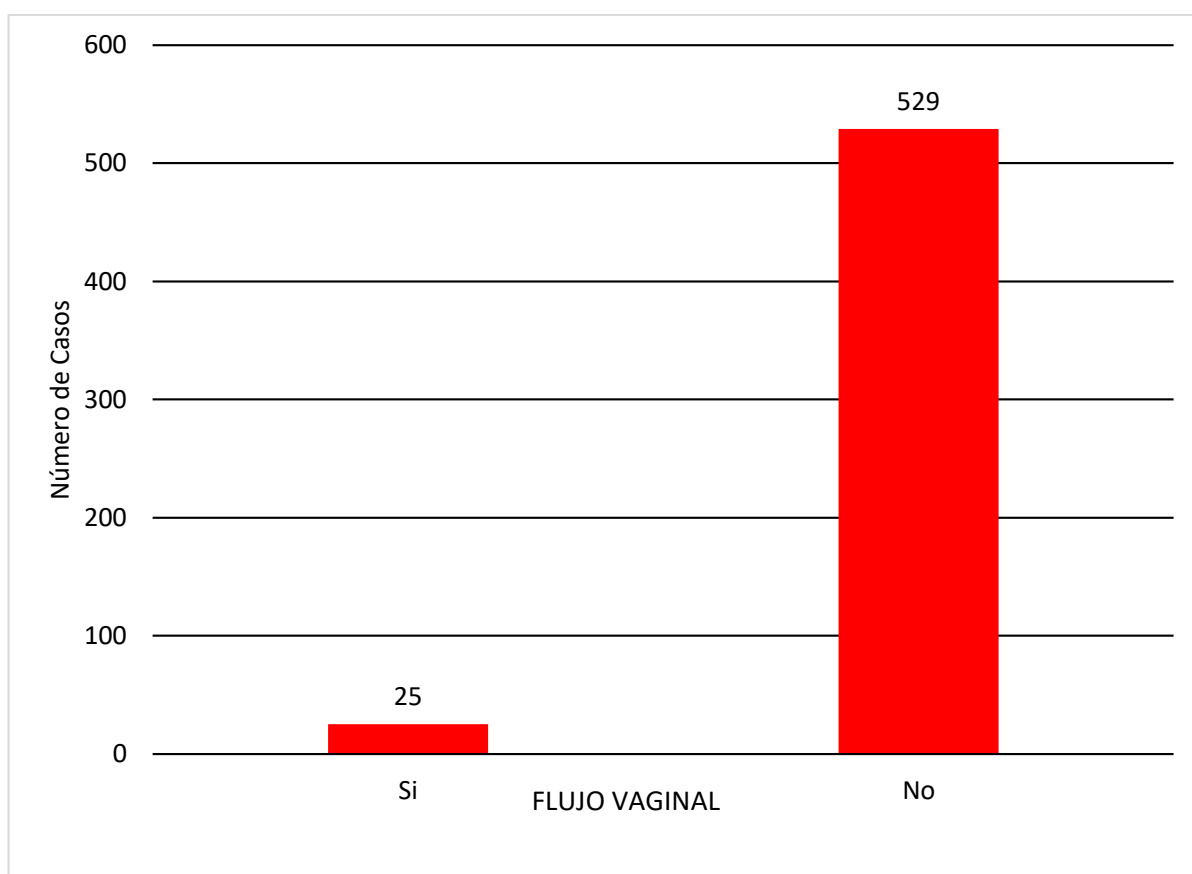
GRÁFICO N° 20

FLUJO VAGINAL COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN

PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 20.

TABLA N° 21

MIOMAS UTERINOS COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”

MIOMAS UTERINOS	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	61	10,9%
No	493	89,1%
TOTAL	554	100%

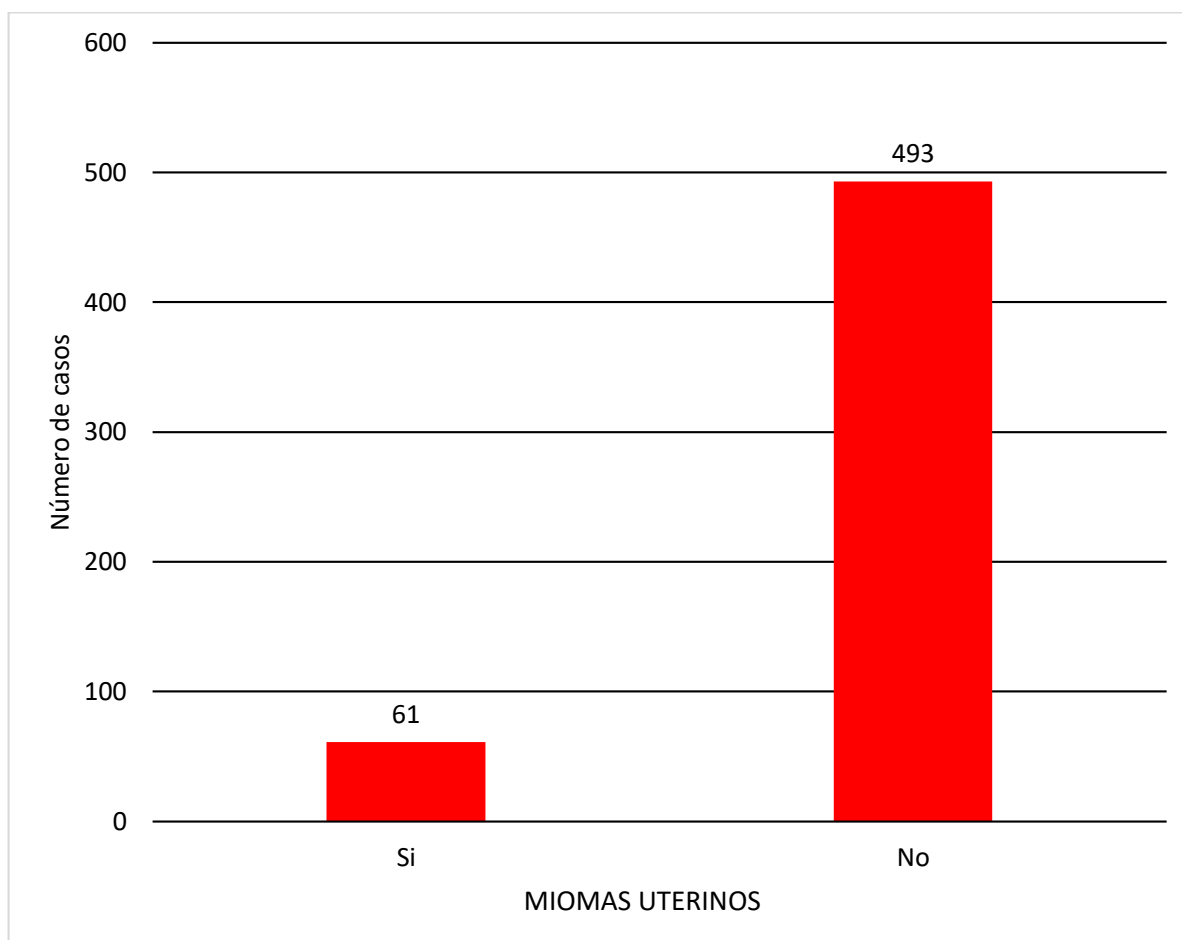
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 21, sobre Miomas como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres embarazadas que presento esta enfermedad al ingreso y durante su hospitalización es el 10.9% (61 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido esta patología representa un 89.1% (493 casos).

GRÁFICO N° 21

**MIOMAS UTERINOS COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO
ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2023”**



