

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Obstetricia**



**“MOTIVOS QUE CONLLEVAN AL ABORTO INCOMPLETO
EN EL HOSPITAL II HUAMANGA-ESSALUD. FEBRERO-
JULIO 2017”**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

PRESENTADO POR: LÓPEZ TODELANO, Yeny Rocío

GÓMEZ HUAYNALAYA, Tania

ASESORADO POR: Obsta. Héctor D. Velarde Valer

AYACUCHO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Agradezco en primer lugar a Dios por brindarme toda su bendición y ser maravilloso que me diera fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar.

A mi padre:

Walter y mi abuela Julia quienes guiaron mis pasos con su apoyo incondicional, por su comprensión, por sus palabras de aliento y sobre todo por su confianza en mí.

A mi hija Daphne que es la razón de vivir, esperanza del mañana.

YENY ROCIO LOPEZ TODELANO

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y fortalecerme para continuar en el sendero de la vida, iluminar mi camino y lograr cumplir mis metas.

A mi amada madre quien con sus palabras de aliento nunca me dejó decaer, supo guiarme por el buen camino y darme fuerza para seguir adelante.

Gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi, gracias por cada una de tus palabras que me guiaron durante mi vida.

A mis hermanos Roy y Renzo con mucho cariño por estar siempre presentes y quienes fueron un gran apoyo emocional.

Gratitud con infinito cariño y amor a mi novio Piter, quien me apoyó y alentó en todo momento brindándome su amor, paciencia y comprensión.

TANIA GÓMEZ HUAYNALAYA

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga, a la plana Docente y Administrativo de la Escuela Profesional de Obstetricia por habernos acompañado en nuestra trayectoria como estudiantes, brindándonos su orientación con ética y profesionalismo en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación profesional.

A nuestro asesor Héctor Danilo Velarde Valer, agradecemos por su apoyo, dedicación, aportes, experiencias y llamadas de atención enmarcadas en torno a la investigación.

A nuestras jurados: Mg. Clotilde Prado Martínez, Mg. Elsa Fuentes Nolazco, Mg. Luz Amelia Boada Fajardo, nuestros agradecimientos infinitos, por todo su apoyo desinteresadamente, por sus orientaciones, su paciencia y motivación han sido fundamentales en la ejecución del presente trabajo de investigación.

Gracias a todas las personas que de una u otra forma fueron claves en la ejecución de nuestro trabajo de investigación.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	Pág.
1.1 Planteamiento del Problema	09
1.2 Formulación del Problema	11
1.3 Objetivos	12

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Estudio	13
2.2 Base Teórica Científica	19
2.2.1 Aborto	19
2.2.2 Clasificación del Aborto	19
2.2.3 Etiología del Aborto	19
2.2.4 Tipos de Aborto	20
A) Aborto Espontáneo	20
B) Aborto Provocado	20
2.2.5 Clasificación Clínica del Aborto	21
2.2.6 Curso Clínico del Aborto	21
2.2.7 Aborto Incompleto	26
2.2.8 Curso Clínico del Aborto Incompleto.	27
2.2.9 Aborto Provocado	29
2.2.10 Consecuencias a Largo Plazo del Aborto Provocado.	32
2.2.11 Prevalencia del Aborto Hospitalario.	34
2.3 Hipótesis	36
2.4 Definición de Conceptos Operativos	37

CAPITULO III

METODOLOGÍA	40
-------------	-------	----

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	.....	43
▪ CONCLUSIONES	.....	74
▪ RECOMENDACIONES	.....	76
▪ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....	77
▪ ANEXO	.....	80

INTRODUCCIÓN

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación (o cuando el producto de la concepción tiene un peso menor a los 500 gramos)¹. Esta puede presentarse de manera espontánea o puede ser provocada. La forma espontánea representa el 10 al 20% de todos los casos; mientras que el aborto provocado representa un alto porcentaje, de 25%, y se practica en forma ilegal en nuestro país. Ésta puede ser provocada por la misma mujer o por intervención de terceras personas; pero lo hacen motivadas por una o varias situaciones, que pueden ser personales, por influencia de la pareja, motivos laborales y/o económicos². Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de las mujeres llegan a un establecimiento de salud con diagnóstico de aborto incompleto como también da a conocer que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, la gran mayoría de ellos ocurren en países en desarrollo; de los cuales 47,000 provocan defunciones y más de 5 millones de mujeres que ingresaron a hospitales como consecuencia de un aborto peligroso donde

presentaron complicaciones³.