Fuente: Tabla 21

TABLA N° 22

**ANEMIA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO
EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”**

ANEMIA	Aborto Espontáneo	
	F	%
Si	195	35,2%
No	359	64,8%
TOTAL	554	100%

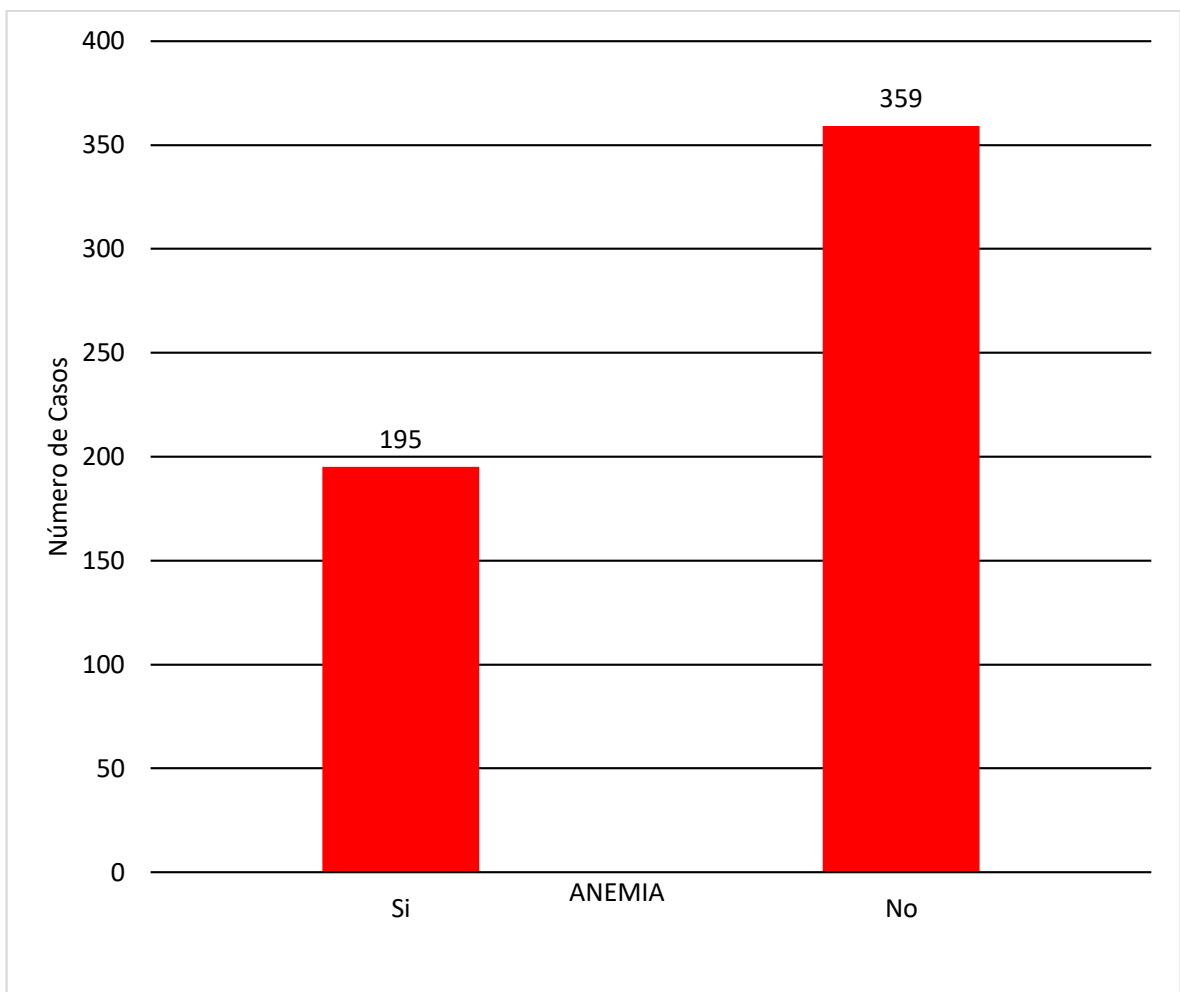
Fuente: Sistema informático perinatal / Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 22, sobre Anemia como factor de riesgo a aborto espontaneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que presento esta enfermedad al ingreso y durante su hospitalización es el 35.2% (195 casos) y el grupo de mujeres que no han tenido esta patología es un 64.8% (359 casos).

GRÁFICO N° 22

ANEMIA COMO FACTOR DE RIESGO A ABORTO ESPONTANEO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023”



Fuente: Tabla 22.

4.1 DISCUSIÓN

La población de estudio estuvo constituida por 554 pacientes con el diagnóstico de aborto espontáneo, atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, atendidas de enero a diciembre, durante el periodo 2023. Para calcular la frecuencia de esta complicación, se va a tomar en cuenta al total de gestantes que acudieron al hospital durante Enero hasta Diciembre del 2023, que son una cantidad de 2 862 pacientes. De esta variable, se pudo determinar una frecuencia de 19.1% de casos de aborto espontaneo durante enero a diciembre del 2023.

Según López-Hernández, si la comparamos con la estadística internacional, se estima una frecuencia aproximada del 16.9% de casos de abortos espontáneos clínicamente reconocidos, con estudios dirigidos con un enfoque en la población de México durante el año 2018, que fue realizado en diferentes hospitales de referencia a nivel nacional, donde se logró estudiar a unas 15 784 gestantes, y de estas, se encontraron 2 510 casos que terminaron en aborto espontaneo. Otro estudio realizado en Paraguay, por Porzio et al, realizado en el Hospital de Clínicas de julio del 2019 a julio del 2020, donde se atendieron 2217 gestantes, y dentro de este grupo están las 262 mujeres con diagnóstico de aborto no provocado, dando una frecuencia del 12.82%.

Por otro lado, comparándolo a algún antecedente a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, con un estudio realizado donde evalúa factores de riesgo asociados

en pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Apla de Arequipa en el 2019, menciona que hay una frecuencia del 22.2%, registrando 360 gestaciones, de las cuales 80 resultaron casos de aborto espontáneo; mientras que, en el año 2018, se concluyó una frecuencia del 23.1%, registrando 422 gestaciones en ese mismo año, de las cuales 98 casos resultaron con una pérdida espontánea. Otro estudio realizado en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017, en Lima, menciona que se atendieron 5 499 gestantes, de las cuales 1 035 terminaron en aborto espontáneo, con una frecuencia del 18.9%.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió a las gestantes que culminaron en aborto espontáneo en el año 2018 a 2019, en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, estimo una frecuencia de 13.9%, con una población de gestantes de 7 084 en ambos años, y de estos, son 549 casos de abortos espontáneos en el 2018 y 542 casos en el año 2019.

Si comparamos las estadísticas de estos 03 niveles, podemos rescatar que, a nivel internacional, como por ejemplo en México o Paraguay, donde la frecuencia es del 16.9% 12.82%, respectivamente, tiene un valor que es inferior al obtenido a nivel nacional, como lo es el estudio realizado en Arequipa, donde muestra valores de frecuencia del 22.2% y 23.1%. También el realizado en Lima, donde se estima una frecuencia del 18.9%. Siendo este nivel superior a cualquiera de los 3 antecedentes mencionados. Ya que, en nuestra localidad, en Tacna, en el año 2018 a 2019, la prevalencia apenas llegaba a igualar el valor internacional, con un 13.9%. Tomando en cuenta que el año en el que se realizó

cada investigación es similar en cada uno, podemos inferir que estos se mantienen de acuerdo a la misma línea estadística, salvo por el estudio de la Dra. Aroquipa, ya que obtuvo los más altos niveles de frecuencia.

Se puede deducir que si bien, la estadística es similar a nivel internacional y local, pero en un menor valor que el nivel nacional. Si lo comparamos con el presente estudio, que obtuvo 19.1% de frecuencia, se infiere que por un lado ha habido un incremento de un 5.2% en nuestra ciudad de Tacna en un lapso de 5 años, a pesar incluso que la cantidad de gestaciones está disminuyendo conforme pasan los años, la cantidad de abortos se siguen manteniendo en número y ello implica que la frecuencia aumente progresivamente. Por otro lado, si bien son valores diferentes en la comparativa de estos estudios, pero igual mantienen cierta relación con la literatura, dando una frecuencia promedio del 13 al 20%, con diferencias entre estas no tan significativas, ello implica que a nivel mundial la frecuencia del aborto es poco menos de la quinta parte del total de gestantes.

Estos datos deben ser tomados en cuenta, ya que las mujeres que padecen de esta complicación, posterior al evento sufren repercusiones, no solo a nivel personal, sino también a nivel social y económico, por lo que la meta apunta a que la mujer que aspira a la maternidad, debe contemplar a un periodo previo de preparación y vigilancia constante. Solo así podemos combatir este incremento progresivo que se da.

La tabla 01 nos presenta sobre la edad como factor de riesgo para aborto espontáneo, se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de 12 a 17 años representa el 1.8% (10 casos), el grupo de 18 a 25 años es un 26.9% (149 casos), el grupo de 26 a 30 años representa el 21.1% (117 casos), el grupo de 31 a 35 años es un 21.2% (118 casos), el grupo de 36 a 40 años es un 19.4% (108 casos), y el grupo de mayores de 40 años representa un 9.6% (52 casos). Siendo el grupo predominante las mujeres de 18 a 25 años, en un segundo lugar las de 31 a 35 años.

Según López-Hernández, si la comparamos con la estadística internacional, se estima que las mujeres mayores de 35 años, tienen más riesgo que las jóvenes mujeres (19 a 35 años), con una frecuencia del 45.7% de casos, contra un 38.1%, respectivamente; en cambio las adolescentes (12 a 18 años) mantienen valores del 16.2% en frecuencia de casos; estudio realizado en diferentes hospitales de referencia a nivel de México durante el 2018. Siendo el grupo predominante las mujeres mayores de 35 años.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, con un estudio realizado en Arequipa el 2019, menciona que las más afectadas son aquellas mujeres entre 35 a 39 años, con un 31.3% de casos; seguidas de las mayores de 40 años con un 22.5%, más abajo se encuentran las mujeres de 30 a 34 años y de 15 a 19 años, con un 15.0% y 12.5%, respectivamente. Y por último se encuentran las pacientes que tienen entre 25 a 29 años y 20 a 24 años, con un 10.0% casos y 8.7% casos, respectivamente. Siendo el grupo

predominante las mujeres de 35 años a 39 años. El estudio realizado en Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017 en Lima, menciona que las mujeres con diagnóstico de abortos, las mayores de 35 años representan una frecuencia del 44.5% y las mujeres menores de 35 años un 55.5%.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, estimo que el grupo más afectado era el comprendido entre mujeres de 19 a 35 años con un valor de 66.7%, seguido de las pacientes mayores de 35 años con un 26.0%, y finalmente las menores de 19 años con un 7.5%. Manteniendo valores similares comparados al grupo de pacientes de la presente investigación. Siendo el grupo predominante las mujeres de 19 años a 35 años.

De esto podemos deducir que si bien, los 2 antecedentes de investigación, el internacional y el de Arequipa concuerdan en que el grupo más afectado está entre las mayores de 35 años o adultas (30 a 45 años), pero hay cierta diferencia con el estudio hecho a nivel local, situando como más frecuente al grupo entre 19 a 35 años, en casi el doble del porcentaje, y el estudio realizado en Lima que posiciona como más frecuente a las menores de 35 años, comparado a los 2 antecedentes en mención. Luego en contraste al segundo grupo más afectados en estos antecedentes, sigue manteniendo la misma línea de frecuencia, ya que el estudio internacional y nacional, sitúan como a las menores de 30 o 35 años,

pero mayores de 19, como el segundo más frecuente; todo lo contrario, al estudio local, que sitúa al grupo mayor de 35 años como el segundo lugar en estadística.

De esto podemos concluir, que, si bien las investigaciones no usaron grupos homólogos para clasificar las edades de las pacientes, y por ello puede acarrear cierta malinterpretación; pero, aun así, igual mantiene una línea de frecuencia, situando a las mayores de 30 o 35 años como las más frecuentes a nivel internacional y nacional; hecho que se comparte con los estudios presentados, con un 58.7% de frecuencia en dicho grupo de edad. Resaltando que hay valores totalmente diferente al antecedente local, realizado en la misma ciudad de estudio, que sitúa a las de 19 a 35 años como el grupo más frecuente, con una estadística muy elevada del 66.7%. Esta variable debería evaluarse en precaución, ya que el simple hecho de no realizar una clasificación de edades adecuada, puede afectar enormemente el resultado, como sucedió en este caso, y tergiversar una posible relación entre esta variable y el aborto espontáneo. En comparativa que el presente estudio sitúa como grupo más frecuente a las de 18 a 25 años y en segundo lugar a las de 31 a 35 años, resultados similares al antecedente local.

La edad de la paciente al momento de estar gestando, implica que pueda ser susceptible con más frecuencia a ciertos factores propios de la edad y a otros no, por ella esta variable es muy importante. Por ende, debemos instaurar en las mujeres una conciencia de control y autocuidado de sus agentes de morbilidad, cada mujer es libre de recibir el cuidado que desea, pero se debe tener en cuenta

el contexto de la situación y sus necesidades, ya que cada edad es especial por sí misma.

En la tabla 02, sobre “Estado cónyuge” como factor de riesgo para aborto espontáneo, se observa que, considerando a las pacientes que si tienen el diagnóstico de aborto, el grupo de mujeres solteras son el 25.5%, las mujeres con estado conviviente son el 59.1%, las que tienen como estado conyugal casadas son en un 13.6% y el grupo con otro estado conyugal es un 1.3%.

Según la investigación de Porzio et al, realizado en el Hospital de Clínicas de julio del 2019 a julio del 2020, en Paraguay, si comparamos esta estadística internacional, se estima que, de las mujeres con diagnóstico de aborto, el grupo con estado conyugal concubinato son en un 47.4%, el grupo de mujeres solteras son el 28.1%, luego las que tienen como estado conyugal casadas son en un 18.1%, para finalmente la minoría en un 6.1% son el resto con estados casados, viudos o divorciados.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, con un estudio realizado en Arequipa el 2019, menciona que, de las mujeres con diagnóstico de aborto, el grupo con estado conyugal convivientes son en un 51.8%, el grupo de mujeres solteras son el 19.8%, luego las que tienen como estado conyugal casadas son en un 23.1%, para finalmente la minoría de un 5.3% son el resto con estados casadas, viudas o divorciadas.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, estimo que, del grupo de las mujeres con diagnóstico de aborto, el grupo con estado conyugal convivientes son en un 67.7%, el grupo de mujeres solteras son el 22.5%, finalmente las que tienen como estado civil casadas son en un 9.8%.

El grupo predominante evidenciado en los 3 antecedentes y en estudio presente, son las convivientes o que están en concubinato; con valores por superiores al 50% aproximadamente, resultando que se confirma una misma línea de investigación. Lo resaltante dentro de esta conclusión, serian el segundo grupo en frecuencia, ya que para algunos son las mujeres solteras, como es el caso del estudio local e internacional, pero para otras investigación, son el grupo de mujeres casadas, como es el caso del grupo nacional, pero si bien hay diferencia, no es tan amplia, para garantizar la predominancia o no de un grupo.

Esto refleja como las mujeres se identifican respecto a esta situación, y si ello implica que mantienen la condición de ayuda de su pareja, o plenamente se sienten identificadas como de alguna manera como autosuficientes, en ausencia de la figura de la pareja.

En la tabla 03, sobre Ocupación como factor de riesgo para aborto espontáneo, se observa que, considerando a las pacientes que si tienen el diagnóstico de aborto, el grupo de mujeres amas de casa son el 28.5%, las

mujeres estudiantes son el 17.0%, las que trabajan como comerciante son en un 32.9% y el grupo con otra ocupación es un 21.6%. Siendo el grupo predominante las mujeres comerciantes.

Según López-Hernández, si la comparamos con la estadística internacional, se estima que, de las mujeres con diagnóstico de aborto, el grupo con ocupación independiente es un 21.8%, el grupo de mujeres estudiantes son el 22.5%, luego las que están como amas de casa son en un 30.9%, para finalmente la que tienen otra ocupación en un 24.8%; estudio realizado en diferentes hospitales de referencia a nivel de México durante el 2018.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, con un estudio realizado en Arequipa el 2019, menciona que, de las mujeres con diagnóstico de aborto, el grupo con ocupación comerciante es un 39.4%, el grupo de mujeres estudiantes son el 20.1%, luego las que están como amas de casa son en un 27.2%, para finalmente la que tienen otra ocupación en un 13.3%.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, estimo que, del grupo de las mujeres con diagnóstico de aborto, el grupo con ocupación comerciante es un 20.7%, el grupo de mujeres administrativas son el 2.1%, luego las que están como amas de casa son en un 42.4%, el grupo de mujeres agrícola son el 6.0%, para finalmente la que tienen otra ocupación en un 17.2%.

En confrontación de los antecedentes a nivel internacional, nacional y local, frente al presente estudio, presentan una diferencia en cuanto al grupo predominante. Ya que, en el nivel internacional, es más frecuentes que sean mujeres amas de casa con un 30.9%, a nivel nacional es más frecuente que sean comerciantes con un 39.4%, en cambio a nivel local es más frecuente que sean amas de casa con un 42.4%; mientras que en este presente estudio es más frecuente que sean comerciantes con un 34.9%.

El presente estudio presenta como grupo predominante a las mujeres comerciantes con un 32.9%, un resultado diferente al estudio local previo, donde predominan las amas de casa con un 42.4% y también con el obtenido en México, donde las independientes predominaban con un 30.9%, pero similar al estudio realizado en Arequipa, donde el grupo predominante también eran las comerciantes con un 39.4%.

La mujer en la actualidad para lograr su independencia, puede refugiarse en trabajos que a veces puede contemplar que aparezcan riesgos propios de su estado laboral, ya que enfrentan estrés, carga laboral, horarios frustrantes y demás riesgos.

La tabla 04 nos presenta la frecuencia asociada a abortos espontáneos según la cantidad de gestaciones como antecedente (paridad), se observa que, considerando a las pacientes con este diagnóstico, el grupo de mujeres que no han tenido alguna gestación como antecedente es el 16.6% (92 casos), respecto

al grupo que han tenido una gestación como antecedente son el 23.8% (132 casos), las mujeres que han tenido dos gestaciones como antecedente son el 27.2% (151 casos), al grupo que ha tenido tres gestaciones como antecedente son un 17.6% (97 casos) y por último, las que han tenido más de tres gestaciones como antecedente son 14.8% (82 casos). Siendo el grupo predominante la cantidad 02 gestaciones anteriores como antecedente.

Según Patiño et al, si la comparamos con la estadística internacional, el antecedente de gestaciones previas, evaluado como variable en Colombia en el año 2019, es más frecuente la cantidad de 01 y 02 gestas anteriores, en un 35.2% y 19.7%, respectivamente, seguido de la cantidad de ningún embarazo previo en un 18.1%, y finalmente se encuentran las 03 y mayores de 03 gestaciones como antecedente. Siendo el grupo predominante la cantidad 01 gestación anterior como antecedente.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Taquire, con una investigación realizada en el Hospital Sergio Bernales en el 2020, menciona que la cantidad de 02 gestas previas es el grupo más frecuente con un 33.8%, seguido de la cantidad de 01 y 03 embarazos anteriores con un 25.0% y 22.5%, respectivamente; y finalmente se encuentran 04 o más de 04 en frecuencia. Este estudio tiene la particularidad que no considera que también la paciente no podría tener ningún antecedente de gestación, ya que el episodio actual es su primer embarazo.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, estimo que la cantidad de gestaciones previas más frecuentes fue el ser multípara (2 a 4 hijos), con un 47.7%; seguido de las primíparas (01 hijo) en un 27.7%, luego están las nulíparas (0 hijos) con un 22.1% y finalmente las gran multíparas (más de 4 hijos) con un 2.5%. Concluyendo que si había una asociación para considerarlo como factor de riesgo.

De esto podemos deducir que, la estadística es similar a nivel nacional con las 02 gestas como dato más frecuente y nivel local con las 02 a 04 gestas (multíparas) como dato más frecuente; siendo solo diferente a nivel internacional, con el grupo más frecuente la cantidad de 01 gestación previa al evento actual.

Si lo comparamos con el presente estudio, que obtuvo que la cantidad de 02 gestaciones anteriores son más frecuentes en un 27.2%, siendo el grupo más predominante. Similar al obtenido a nivel nacional y local, y diferente al nivel internacional; se puede decir que es un variable que tiene resultados iguales en los diferentes estudios realizados en nuestro país. Pero un tanto diferente al estudio realizado en Colombia, en el año 2019.

Debido a este hecho, resalta la importancia de seguir una preparación para futuras gestaciones, momento previos al embarazo, ya que como muestra la estadística, esta variable tiene una frecuencia elevada frente al aborto no

provocado. Por ende, la mujer debería ser cuidadosa y responsable acerca de su futuro estado materno y el hecho que implica esto.