El propósito de la presente investigación se debe a que en los últimos años se observa un incremento alarmante de casos de aborto incompleto en nuestro medio, por ello llegamos a conocer los motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud entre los meses de febrero a julio del 2017 por lo que se aplicó una entrevista directa según la ficha de datos a 73 mujeres gestantes. En el 74% (54) de las gestantes el aborto fue provocado; de las cuales, el 28,8% (21) se debió a motivos personales, el 19,2% (14) a motivos relacionados con la pareja y el 9,6% (7) por motivos económicos. El 26% (19) restante fue aborto espontáneo, donde el 21,9% (16) manifestaron que el aborto incompleto se debió a otros motivos como son: “no sabía que estaba embarazada, tuvo fuerte discusión, sufre de aborto habitual, infección urinaria, por mioma uterino, por caída”. Estos resultados nos permitirán elaborar la propuesta que conlleve a la disminución de los casos de aborto incompleto en dicho Hospital, enfocándonos en la orientación y consejería sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos eficaces y modernos.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre el 2010-2014, en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años. El 25% del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo como en América Latina y Caribe que en las desarrolladas. Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en desarrollo. Se calcula que en el 2008 se produjeron 47.000 defunciones a causa de abortos peligrosos. Cada año, 5 millones conllevan complicaciones, entre ellas: aborto incompleto, hemorragias, infecciones, perforación uterina, daños en el tracto genital y órganos internos³.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mitad

de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, y 1 de cada 9 mujeres recurren al aborto como única solución posible⁴.

En un estudio hecho por Castañeda-Molina (Cuba, 1999) encontró que el aborto provocado es más frecuente en las edades entre 16-40 años, por la poca preparación psicológica, social y biológica que tiene la mujer para enfrentar el nacimiento de un hijo. El aborto provocado es utilizado en otros grupos sociales tales como mujeres con bajo nivel de instrucción, que no tienen pareja estable o que no poseen condiciones apropiadas de vivienda, como método de control de la natalidad; en muchas ocasiones porque no conocen o no usan los métodos anticonceptivos existentes, a pesar de ser técnicas difundidas desde épocas inmemoriales y que se han desarrollado tecnológicamente a través del tiempo⁵.

Según las fuentes de información del Departamento de Estadística y el Servicio de Gineco-Obstetricia, en el Hospital II Huamanga EsSalud se observa que acuden a diario mujeres con aborto incompleto, lo que indica que muchas de ellas se someten a procedimientos clandestinos. Pero también acuden los casos complicados por esta práctica ilegal; como son el aborto incompleto y el aborto séptico. Las otras formas de aborto, como la amenaza de aborto, el aborto en curso y el aborto frustrado se presentan en menor número de casos.

Como se sabe, la mayoría de las investigaciones dan a conocer sobre las complicaciones que presentan las mujeres que se someten a un aborto provocado, que en la mayoría de los casos terminan en

aborto incompleto; pero, no se encuentran estudios sobre los motivos que le conllevan a tomar tal decisión. De allí, es que se desea realizar la presente investigación con la finalidad de identificar en estas mujeres que les motiva a tomar la decisión de interrumpir el embarazo. De las conversaciones que se tuvieron con algunas de ellas, dieron a conocer motivos personales, de pareja, laborales y/o económicos; como por ejemplo, el hecho de tener varios hijos, influencia de la pareja para que no lo tenga, falta de comprensión con la pareja, antecedentes de complicaciones en sus embarazos anteriores, ingreso económico bajo, entre otros. Por ello, a través de la presente investigación, se llegó a conocer realmente cuáles fueron los motivos que les conllevaron a presentar aborto incompleto en pacientes que se atendieron en el Hospital II Huamanga EsSalud y de datos que llegamos a obtener a través de una entrevista a profundidad. Lo que nos permitió adoptar estrategias que permitan a futuro disminuir, en este Hospital, los casos de abortos incompletos. En tal sentido, nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles fueron los motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres en el Hospital II Huamanga-EsSalud de febrero a julio del 2017?