La tabla 05, 06, 07 y 08 evalúa en conjunto cuáles son los Tipos de antecedentes que han tenido en previas gestaciones las mujeres con diagnóstico de aborto. El antecedente de cesárea, dentro de las mujeres con diagnóstico de ingreso de aborto espontáneo muestra cifras de un 31.8% (176 casos), comparado con un 68.2% (378 casos) que no padecieron este antecedente. El evento anterior de legrado uterino, dentro de las mujeres con diagnóstico de ingreso de aborto espontáneo muestra cifras de un 40.2% (223 casos), comparado con un 59.8% (331 casos) que no padecieron este antecedente. El evento anterior de embarazo ectópico, dentro de las mujeres con diagnóstico de ingreso de aborto espontáneo muestra cifras de un 6.1% (33 casos), comparado con un 93.9% (521) que no padecieron este antecedente. Por último, el antecedente de parto prematuro, dentro de las mujeres con diagnóstico de ingreso de aborto espontáneo muestra cifras de un 12.8% (71 casos), comparado con un 87.2% (483 casos) que no padecieron este antecedente.

Según Patiño et al, si la comparamos con la estadística internacional, en una investigación en Colombia en el año 2019, el antecedente de cirugía genitourinaria como factor de riesgo para el aborto espontáneo, resulto una frecuencia del 30.8%; comparado con el 69.2% de mujeres que no tienen este antecedente de cirugía genitourinaria. Cuando evalúa el antecedente de legrado uterino, dentro de las pacientes con diagnóstico de aborto, estima en una

frecuencia de 39.2% de mujeres, y las que no tuvieron este antecedente de legrado uterino, pero aun así pertenecen al grupo con diagnóstico de pérdida no provocada, en un 60.8%. Si bien el antecedente de embarazo ectópico como factor de frecuencia no es una variable evaluada por este autor. Pero si lo evalúa López-Hernández, manifestando que dentro de las gestantes que culminaron en pérdida no provocada, se encuentran las que afirman este antecedente de embarazo ectópico en un 5.2%, en comparativa con el 94.8% que no refiere este antecedente. Una investigación hecha por Inacio P. en el 2020 en Brasil, evalúa al antecedente de parto prematuro en gestantes con el diagnóstico de aborto espontáneo, concluyendo que este antecedente está presente en un 8.7% de las pacientes, en contraste con el 91.3% de gestas con aborto, pero que no refieren algún incidente previo de parto prematuro.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, con una investigación realizada en Arequipa el 2019, en una población de 80 féminas con diagnóstico de aborto no provocado; concluye que el antecedente de cesárea como criterio de riesgo para aborto espontáneo, resultó una cantidad del 27.5%; comparado con el 72.5% de mujeres que no tienen este antecedente de cirugía genitourinaria. Cuando evalúa el antecedente de algún legrado uterino, dentro de las pacientes con diagnóstico de aborto, estima en una frecuencia de 32.8% de mujeres, y las que no tuvieron este antecedente de legrado uterino, pero aun así pertenecen al grupo con diagnóstico de pérdida no provocada, en un 67.2%. Si bien el antecedente de embarazo ectópico como factor de riesgo no es una

variable evaluada por este autor. Pero si lo evalúa Castro C, en un estudio realizado en el hospital José Agurto Tello en Lima en el año 2019; manifestando que dentro de las gestantes que culminaron en pérdida no provocada, se encuentran las que afirman este antecedente de embarazo ectópico en un 2.3%, en comparativa con el 97.7% que no refiere este antecedente. Por otro lado, También evalúa al antecedente de parto prematuro, concluyendo que este antecedente esta frecuente dentro de las embarazadas con aborto, en un 15.8%, en contraste con el 84.2% de gestas con aborto, pero no refieren algún incidente previo de un parto prematuro.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontaneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, en féminas con diagnóstico de aborto no provocado; concluye que el antecedente de cesárea como criterio de riesgo para aborto espontáneo, resulto una cantidad del 26.7%; comparado con el 73.3% de mujeres que no tienen este antecedente de cirugía genitourinaria, pero si un aborto espontaneo. Cuando evalúa el antecedente de algún legrado uterino, dentro de las pacientes con diagnóstico de aborto, estima en una frecuencia de 20.7% de mujeres, y las que no tuvieron este antecedente de legrado uterino, pero aun así pertenecen al grupo con diagnóstico de pérdida no provocada, en un 79.3%. El antecedente de embarazo ectópico y parto prematuro como factor de riesgo no es una variable evaluada por esta autora en este nivel de antecedente, por ende, no se considera para realizar una comparativa.

De esto podemos deducir que si bien, la estadística es diferente cuando comparamos el nivel internacional, nacional y local, puesto que, en líneas generales, en otros países como Colombia, el antecedente de cesárea representa un 30.8%, con datos superiores a los referidos en investigaciones a nivel nacional y local, con un 27.5% y 26.7%, respectivamente. Otra variable tomada en cuenta es el antecedente de legrado uterino, donde se evidencia que, a nivel internacional, tiene una frecuencia del 39.2%, un 32.8% en el nacional y un 20.7% en el nivel local. Concluyendo que también es una variable con valores similares en estudios internaciones y nacionales, pero diferentes al antecedente local previo. El antecedente de embarazo ectópico y parto prematuro, si bien no es una variable tomada en cuenta en nuestra localidad, pero si lo es a nivel internacional y nacional; en estudios internacionales el embarazo ectópico y parto prematuro están en una frecuencia del 5.2% y 8.7%, respectivamente; mientras que a nivel nacional el embarazo ectópico y parto prematuro están en una frecuencia del 2.3% y 15.8%, respectivamente.

Cuando comparamos estos antecedentes con nuestro estudio, podemos presumir que hay similitudes y diferencias con uno u otro estudio, ya que, si hablamos del antecedente de cesárea y legrado uterino, nuestra frecuencia está en un 31.8% y 40.2%, respectivamente. De acá podemos concluir varios datos, el primero, en comparativa con nuestro antecedente local, de 26.7% y 20.7% de frecuencia, respectivamente; nos damos cuenta q estos 2 antecedentes prácticamente se han duplicado en un lapso de 5 años, mostrando que hay un

incremento de pacientes a las que se le realizan cesáreas y legrados uterinos, con niveles el doble de normales que hace 5 años, concordando que la frecuencia de aborto esta progresivamente en aumento. En comparativa a los estudios internacionales, nos muestra valores casi similares, con un 30.8% y un 39.2%, respectivamente, casi idénticos a los resultados del estudio actual. Pero en el nivel nacional, si los comparamos si hay una leve diferencia, ya que las cesáreas están en una frecuencia de 27.5% y los legrados uterinos en un 32.8%, valores disminuidos frente al estudio actual, en un 5% a 8% de diferencia, respectivamente. Respecto al antecedente de embarazo ectópico y parto prematuro, si bien no tiene punto de comparación local, ya que no fue una variable en estudio de dicha investigación. Pero aun así comparte concordancia con los niveles internacionales y nacionales, siendo una frecuencia similar en estos dos niveles con el estudio actual, ya que el estudio internacional muestra una frecuencia de ectópicos y prematuros del 5.2% y 8.7%, respectivamente; y los del nivel nacional en un 2.3% y un 15.8%, respectivamente, mostrando que casi no hay diferencia, siendo valores bajos, en comparativa con las 2 variables anteriores.

Demuestra la importancia del antecedente de toda gestante, ya que, por su condición personal, este hecho se ha visto que está siendo frecuente para ciertos escenarios. Cada antecedente por sí solo, ya implica un riesgo en la mujer y en sus futuras gestaciones.

La tabla 09, muestra la estadística sobre las variantes de aborto presentados al momento del ingreso al hospital, continuando con una predominancia del aborto incompleto en un 77.1% (427 casos), como en el estudio previo, pero revelando que el aborto completo es un 5.5% (39 casos), luego el aborto en curso cuenta con un 10.1% (56 casos) y por último el aborto diferido es un 7.3% (41 casos) ha incrementado levemente en frecuencia frente a años anteriores.

Según Patiño et al, si la comparamos con la estadística internacional, en una investigación en Colombia en el año 2019, nos muestra que los niveles de frecuencia son similares, ya que presenta un 67% de abortos incompletos y en segundo lugar están los abortos completos en un 18%, para finalmente en una mínima estadística los abortos diferidos y los sépticos.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, con una investigación realizada en Arequipa el 2019, en una población de 80 féminas con diagnóstico de aborto no provocado; concluye que los más frecuentes son los de tipo aborto incompleto con un 78%, seguidos por el grupo de abortos completos con un 16%.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, en féminas con diagnóstico de aborto no provocado; concluye que la variante más frecuente igualmente al anterior, es el aborto incompleto con un 95.1%, seguidos

de los abortos retenidos en un 2.5% y luego los muy pocos frecuentes en menos < 3%.

Estos 3 niveles de estudio, internacional, nacional y local, nos indican que hay una predominancia del aborto incompleto en un 67%, 78% y 95.1%, respectivamente; la diferencia rescatable sería solo en el segundo lugar, ya que el nivel internacional y nacional, nominan como segunda predominancia a la variante del aborto completo con un 18% y 16%, respectivamente; en cambio el nivel local sitúa como segundo más frecuente al aborto retenido con 2.5%. Estos antecedentes reflejan un nivel de similitud en 3 niveles, salvo el segundo lugar, donde hubieras diferencias, pero no tan significativas.