1.3 OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, entre los meses de febrero a julio del 2017.

ESPECÍFICOS

- Identificar los motivos personales, relacionado con la pareja y otros motivos específicos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga EsSalud.
- Relacionar el motivo principal del aborto incompleto con: el tipo de aborto, la edad, el número de hijos, nivel de instrucción, ingreso económico mensual, estado civil y la ocupación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

- **Galvis⁶ et al** (Colombia, 2003), en su investigación: “Frecuencia del aborto incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años que llegan a la sección de Gineco-Obstetricia de un hospital de tercer nivel en una ciudad de Colombia en el periodo de marzo y junio del año 2003”. **Objetivo:** establecer la frecuencia de aborto incompleto, los factores asociados y sus complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años en la sección de Gineco-Obstetricia en un hospital de tercer nivel. **Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se aplicaron 30 encuestas semiestructuradas de 20 preguntas en donde se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas de la población, los antecedentes Gineco Obstétricos, el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos y el comportamiento sexual. **Resultados:** de las 30 pacientes que consultaron al servicio de Gineco-Obstetricia por

aborto incompleto, el 83.3% (25 mujeres) no presentaron ningún tipo de complicación el 16.7% (5 mujeres) presentaron infección (aborto séptico), una paciente de 16 años fue sometida a histerectomía por lo cual quedó en estado de infertilidad.

- **Shah⁷ et al** (Pakistan, 2011), en su investigación “La mortalidad materna y la morbilidad del aborto inseguro en un Hospital Universitario de Karachi, Pakistán”. **Objetivo:** Estudio de la mortalidad y morbilidad del aborto inseguro en un Hospital Universitario. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, se llevó a cabo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad III, Del Colegio Médico y Hospital Civil de Karachi de enero 2005 a diciembre 2009. Los datos recopilados fueron relacionados a las características sociodemográficas, las razones y los métodos de aborto, la naturaleza del proveedor y las complicaciones presentadas. Se recogieron tratamiento de 43 mujeres, que fueron admitidos con complicaciones por aborto inseguro. **Resultados:** La frecuencia de los abortos inseguros fue de 1,35% y la tasa de letalidad fue de 34,9%. La mayoría de las mujeres pertenecían a un grupo socioeconómico muy pobre (22/43; 51,2%) y eran analfabetas (27/43; 62,8%). Una familia completa fue la principal razón para la inducción al aborto (14/29; 48,2%), seguido por no estar casada (8/29, 27,5%) y la violencia doméstica en 5/29 casos (17,2%). La complicación más frecuente fue la septicemia (34; 79%), seguido de perforación uterina con o sin perforación intestinal (13, 30,2%) y hemorragia (9; 20,9%). La mayoría

de los abortos inducidos fueron realizados por personas sin capacitación (22/26; 84,6%) en comparación con sólo 3/14 casos (21,4%) de otros abortos involuntarios ($p = 0,0001$).

- **Macas**⁸ (Ecuador, 2013), en su estudio “Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel. Septiembre del 2012 a febrero 2013”. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para lo cual se revisaron los expedientes clínicos, utilizando una hoja cuestionario de recolección de datos, que indagaba información relacionada con el objetivo de determinar la frecuencia de los factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel durante el periodo del 6 de Septiembre 2012 a Febrero 2013. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. El universo estuvo conformado por un total de 633 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Abortos, de los cuales 481 estuvo constituida por expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, mientras que la muestra estuvo representada por 273 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto. Los resultados muestran que el 98,53% en relación con el misoprostol no se auto-medicaron, la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%, el 87,18% procedían de zonas urbanas, el 22,34% tenían dos gestaciones, el 49,08% son nulíparas, el 54,94% sin abortos previos,

el 63,00% sin cesáreas previas, mientras un 79,85% fueron abortos incompletos espontáneos como causa desencadenante.

- **Pérez-Arciniegas⁹**(Venezuela, 2016), en su estudio “Aspectos clínico epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela”. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente el aborto. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital “Gervasio Vera Custodio” Upata- Estado Bolívar, Venezuela, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2013. Se recolectó datos de 207 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto. En el análisis estadístico se aplicó la prueba chi² de Pearson. **Resultados:** Se encontró que la edad prevalente de aborto fue de 21 a 30 años con 42%. La edad gestacional más frecuente de las pacientes fue de 1 a 8 semanas con 50%. De estas 93,5% no cumplieron control prenatal. El tipo de aborto más frecuente fue espontáneo con 98,5%. Se realizó legrado uterino a 97%, de las cuales, 8,5% presentaron complicaciones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la edad materna con la edad gestacional.
- **El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan y Panthfinder Internacional¹⁰** (Lima, 2004), realizaron el estudio titulado “Aborto Clandestino en el Perú. Nuevas evidencias” donde encontraron que 410 mil abortos clandestinos se realizan en el Perú, cifra que supone un aumento de 50 mil casos en comparación con el año 2000; señalando como uno de los principales factores del aumento de abortos, la falta de una política coherente en planificación familiar por

parte del estado. Del total de pacientes hospitalizadas por aborto incompleto, el 39% en provincias y el 12% en Lima habrían quedado embarazadas sin desearlo porque en los centros de salud estatales donde se atendieron no cumplieron con algo tan simple como otorgar las dosis correspondientes de anticonceptivos.

Según este estudio, la cifra de mujeres fértiles que se han practicado el aborto ha aumentado de 5.7%, siendo las mujeres pobres de las ciudades, del campo y las adolescentes las más afectadas. Estas últimas han subido la tasa de embarazo y las muertes maternas por abortos practicados en condiciones inseguras. Otra de las conclusiones a que llegaron fue de que mientras en el 2000, la mayoría de abortos se daba en mujeres entre 25 y 30 años. En el 2004 la mayor frecuencia de abortos se presentó en mujeres de 15 a 20 años. Se indica además que el 56% de todos los embarazos que se producen cada año en el país no son deseados. De ellos, el 53% termina en aborto clandestino.

- **Chávez-Chávez**¹¹ (Ayacucho, 1995), en su investigación “Motivos que Inducen a Someterse a Abortos Ilegales en Mujeres en Edad Fértil- Ayacucho”, realizada en 150 mujeres, encontró que el 34.7% se sometió a esta práctica porque cursaba estudios, el 18% porque refiere tener muchos hijos, el 11.3% porque su pareja lo abandonó; y, en menor porcentaje (4%) se someten al aborto ilegal por falla del método anticonceptivo que estuvo usando y por incomprensión con los padres, respectivamente.

- **Hinostroza- Salazar**¹² (Huanta, 2004), realizaron la investigación “Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado, en mujeres de la ciudad de Huanta”, donde encuestaron a 232 mujeres de la ciudad de Huanta; de las cuales, el 48.1% manifestaron haberse sometido al aborto provocado. Entre los factores que influyeron para que se sometan al aborto, el 18.6% lo hicieron por miedo a sus padres, el 11.3% por presentar problemas con su pareja, el 10.3% porque consideran que tienen varios hijos y porque deseaban continuar con sus estudios, respectivamente; y el 8.2% por influencia de la pareja.
- **Anaya-Apaico**¹³ (Ayacucho, 2007), en su investigación “Motivos que inducen al aborto en mujeres en edad fértil que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Junio-Agosto 2006”, se plantearon como **objetivo**: Conocer los motivos que inducen al aborto en mujeres en edad fértil que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Junio-Agosto 2006. De 120 mujeres en edad fértil atendidas por algún tipo de aborto, el 80% presentó aborto provocado. El aborto incompleto fue el diagnóstico médico más frecuente en el 66.7% de las mujeres en estudio; el 26.7% de las mujeres recurren al aborto provocado porque tienen muchos hijos.

2.2 BASE TEÓRICA CIENTIFICA

2.2.1 ABORTO

Es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gramos¹.

El aborto se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso igual o inferior a 500 gramos o antes de las 22 semanas¹⁴.

Para **Vásquez²⁶ y cols**, el aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.

2.2.2 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

A) ABORTO PRECOZ

Es el que ocurre antes de las 12 semanas.

B) ABORTO TARDÍO

Es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación²⁶.

2.2.3 ETIOLOGÍA DEL ABORTO

- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormonal.

- Enfermedades intercurrentes¹.

2.2.4 TIPOS DE ABORTO

A) ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontáneo se define como la pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable, o sea, a las 22 semanas de gestación. Se denomina aborto precoz a aquel que ocurre antes de las 12 semanas de gestación, correspondiendo al 80% de los abortos espontáneos. El resto ocurre entre las 13 y 14 semanas de gestación y se denominan como abortos tardíos. Esta clasificación tiene cierta utilidad clínica ya que la mayoría de los abortos precoces corresponden a huevos aberrantes o anembrionicos, mientras que los abortos con feto son generalmente tardíos¹⁵.

Se produce por causas naturales. A esta categoría pertenecen también los que son consecuencias de causas externas como por ejemplo los accidentes, traumatismos o enfermedades transmisibles²¹.