El estudio presente denota que al igual que los antecedentes, este presente estudio se comporta manteniendo los mismos niveles en frecuencia. Respecto al tipo más frecuente, evidenciamos que el más frecuente es el aborto incompleto, con un 77.1%, pero difiere en parte respecto al segundo lugar, tanto con los internacionales y nacionales, pero comparte frecuencias con antecedente local.

Esta variable refleja una denotación fisiopatológica del aborto, ya que por el mecanismo de desprendimiento que surge en este escenario causa que sea más frecuente el incompleto. Si nos guiamos por la clínica, debemos estar expectantes a la presentación, ya que según esto podemos discriminar a la

patología, y estar prevenidos frente a posibles complicaciones que se de en la mujer.

La tabla 10, muestra datos sobre las semanas de gestación en las que se presenta la gestante al momento de su primera atención por emergencias. Dando como resultados que las gestantes que acuden con un aborto temprano, ósea menor de las 12 semanas es en un 58.8% (326 casos), frente a un 41.2% (228 casos) que son las que acude por un aborto tardío, ósea mayor de 12 semanas de gestación.

Según López-Hernández, si la comparamos con la estadística internacional, se estima en caso de las gestantes con diagnóstico de aborto, que el grupo más frecuente respecto a las semanas de gestación en las que se instauro el cuadro, son las menores de 12 semanas con una frecuencia de casos en 61.1%, en cambio las mayores de 12 semanas de gestación con una estadística de casos de 38.9%.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, el Dr. Castro C, en una investigación realizada en el hospital José Agurto Tello en Lima en el año 2019, , menciona en caso de las gestantes con diagnóstico de aborto, que el grupo más frecuente respecto a las semanas de gestación en las que se instauro el cuadro, son las gestantes menores de 12 semanas con una frecuencia de 80.8% y las pacientes con un tiempo mayor de 12 semanas, representa una estadística de 19.2%.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, en féminas con diagnóstico de aborto no provocado; que el grupo más frecuente respecto a las semanas de gestación en las que se instauró el cuadro, son las menores de 12 semanas (aborto temprano) con una frecuencia de 82.1% y las mayores de 12 semanas (aborto tardío) con una estadística de 17.9%.

En comparativa, los 3 estudios mencionan que hay una predominancia absoluta del aborto temprano, y lo resaltable podría ser que sus estadísticas no son tan notoriamente diferentes, ya que el internacional, nacional y local, estiman al aborto temprano en primer lugar con valores de 61.1%, 80.8% y 82.1%, respectivamente. Y en poca frecuencia a las mayores de 12 semanas de embarazo, con un 38.9%, 19.2% y 17.9%, respectivamente.

Si se lo empareja estos antecedentes con el presente estudio, habría una similitud en la estadística, ya que según el presente estudio es más frecuente el aborto temprano con un valor de 58.8%, frente a un 41.2% de casos de abortos tardíos. De forma específica el anterior estudio sobre el mismo tema, pero a nivel local, deduce que la predominancia es absoluta para el temprano con 82.1%. Entonces se denota que no ha habido un cambio en la frecuencia en estos 5 años que han pasado, salvo por los casi 20% de diferencia. En cambio, es un resultado similar al obtenido en el nivel internacional, con un 61.1% de abortos tempranos.

Esta variable refleja que ha habido un cambio en esto 5 años, si bien no es el grupo predominante, pero si en sus valores, por ende, la mujer ha tenido la influencia de riesgos agregados a los que antes ya tenía, por ende, se debería estudiar e indagar en un futuro para saber cuáles son.

La tabla 11, muestra estadísticas acerca de la cantidad de aborto previos al actual como un factor de frecuencia. De las pacientes con diagnóstico de aborto, las que nunca han tenido este episodio son 40.0% (221 casos), luego las que han tenido 01 episodio de aborto son 42.6% (236 casos), las que han tenido 02 episodios de aborto son 13.6% (75 casos), las que han tenido 03 episodios de aborto son 3.0% (16 casos) y por ultimo las que han tenido más de 03 abortos son 0.9% (6 casos). Mostrando que el grupo predominante es que la mujer haya tenido un aborto previo como antecedente.

Según Papsos-Baños, si lo comparamos con la estadística internacional, se determinó que el 48%, es decir que menos de la mitad de la población en estudio presento 01 aborto previo, de tal manera que es el grupo predominante. En cambio, haber tenido 02 o ninguno, fueron no tan frecuentes, con valores de 28% y 19%, respectivamente. Y luego en menos frecuencia se encuentran las otras cantidades tres o más de tres abortos previos.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, menciona que un 30% de las pacientes que presentan aborto presentaron un aborto previo, seguido de un 18.8% que corresponde al grupo con más de tres abortos previos,

además en menor frecuencia se encuentran pacientes que presentaron dos abortos previos que representan el 17.2%, y finalmente, las mujeres que nunca presentaron algún aborto previo en un 21.3%.

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, se determinó que el 37.2% de la población en estudio no presentó ningún aborto previo, de tal manera que es el grupo predominante. En cambio, haber tenido 02 o 01, fueron no tan frecuentes, con valores de 18.1% y 21.8%, respectivamente. Y luego en menor frecuencia se encuentran las otras cantidades tres o más de tres abortos previos.

De esto podemos deducir que, la estadística es similar a nivel internacional y nacional donde la población que presenta haber tenido un aborto previo es el grupo predominante con un 48% y un 30%, respectivamente; pero si lo comparamos con el estudio local, hay otros resultados diferentes, donde el grupo predominante fue no haber tenido ningún aborto previo con un 37.2%, en cambio haber tenido un episodio de aborto previo solo representa un 21.8%.

Si lo comparamos con el presente estudio, el grupo predominante es haber tenido un episodio de aborto previo con un 42.6%, grupo similar al obtenido a nivel internacional y nacional; pero diferente en frecuencia al nivel local, ya que, en este último, el grupo predominante fue no haber tenido nunca un aborto previo.

Las mujeres al haber tenido algún aborto previo, las vuelve de cierta manera con un factor agregado a en un futuro tener otro, esto según las frecuencias de los antecedentes, por ende se resalta la importancia cuidar los factores que aqueje, y continuar el cuidado posterior a este evento fatal.

La tabla 15, acerca del índice de masa corporal (IMC) según la OMS, de las pacientes con diagnóstico de aborto, las que tienen un IMC normal (20 – 24.9) muestra un 24.1% (133 casos), las que tienen un IMC en sobrepeso (25 – 29.9) muestra un 40.9% (236 casos), las que tienen un IMC de obesidad tipo 1 (30 – 34.9) muestra un 25.6% (72 casos), las que tienen un IMC de obesidad tipo 2 (35 – 39.9) muestra un 8.1% (45 casos) y las que tienen un IMC de obesidad mórbida (> 39.9) muestran un 1.3% (9 casos). Un comentario que no se puede desdeñar, es que comparado al estudio previo, los niveles superiores a la obesidad, han incrementado en todas sus variantes, y ha disminuido estado físico del IMC normal, dato preocupante en la actualidad.

Según Moradinazar, si lo comparamos con la estadística internacional, determinó que la gran mayoría de pacientes que presentaron aborto están en el grupo con un IMC en el rango clasificado de sobrepeso en un 40.6% (1952 pacientes), seguido del grupo de obesidad tipo I que muestra un 28.8% (1381 pacientes), posterior el grupo de IMC normal con un 20.1% (965 pacientes), le sigue el grupo de Obesidad tipo II con un 9.4% (452 pacientes) y por último la clasificación de delgadez con un 1.1% (52 pacientes).

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, menciona en su estudio un predominio en pacientes con aborto espontáneo con un IMC \geq 30 con un 35% (28 pacientes), seguido del grupo de gestantes con un IMC \geq 25 que representa un 33.8% (27 pacientes), posterior el grupo de embarazadas IMC en el rango normal con un 30% (24 pacientes) y finalmente el grupo de pacientes con un IMC $<$ 18.5 con un 1.3% (1 paciente).

A nivel local, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontáneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, se obtuvo que el 40,5% del total de pacientes presentaron normopeso, seguido por el 37,4% que presentaron sobrepeso, un 0,5% presentaron desnutrición; y lo restante presentaron obesidad clasificada según el grado, ósea un 15,9% los de grado I, 4,2% los de grado II y 1,5% los de grado III.

Los niveles de las investigaciones internacional y nacional, nos indican que hay una predominancia en el rango de sobrepeso de las pacientes con diagnóstico de aborto, con un 40.6% y un 33.8%, respectivamente; muy diferente al obtenido a nivel local, donde el grupo predominante son las mujeres con normopeso con un 40.5%.

En comparativa con el estudio presente, donde el grupo predominante son las pacientes con sobrepeso con un 40.9%, resultado similar al obtenido a nivel internacional y nacional, pero totalmente diferente al obtenido a nivel local; ya que las pacientes con normopeso ha disminuido su frecuencia en casi la mitad,

siendo actualmente un 24.1%, mientras que antes eran un 40.5%; en cambio las mujeres con sobrepeso con diagnóstico de aborto espontáneo son un 40.9%, mientras que antes solo eran un 37.4%, sin mucha diferencia.

Esta variable es muy importante ya que Tacna como ciudad, se encuentra entre las principales ciudades del país donde se observa un incremento de la obesidad. Y descubrir que ha habido un incremento en 5 años en la obesidad y sobrepeso, pone en manifiesto que hay aspectos de la salud que se están relegando y apareciendo otros nuevos.

La tabla 13, acerca del antecedente de amenaza de aborto en la misma gestación por la acude a emergencia. De las pacientes con diagnóstico de aborto al ingreso y durante su hospitalización, las que si tienen este antecedente son en un 29.4% (107 casos), y las que no tienen este antecedente en la misma gestación son en un 70.6% (447 casos). Mostrando como grupo predominante al no referir este incidente durante la misma gestación.

Según Rodrigues-Blanco, si la comparamos con la estadística internacional, se estima en caso de las gestantes con diagnóstico de aborto, que el grupo más frecuente son las que no han padecido el antecedente de aborto en la misma gestación con un valor de 67.7%; mientras que, por el otro lado, las que si padecieron el antecedente de amenaza de aborto mientras estaban gestando, son en un 32.3% de frecuencia.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, el Dr Sánchez J., con una investigación realizada el 2020 en Lima, menciona en caso de las gestantes con diagnóstico de aborto, que el grupo más frecuente son las que no han padecido el antecedente de aborto durante la misma gestación con un valor de 60.7%; mientras que, por el otro lado, las que si padecieron este antecedente de amenaza de aborto mientras estaban gestando, son en un 39.3% de frecuencia.

A nivel de nuestra localidad, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontaneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, en mujeres con diagnóstico de aborto no provocado; que el grupo más frecuente son las que no han padecido el antecedente de aborto durante la misma gestación con un valor de 86.3%; mientras que, por el otro lado, las que si padecieron este antecedente de amenaza de aborto mientras estaban gestando, son en un 13.7%.

Se puede observar que hay similitud clara entre estos 3 antecedentes internacional, nacional y local, ya que este antecedente solo se encontró presente en 32.3%, 39.3% y 13.7%, respectivamente, de las gestantes que acudieron al nosocomio. Lo resaltante podría ser que, a nivel local, frente a los otros dos, hay una diferencia entre el doble del valor, considerándolo con un valor que no tiene implicancia en la instauración o no de un aborto espontaneo.

El presente estudio, muestra un contexto algo diferente, siendo las pacientes que padecieron este incidente durante su gestación en un 29.4% de

casos, más aún si tomamos en cuenta el estudio local previo, ya que el valor era muy inferior al actual; contrastando que ha habido un cambio en los factores que están emergiendo actualmente y ocasionando este incremento de casos. Pero en comparativa a los naciones e internacionales, guarda un poco de relación, si bien no son niveles muy semejantes, pero mantienen la línea de frecuencia.

Que haya habido un cambio en la estadística, demuestra que las mujeres están sufriendo las consecuencias que se han producido por estos 5 años que han pasado, por ende, las investigaciones deben profundizar en el tema. Más aun si ya presento un episodio de amenaza de aborto durante la gestación, esto podría ser como un aviso que advierte le venida las futuras complicaciones, tanto para la madre como para el producto.

La tabla 14, acerca del periodo intergenésico como factor de frecuencia para un aborto espontaneo. De las pacientes con diagnóstico de aborto al ingreso y durante su hospitalización en el nosocomio, las que un periodo intergenésico menor a 1 año es en un 37.0% (205 casos), las que un periodo intergenésico entre 1 a 3 años son en un 23.4% (130 casos), y por último, las que un periodo intergenésico mayor a 3 años son en un 23.0% (127 casos). Mostrando como grupo predominante al grupo de mujeres con un periodo intergenésico menor de 1 año.

Según Lopez-Hernandez, si la comparamos con la estadística internacional, se estima que las mujeres con un periodo intergenésico menor a

un 1 año, son las que tienen más riesgo, con una frecuencia del 43.7% de casos; en cambio las gestantes con un periodo intergenésico mayor de 3 años mantienen valores del 35.4% en frecuencia de casos; y por último, el grupo menos frecuente, las mujeres que se embarazaron de entre 1 a 3 años después de la última gestación resultaron en un 20.9%, estudio realizado en diferentes hospitales de referencia a nivel de México durante el 2018.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, la Dra. Aroquipa, con un estudio realizado en Arequipa el 2019, se menciona que las mujeres con un periodo intergenésico menor a un 1 año, son las que tienen más riesgo, con una frecuencia del 37.1% de casos; en cambio las gestantes con un periodo intergenésico mayor de 3 años mantienen valores del 38.5% en frecuencia de casos; y por último, el grupo menos frecuente, las mujeres que se embarazaron de entre 1 a 3 años después de la última gestación resultaron en un 24.4%.

A nivel local, no hay ninguna investigación que aborda la frecuencia del periodo intergenésico; ya que solo son 3 tesis que se han hecho a nivel local, pero no se contempla esta variable.

De esto podemos deducir que los 2 antecedentes de investigación, el internacional y nacional no concuerdan en indicar cual es el grupo más afectado esta entre estas gestantes, ya que hay una diferencia leve, pero se ve reflejado en la variante del grupo predominante. Ya que el estudio internacional sitúa como al más frecuente, a las mujeres con periodo intergenésico menor de 1 año con

un 43.7%; todo lo contrario al estudio nacional, que sitúa como grupo más predominante a las mujeres con un periodo intergenésico de mayor de 3 años con un 38.5%. Si bien como se menciona, no es mucha diferencia, e incluso podría guardar relación entre estos estudios, hay diferencia de predominancia.

En comparativa de estos antecedentes con la presente investigación, hay relación con el estudio internacional, ya que ambos sitúan como grupo predominante a las mujeres con un tiempo intergenésico menor de 1 año, todo lo contrario, con el estudio nacional. Donde se revela que mantiene los mismos niveles de investigación y resultados.

El tiempo de espera de una puérpera, para que pueda engendrar otro ser vivo es importante, ya que, si lo hace en menos de 1 año, no permite a su cuerpo recuperar el estado óptimo, por ende la hace susceptible a posibles complicaciones; al igual que si es mayor a 3 años el tiempo de espera, el cuerpo pierde capacidades para poder contener un nuevo ser vivo a futuro.

La tabla 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 evalúan en conjunto como ciertas patologías relacionadas al ambiente gineco-obstétrico, que pudieran relacionarse como factor de riesgo para producir un aborto espontáneo. Como, por ejemplo, las infecciones urinarias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, patología tiroidea, infección de transmisión sexual, flujo vaginal, miomas uterinos, y anemia. La infección urinaria, dentro de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo son en un 30.3% (168 casos) y las que no tuvieron

infección urinaria son en un 69.7% (386 casos). De las pacientes con diagnóstico de aborto no provocado, las que padecían diabetes mellitus son un 9.6% (53 casos) y las que no tuvieron esta patología representan en un 90.4% (501 casos). De las pacientes con diagnóstico de aborto espontaneo, las que padecían hipertensión arterial son en un 6.8% (38 casos) y las que no tuvieron esta patología representan en un 93.2% (516 casos). De las pacientes con diagnóstico de aborto espontaneo, las que padecían alguna patología tiroidea son en un 4.1% (23 casos) y las que no tuvieron esta patología representan en un 95.9% (531 casos). De las pacientes con diagnóstico de aborto no provocado, las que padecían alguna enfermedad de transmisión sexual son un 7.1% (40 casos) y las que no tuvieron esta patología representan en un 92.4% (514 casos). De las pacientes con diagnóstico de aborto espontaneo, las que padecían flujo vaginal son un 4.5% (25 casos) y las que no tuvieron esta patología representan en un 94.5% (529 casos). De las pacientes con diagnóstico de aborto espontaneo, las que padecían miomas uterinos son 10.9% (61 casos) y las que no tuvieron esta patología son en un 89.1% (493 casos). De las pacientes con diagnóstico de aborto espontaneo, las que tenían también diagnóstico de anemia son 35.2% (195 casos) y las que no tuvieron esta patología son en un 64.8% (359 casos). Siendo el no padecer estas enfermedades concomitantes como grupo predominante dentro de cada una.

Según Rodrigues-Blanco, si la comparamos con la estadística internacional, se estima en caso de las gestantes con diagnóstico de aborto,

concluyen que las patologías concomitantes al momento del diagnóstico más frecuentes son la hipertensión arterial, anemia e infecciones vaginales, con unos datos de frecuencia de 27.8%, 34.8% y 25.9%, respectivamente, que según sus variables estadísticas, resultaron ser considerados como factor de riesgo; y las otras patologías como la infertilidad, diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria pélvica, patología tiroidea y otras aún mucho menos frecuentes.

Por otro lado, comparándolo a nivel nacional, el Dr Sánchez J., con una investigación realizada el 2020 en Lima, menciona que las infecciones urinarias se deben considerar como factor para aborto espontaneo, ya que los datos encontrados por este estudio son que las gestantes que concomitantemente ingresaron con este diagnóstico son en un 35.8%. Otro estudio a nivel nacional, menciona que la anemia debe considerarse como factor de riesgo, ya que se estima estadísticas de un 37.5% de las gestantes con este diagnóstico. En cambio, patologías como enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones vaginales, diabetes e hipertensión; no son considerados como factores de riesgo según estos 2 estudios nacionales, además de tener una disminuida frecuencia frente a los que si se pueden considerar.

A nivel de nuestra localidad, en una investigación realizada por Ticona L., donde estudió al aborto espontaneo en el año 2018-2019, en el Hospital Hipólito Tacna, en mujeres con diagnóstico de aborto no provocado; manifiesta resultados por los que se debe considerar a la infección urinaria y anemia como factores de riesgo, con valores de frecuencia de 18.9% y 31.8%,

respectivamente. En cambio, las otras patologías en estudio fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades de transmisión sexual, no fueron tan frecuentes como las anteriores.