B) ABORTO PROVOCADO

También se considera aborto inducido es el que causa intencional o artificialmente, cualquiera sea el método empleado²².

Es la interrupción del embarazo cuando aún el feto no es capaz de sobrevivir por sí mismo fuera del útero y en este caso es provocado por la intervención de las personas. Este se realiza por diversos métodos entre los que están la regulación menstrual, el legrado, la inducción y otros.

2.2.5 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO

Los tipos de aborto pueden ser clasificados en:

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto en evolución o aborto inminente
- Aborto completo
- Aborto diferido o huevo muerto retenido
- Aborto séptico¹⁸.

2.2.6 CURSO CLÍNICO DEL ABORTO

De acuerdo a los signos y síntomas, el aborto es clasificado como amenaza de aborto, aborto inevitable, incompleto, completo, frustrado, séptico, habitual y provocado.

El dolor y la hemorragia son las manifestaciones clínicas principales del aborto. El dolor, se da por la actividad contráctil del músculo uterino para eliminar el producto de la concepción, por lo que se le otorga mayor importancia clínica. Mientras que la hemorragia, en realidad, puede presentarse sin amenaza de aborto, por persistencia de pérdidas menstruales durante el embarazo, pólipos, cervicitis, cáncer cervical, etc.¹⁶

a) Amenaza de Aborto.- Pacientes con antecedentes de amenorrea, a veces con pruebas de laboratorio positivas para el embarazo que presentan pérdida sanguínea vaginal discreta, en forma de manchas o de flujo rosado debido al desprendimiento inicial del huevo; pudiéndose acompañar de molestias en el

hipogastrio o en la región lumbar, con o sin dolor.

Al examen se encuentra útero ocupado, cuello cerrado sin cambios objetivables, vagina ocupada por contenido hemático escaso, secreción mucosanguínea que fluye a través del cuello sin lesiones concomitantes a las cuales se puede atribuir la hemorragia. El aumento de eosinófilos en los controles seriados indica el progreso de la amenaza de aborto hacia las etapas siguientes del aborto en curso, haciendo sombrío su pronóstico y tratamiento¹⁶.

b) Aborto en Curso, Inevitable o Inminente.- El cuadro se acompaña de dolor tipo cólico en la región del hipogastrio con actividad contráctil uterina persistente y objetivable, acompañado de molestias variables en la región sacra. La hemorragia vaginal aumenta progresivamente pudiendo llegar a ser copiosa. Al examen se encuentra útero ocupado, cuello en borramiento con proceso variable de dilatación, vagina ocupada por contenido hemorrágico con coágulos que pueden ocupar el cuello y la cavidad uterina. El aborto prácticamente es inminente. En fases más avanzadas la dilatación cervical es amplia, se produce la rotura de las membranas y al examen se encuentra el huevo que sobresale por el orificio cervical o que esta aprisionado por éste produciéndose en forma inevitable el aborto. La citología vaginal revela desde el principio eosinofilia y leucocitosis, elevando el índice eosinófilo por encima de 40% para alcanzar valores que pasan el 60% haciendo inevitable el curso del aborto¹⁶.

En el aborto en curso, el sangrado y el dolor aumentan y el cérvix se dilata (orificio cervical interno >8 mm). Pueden visualizarse restos ovulares a través del orificio cervical o en vagina si la expulsión del producto ya se ha iniciado²⁶.

c) Aborto Completo.- Se da la expulsión completa del tejido embrionario. Ocurre en aproximadamente un tercio de los casos. Se manifiesta por la desaparición del dolor y del sangrado activo, un útero de tamaño normal y bien contraído con cérvix cerrado.

Diagnóstico: grosor de la línea media uterina <15 mm²⁶. Con frecuencia cuando el aborto se produce en las primeras ocho semanas de gestación, la eliminación del producto y sus anexos es completa, observándose a veces lo que en la práctica se denomina "aborto en bloque". Al examen del material expulsado se encuentra la totalidad del producto y sus elementos constitutivos. El útero contraído, cuello en vías de regresión y la hemorragia muy escasa o nula, seguida después por pérdida del flujo sanguinolento debido a los procesos involutivos.

d) Aborto Incompleto.- En este caso sólo se realiza la expulsión de parte del producto. Generalmente el embrión o el feto son eliminados en el curso clínico del aborto, reteniéndose el resto del huevo y la decidua debido a que la gestación está más avanzada y el anclaje de las vellosidades es ya firme. El examen de material expulsado revela estado fragmentario con falta de alguna de sus partes. El útero se encuentra mal involucionado, el cérvix entreabierto y la hemorragia persistente¹⁶.

Vásquez²⁶, considera que el aborto incompleto es la expulsión parcial de los productos de la concepción, el orificio cervical aparece abierto, pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o asomando por el cérvix, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional. El **diagnostico ecográfico** no siempre es fácil, y se suele utilizar un grosor de la línea media uterina ≥ 15 mm, medida con sonda vaginal.

e) Aborto Frustrado.- También denominado aborto diferido, fallido o retenido, se dice cuando muerto el producto de la concepción no se produce su eliminación, sino que por el contrario es retenido dentro de la cavidad uterina por tiempo prolongado mayor de 4 semanas.

El diagnóstico se hace por la amenorrea, falta de signos que indiquen la evolución del embarazo, útero que no progresa, de acuerdo al tiempo de gestación, ausencia de movimientos y latidos fetales investigados por los ultrasonidos, pruebas inmunológicas de embarazo repetidamente negativas.

Vásquez²⁶, da a conocer que según la imagen ecográfica se distinguen dos tipos:

- a. Aborto diferido, en el que se observa un embrión sin latido.
- b. Gestación anembrionada (“huevo huero”), en el que se observa un saco ≥ 20 mm sin identificarse embrión.

El útero suele ser más pequeño del esperado, generalmente el cérvix está cerrado y no existe sangrado activo. La ecografía es la base del diagnóstico.

f) **Aborto Séptico.**- Es el aborto incompleto complicado con infección. A los síntomas se agrega la evolución febril, que puede acompañarse de síntomas tóxicos muy graves, conducentes al shock séptico. Es una complicación frecuente en el aborto criminal y una de las causas mayores de mortalidad materna en Obstetricia.

Al examen se encuentran los signos y síntomas del aborto, a lo que se agrega la sintomatología del proceso infeccioso: fiebre, escalofríos, pelviperitonitis, síndrome tóxico, hipotensión y colapso.

Si la infección está localizada en la cavidad uterina (es decir, solo los restos embrionarios, la placenta o la mucosa de la matriz están infectados), estamos ante un **aborto infectado simple**. La paciente solo tendrá fiebre, hemorragia y frecuentemente restos ovulares fétidos o malolientes. En estos casos, que afortunadamente son los más frecuentes, el problema médico puede resolver con un rápido e intensivo tratamiento antibiótico y un raspado evacuador del contenido uterino. Si la infección se propaga más allá de los límites del útero (a las trompas, a los ovarios, a los intestinos, al abdomen y pelvis o por la sangre al hígado, riñones o pulmones) el cuadro es el de un **aborto séptico**¹⁶.

Los datos clínicos habituales de éste incluyen: fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia de aspecto purulento. La exploración genital

evidencia un útero blando con cérvix dilatado y un sangrado genital, purulento o no. La analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda. Los gérmenes habitualmente implicados son *Staphylococcus aureus*, Bacilos Gram negativos o algún coco Gram positivo²⁶.

g) Aborto Habitual.- Cuando el aborto se produce en forma sucesiva por tres o más veces se denomina aborto habitual. El aborto repetido en forma habitual constituye una causa severa de infertilidad cuya etiología debe estudiarse prolijamente ya que con frecuencia su etiopatología obedece a causas que permanentemente y que por descuido o falta de diagnóstico dificulta su tratamiento.

Para **Vásquez**²⁶, el aborto habitual, de repetición o recurrente, se refiere a aquella situación en la que se han producido al menos 2 abortos consecutivos o más de 2 alternos, (excluyendo la gestación extrauterina, el embarazo molar y las gestaciones bioquímicas).

2.2.7 ABORTO INCOMPLETO

Es la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través del cuello uterino con modificaciones y sangrado variable. El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y se presenta cuando ocurre la expulsión parcial del producto de la concepción¹⁸.

La OMS expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y

de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países. El aborto puede ser espontáneo o inducido y este a su vez pueden ser completo o incompleto¹⁹.