Contrastando estos 3 niveles de estudios, hay enfermedades con las que concuerdan para ser considerados como una elevada frecuencia, como la anemia e infecciones urinarias; pero también se pueden agregar otras que si bien son considerados como factor de riesgo para cierto nivel de investigación, para otras no son consideradas como factor de riesgo, es el caso de las infecciones vaginales e hipertensión arterial. Creando la posibilidad de que estas aisladas enfermedades concomitantes puedan ser frecuentes por el contexto en el que se hizo el estudio.

Si lo comparamos con el presente estudio, se podría decir que hay una concordancia de factores de frecuencia, ya que también se considera como factor con elevada frecuencia a la anemia e infección urinaria, en concordancia con los antecedentes ya mencionados; en el presente estudio, fueron la anemia con un 35.2% y las infecciones urinarias con un 30.3%, comparado al 31.8% y el 18.9%, respectivamente. Mostrando que en estos 5 años que han pasado se han incrementado sus frecuencias, pero en el caso específico de las infecciones urinarias, han llegado a casi duplicar su valor. En cambio, con los estudios a nivel internación y nacional, son similares en frecuencia.

Resalta la importancia de que a la gestante en cada control se le realice los exámenes oportunos según el esquema ya establecido, ya que es la única forma de diagnosticar estas patologías, además de lo que nos refiera en síntomas la misma paciente.

CONCLUSIONES

1. Se determinó una frecuencia de 19.1% del aborto espontáneo durante el 2023, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
2. En los factores sociodemográficos presentes en pacientes con el aborto espontáneo, las mujeres jóvenes de 18 a 25 años, convivientes y comerciantes fueron las características más frecuentes en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con el diagnóstico de aborto espontáneo.
3. Dentro de las características médico-gineco-obstétricas presentes en pacientes con el diagnóstico de aborto espontáneo, las mujeres con 02 gestaciones previas, sin antecedente de cesárea, legrado uterino o parto prematuro, cantidad de 01 aborto previo, con edad gestacional menor de 12 semanas, en sobrepeso, sin antecedente previo de amenaza de aborto en la misma gestación y periodo intergenésico menor de 01 año fueron las características más frecuentes en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con el diagnóstico de aborto espontáneo.
4. Dentro de las características clínicas; la variante de aborto incompleto y no padecer patologías concomitantes fueron las características más frecuentes en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con el diagnóstico de aborto espontáneo.

RECOMENDACIONES

1. Resaltar la importancia de la concientización a la comunidad sobre los peligros que implica el aborto mediante campañas de educación sexual, llevando información adecuada sobre la planificación familiar y métodos anticonceptivos gratuitos.
2. Realizar investigaciones de características similares en otros centros hospitalarios de la región, para tratar de contemplar a toda la región de Tacna, ya que el tipo de población que se maneja suele ser diferente al que se realiza en otros lugares.
3. Estudiar con mayor profundidad las características epidemiológico-clínicas que tengan mayor relevancia, con el objetivo de poder realizar una prevención a futuro tanto primaria como secundaria con especial énfasis en aquellas características que sean modificables.
4. Se sugiere seguir trabajando de forma conjunta con nutrición y áreas afines, para identificar a aquellas gestantes con algún grado de obesidad con el fin de lograr que lleven un régimen nutricional adecuado para mantener un peso dentro de lo esperado durante el embarazo. Y aquella población que se encuentra en el grupo de madres potenciales, incidir mediante charlas educativas, campañas de salud nutricional en la importancia de tener un buen hábito alimenticio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ajmal M, Sunder M, Akinbinu R. Abortion. [Sede Web]. National Institutes of Health. EEUU. StatPerarls. January 2023 [citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518961/>
2. Organización mundial de la salud. Aborto [Sede Web]. Organización mundial de la salud. 2024 [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/abortion>
3. Olivio L, Galarza J, Olivio J, Tapia V. Aborto recurrente: etiología, diagnóstico y tratamiento. RECIAMUC. 4 de junio de 2019. 443-463(1). DOI: 10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.443-463
4. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. [Sede Web]. National Institutes of Health. EEUU. StatPerarls. 27 June 2022 [citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
5. Alves C, Jenkins SM, Rapp A. Early Pregnancy Loss (Spontaneous Abortion). [Sede Web]. National Institutes of Health. EEUU. StatPerarls. 12 October 2023 [citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>
6. Organización mundial de la salud. Aborto/Conceptos [Sede Web]. Organización mundial de la salud. 2024. [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

7. Inacio K, Rangel J, Barbosa L. Revisão sistemática sobre fatores relacionados a aborto espontâneo. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218. (4) 1-14. 29 de enero de 2023 [citado 12 de enero de 4]; Disponible en: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2576>
8. Perez N, Ostojic S, Kapovic M, Peterlin B. Systematic review and meta-analysis of genetic association studies in idiopathic recurrent spontaneous abortion. *Fertility and Sterility*. 1 de enero de 2017. 107(1):150-159.e2. DOI: <https://www.fertstertdialog.com/users/16110-fertility-and-sterility/posts/12553-22260>
9. Devall AJ, Coomarasamy A. Sporadic pregnancy loss and recurrent miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 de noviembre de 2020;69:30-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.09.002>
10. Avila M, Vadillo-Ortega F. Aborto recurrente. Una revisión. ISSN. Marzo 2014;4(4) 124-132 DOI: aborto.pdf (uas.edu.mx)
11. Galdos M. Aborto y sus variantes en el hospital Goyeneche, año 2020 a 2021. Tesis para titulación de Médico cirujano. Arequipa, Perú. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2021.
12. Calle L. Características epidemiológicas y obstétricas del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital II-2 de Sullana, enero-junio del 2018. Tesis para titulación de Médico cirujano. Piura, Perú. Universidad César

- Vallejo. 2018; Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26080>
13. Aroquipa L. Factores de riesgo para aborto espontáneo en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Aplao 2019. Tesis para titulación de Médico cirujano. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María. 24 de junio de 2020. Disponible en:
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10090>.
14. Ramos J. Factores sociodemográficos y clínicos relacionados al aborto espontáneo en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2021. Tesis para titulación de Médico cirujano. Ica, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista; 2022. Disponible en:
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4390>
15. Martínez M. Variables asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro, durante el periodo 2018. Tesis para titulación de Médico cirujano. Ica, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en:
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3232>
16. Sanchez J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, durante el periodo Agosto-Diciembre del 2012. Tesis para titulación de Médico cirujano. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. 2013. Disponible en:

<https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d90a7c9d-7c79-4685-b4fe-dd0026e2b835/content>

17. Murillo C. Factores socioculturales y gineco-obstétricos asociados al aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna periodo 2004-2009. Tesis para titulación de Médico cirujano. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. 2006.
18. Ovalle V. Factores de riesgo asociados a aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ica-Perú en el periodo 2019. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad privada San Jaun Bautista. 2020. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2844698>
19. Sánchez J. Factores asociados al aborto en adolescentes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales de abril 2019 a abril 2020. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3168>
20. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española-Edición del Tricentenario. [Sede Web] [citado 24 de enero de 2024]. abortar | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/abortar>
21. ESHRE Capri Workshop Group. Induced abortion. Human Reproduction. EEUU. 1 de junio de 2017;32(6):1160-1169. DOI:10.1093/humrep/dex071
22. Grados K. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional de Huacho - 2021. Tesis para

- titulación de Médico cirujano. Huacho, Perú. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2022
23. Chavez R. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba-San Martín 2014. Tesis para titulación de Médico cirujano. Punchaca, Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4056>
24. Bendezu A. Factores asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo 2019. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2020. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ_ad9c1a9eeed99adce6d17809ef2b4a5a
25. Carhuamaca D. Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla, julio a diciembre del 2020. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3532>
26. Castro C. Factores relacionados al aborto incompleto en mujeres fértiles del servicio de Gineco-obstetricia del hospital José Agurto Tello 2019. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2020. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2905>

27. Lopez-Hernandez D. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontaneo. Revista Internacional de Salud Materno Fetal [Sitio Web]. diciembre de 2020 [citado 12 de enero de 2024];5(4). Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/193/223?inline=1>
28. Taquire V. Factores de riesgo para abortos espontáneos en pacientes que acuden al hospital Sergio E. Bernales en el año 2017, Lima-Perú Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2020. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2940>
29. Leiva D. Factores de riesgo de aborto recurrente en gestantes del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales en el 2018 y 2019. Lima – Perú. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2020. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2616>
30. Lopez JM. Factores socio-demográficos y gineco-obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de ginecología del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, período enero-abril 2016. Tesis para titulación de Médico cirujano. Piura, Perú. Universidad César Vallejo. 2017. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/16941>
31. Aquije E. Factores de riesgo a aborto espontáneo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Septiembre 2015-Agosto 2016. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2019.

32. Lepage J, Luton D, Azria E. Abortos espontáneos iterativos. EMC - Tratado de Medicina. 1 de septiembre de 2015; 19(3):1-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(15\)72797-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(15)72797-2)
33. Ho AL, Hernandez A, Robb JM, Zeszutek S, Luong S, Okada E, et al. Spontaneous Miscarriage Management Experience: A Systematic Review. Cureus. 19 de abril de 2022 [citado 12 de enero de 2024];14(4). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/89497-spontaneous-miscarriage-management-experience-a-systematic-review>
34. Ciriaco A. Factores de riesgo para aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad del Hospital Rezola en el periodo enero – diciembre del año 2018. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2019. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2214>
35. Salazar I. Factores epidemiológicos del aborto en pacientes atendidas en el departamento gineco - obstetricia en el Hospital de San Juan de Lurigancho, Lima - Perú durante el periodo julio - diciembre 2016. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2017. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/1266>
36. Carpio J. Características clínicas y epidemiológicas del aborto en las mujeres adultas y adolescentes en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2013. Tesis para titulación de Médico cirujano. Arequipa, Perú. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2014. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4277>

37. Sanchez D. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con aborto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2019. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2020.
38. Mendez R. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia, Hospital La Caleta, 2018. Tesis para titulación de Médico cirujano. Nuevo Chimbote, Perú. Universidad San Pedro. 21 de marzo de 2019. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe//handle/USANPEDRO/9172>
39. Ramos KA. Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2019; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2844292>
40. Melendez RE. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del Cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019. Babahoyo:UTB-FCS, 2019; 2019. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6491>
41. Blanco CLR. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Revista Médica Multimed. 2020; 24(6)1-17
42. Awal DrM, Sazzad J, Khatun F, Haque, Hossain G. Incomplete Abortion and Associated Risk Factors of the Patients Admitted in Rajshahi Medical College Hospital, Rajshahi, Bangladesh. Journal of Statistical Sciences. 1 de enero de 2019;18:77-86.

43. Gebretsadik A. Factors Associated with Management Outcome of Incomplete Abortion in Yirgalem General Hospital, Sidama Zone, Southern Ethiopia. *Obstetrics and Gynecology International*. 20 de septiembre de 2018(2018):e3958681. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/3958681>
44. Patiño E, Porzio M. Frecuencia de abortos espontáneos en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Clínicas. *Medicina Clínica y Social*. 1 de mayo de 2021;5(2):76-9.
45. Moradinazar M, Najafi F, Nazar ZM, Hamzeh B, Pasdar Y, Shakiba E. Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study. *Journal of Pregnancy*. 27 de abril de 2020;2020:e4871494.
46. Mattos SB. Causas relacionadas ao aborto espontâneo: uma revisão de literatura. UNESC. Criciúma-SC. 27 de agosto de 2015. Disponible en: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/3300>
47. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of Spontaneous Abortion. University of Illinois College of Medicine at Peoria, Peoria, Illinois. *afp*. 1 de octubre de 2005;72(7):1243-50. www.aafp.org/afp
48. Inga GE. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del Hospital Militar Central en el año 2016. Tesis para titulación de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma. 2017; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5155>
49. Mogrovejo MS. Características epidemiológicas de pacientes con aborto espontáneo en el servicio de gineco-obstetricia Del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero-diciembre 2017. Tesis para titulación

de Médico cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista.
2018; Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/1547>

50. Ticona L. Factores clínicos y obstétricos asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas por el servicio de gineco – obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 – 2019. Tesis para titulación de Médico cirujano. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. 2023; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/a9977f6b-c93e-4cb0-8ce5-16530ce61ad3>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSITENCIA

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, AÑO 2023

AUTOR(ES): Diego Bartolomé Yucra Mamani

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>General:</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto espontaneo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2023?</p>	<p>General:</p> <p>Identificar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con el diagnostico de aborto, durante el año 2023.</p>	<p>General:</p> <p>Por ser un estudio descriptivo no se plantean hipótesis.</p>	<p>Factores de riesgo asociados en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con el diagnostico de aborto, durante el año 2023.</p> <p>Grupo de variables:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datos sociales y demográficos 2. Características médico-gineco-obstétricas 3. Características clínicas 	<p>Diseño</p> <p>Observacional, descriptivo y retrospectivo</p> <p>Población</p> <p>Pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2023.</p> <p>Muestra</p> <p>No se aplica</p> <p>Técnica</p> <p>Revisión del SIP</p> <p>Instrumento</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Estadística</p> <p>Frecuencia absolutas.</p>
	<p>Específicos:</p> <p>Estimar la frecuencia del aborto espontaneo en pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2023.</p>			
	<p>Identificar los factores socio demográficos asociados al aborto espontaneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2023.</p>			
	<p>Identificar los factores medico gineco obstétricos asociados al aborto espontaneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2023.</p>			
	<p>Identificar los factores clínicas asociados al aborto espontaneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2023.</p>			

I. CUESTIONARIO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° de Historia clínica:

DATOS SOCIO-ECONÓMICO-DEMOGRÁFICOS:

1. **Edad:** 12 a 17 años _____ 18 a 30 años _____ Mayor a 30 años _____
2. **Estado Civil:** Conviviente _____ Casada _____ Soltera _____ Otros _____
3. **Ocupación:** Comerciante _____ Ama de casa _____ Estudiante _____ Otros (Especificar) _____

CARACTERÍSTICAS MÉDICO-GÍNECO-OBSTETRICAS:

4. **Gestaciones previas:** Ninguna _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ > 3 _____
5. **Antecedente gineco-obstétrico:** Cesárea _____ Legrado uterino _____ Embarazo ectópico _____ Parto prematuro _____ Ninguno _____
6. **Abortos previos:** Ninguna _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ > 3 _____
7. **Estado Nutricional – IMC (Según OMS):** Delgadez _____ Normal _____ Sobrepeso _____ Obesa _____ Obesidad mórbida _____
8. **Antecedente de amenaza de aborto en la misma gestación:** Si _____ No _____
9. **Periodo intergenésico:** < 1 año _____ 1 – 3 años _____ > 3 años _____

CARACTERÍSTICAS CLINICAS:

10. **Variante de aborto:** Aborto diferido _____ Aborto completo _____ Aborto en curso _____ Aborto incompleto _____
11. **Patología asociada:** Infecciones urinarias _____ Diabetes Mellitus _____ Hipertensión arterial _____ Patología tiroidea _____ ETS _____ Flujo vaginal _____ Miomas _____ Anemia _____ Ninguna _____ Otras _____

II. PERMISOS Y APROBACIONES

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DEL HHUT

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Ejecutiva Regional N°404-2023-GR/GOB.REG.TACNA, otorga

Del Proyecto de Investigación:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2023	CÓDIGO
	14-CIÉI-HHUT-2024

Autoría (es):

DIEGO BARTOLOMÉ YUCRA MAMANI

Dictamen otorgado por: OBST.LUZ MARINA LIENDO CÁCERES, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°142-2023-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos

Vulnera derechos SI NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI NO Escrito SI NO Pertinente SI NO

Impacto Ambiental Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI NO Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 26 de febrero del 2024

Válido hasta el día 26 de febrero del 2025



MED. EDGAR ROGELIO CONCORI COAQUIRA
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



LIC. BEANCA RAQUEL ZEVALLOS DELGADO
Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna

PERMISO PARA USO DE MATERIAL DEL ALMACEN DE ARCHIVOS DEL
HHUT

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas"

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DIRECCIÓN EJECUTIVA

12 FEB. 2024

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE
F.U.T.

TRÁMITE DOCUMENTARIO

REG. N°: 1926
FIRMA: [Firma] -HORA: 12:27

1. NOMBRES Y APELLIDOS: (DATOS DEL SOLICITANTE)

DIEGO BARTOLOME YUCRA MAMANI.

2. D.N.I. :

76621777.

3. DOMICILIO :

Asoc. Virgen de la Asunta Mz E Lt 08

4. DISTRITO :

ALTO DE LA ALIANZA.

- CONSTANCIA DE TRABAJO
 CONSTANCIA DE INCENTIVOS
 PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES
 AUTORIZACIÓN ACCESO INFORMACIÓN
 LICENCIA POR CAPACITACIÓN

- LICENCIA SIN GOCE DE HABER
 USO DE VACACIONES
 LICENCIA MATERNI-PATERNID
 ÓRDENES DE SERVICIO
 OTROS

5. TEXTO

Quisiera ejecutar mi proyecto de tesis pero titulada de Medicina-Cirujana, es que solicito acceso a la información de las historias clínicas de pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, y además de revisión por comité de ética de la institución. Adjunto mi celular: 964778196 y correo electrónico: dyucram@unjbg.edu.pe.

6. ADJUNTA :

- COPIA D.N.I.
 RECIBO DE PAGO
 OTROS:

7. FIRMA

[Firma manuscrita]

PERMISO PARA ACCESO A UNIDAD DE ESTADÍSTICA DEL HHUT

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín"

**GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DIRECCIÓN EJECUTIVA**

27 FEB. 2024

TRAMITE DOCUMENTARIO

REG. N°: 2598
FIRMA: [Firma] HORA: 14:26

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE
F.U.T.

1. NOMBRES Y APELLIDOS: (DATOS DEL SOLICITANTE)

DIEGO BARTOLOMÉ YUCRA MAMANI

2. D.N.I. :

76621777

3. DOMICILIO :

Asoc. Virgen de la Asunta Mz E Lt 08

4. DISTRITO :

Alto de la Alonzo

- CONSTANCIA DE TRABAJO
- CONSTANCIA DE INCENTIVOS
- PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES
- AUTORIZACIÓN ACCESO INFORMACIÓN
- LICENCIA POR CAPACITACIÓN

- LICENCIA SIN GOCE DE HABER
- USO DE VACACIONES
- LICENCIA MATERNI-PATERNID
- ÓRDENES DE SERVICIO
- OTROS

5. TEXTO

Perteneciendo a la UCHB, estoy realizando un trabajo de investigación para mi tesis, por la cual requiero solicitar acceso a datos de información de la Unidad de estadística e informática. Se solicita anexar el listado de número de pacientes de historias clínicas atendidas desde enero a diciembre del 2023 con el diagnóstico de Aborto no provocado espontáneo (O6-10:003) en el servicio de Gineco-Obstetricia.

Celular: 964 778196 correo: dyucrom@uchb.edu.pe

6. ADJUNTA :

- COPIA D.N.I.
- RECIBO DE PAGO
- OTROS:

7. FIRMA

[Firma]

ATENDIDO
28/02/24
[Firma]