2.2.8 CURSO CLÍNICO DEL ABORTO INCOMPLETO

a) Cuadro Clínico

Gestación menor de 22 semanas con:

- Dolor abdominal en bajo vientre y/o sangrado vaginal de cuantía variable
- Con o sin cambios cervicales.
- Con expulsión o sin expulsión del producto de la gestación¹.

b) Diagnóstico del Aborto Incompleto

- Sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal).
- Sangrado persistente y de regular cantidad durante 24 horas que pone en peligro la vida de la paciente¹.
- Coágulos sanguíneos expulsados por el útero que son parte del tejido y los productos del embarazo (tejidos fetales, placentarios y líquido amniótico)

c) Exámenes Auxiliares

1. De patología clínica:

- Hemograma (recuento de leucocitos, fórmula leucocitaria,

- hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen de orina.
- RPR (Reagina Plasmática Rápida) o VDRL (por sus siglas en inglés, Venereal Disease Research Laboratory o (laboratorio de investigación de enfermedad venérea).
- Prueba de ELISA (Enzyme Linked Inmunosorbent Assay o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) para VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o prueba rápida para VIH.
- Prueba de confirmación del embarazo (orina, sangre).

2. De imágenes:

Ecografía: revela restos en cavidad uterina o embrión, ausencia de signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento, número de fetos¹. Su realización es obligatoria ante cualquier embarazada con sospecha de aborto²⁶.

Signos ecográficos que permiten de forma inequívoca establecer el diagnóstico de aborto diferido son:

- a. Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud cefalocaudal (LCC) >5 mm.
- b. Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con LCC >3,5 mm demostrada por un evaluador experimentado en condiciones óptimas para la visualización del embrión.
- c. Saco gestacional con un diámetro medio \geq 20 mm sin

evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior.

La presencia de latido cardiaco es la prueba definitiva más precoz de que la gestación es viable. Su detección por ecografía transvaginal es posible incluso desde la aparición del tubo cardiaco 21 días después de la fecundación (al inicio de la sexta semana).

La bradicardia <100 lpm aumenta el riesgo de aborto y, si en una segunda exploración realizada una semana después la bradicardia se mantiene, invariablemente se producirá un aborto espontáneo²⁶.

2.2.9 ABORTO PROVOCADO

Entendiéndose por tal el resultado de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Este se puede dar en un contexto de legalidad o ilegalidad. El aborto provocado (también llamado inducido), es definido por la Organización Mundial de la Salud como el resultado de maniobras practicadas con la finalidad de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona.

El aborto provocado, realizado clandestinamente, es causa de complicaciones graves, sobre todo hemorragias e infecciones. Estas complicaciones pueden llevar a la muerte materna²¹.

- **aborto inducido** es la interrupción premeditada del embarazo antes de que el feto sea viable. Esto implica una acción en la que está presente la voluntad de la mujer embarazada y/o de la persona que la realiza¹⁷.

Dependiendo del objetivo de la interrupción del embarazo, clásicamente podemos distinguir dos situaciones:

- **Aborto provocado**, aborto ilegal o criminal, en el cual el único fin es la interrupción del embarazo por razones estrictamente personales de la madre.
- **Aborto inducido legal**, en el cual existen las mismas motivaciones personales anteriores, pero que está permitido por la ley.

Con el desarrollo de la medicina y los avances en torno a un mejor diagnóstico prenatal de problemas genéticos y congénitos, y con la implementación de nuevas tecnologías en el terreno del tratamiento de la infertilidad, han surgido nuevas situaciones que modifican esta clasificación¹⁷:

- **Aborto libre**, realizado bajo el supuesto de que la mujer tiene derecho a interrumpir el embarazo por razones personales, especialmente cuando el embarazo no es deseado.
- **Aborto eugenésico**, cuando se elimina el feto porque hay una alta probabilidad o certeza de que va a nacer con defectos importantes o no va a sobrevivir una vez que nazca.

- **Aborto terapéutico o por razones médicas**, que se practica con el fin de preservar la salud o la vida de la madre en aquellos casos en que la continuación del embarazo podría incrementar a niveles críticos el riesgo de muerte materna. Así como esta clasificación se da por los avances de la medicina, por la misma razón debieran ser casi excepcionales los casos en que se interrumpe el embarazo por esta causa.
- **Aborto por motivaciones mixtas**, se realiza cuando existe la necesidad de eliminar embriones en embarazos múltiples producidos por fertilización in vitro o por métodos inductores de ovulación¹⁷.

a) Complicaciones del Aborto Provocado

Numerosas son las complicaciones que pueden producirse en el aborto más frecuentes y peligrosos se presentan en el aborto provocado; ya de por sí el aborto incompleto, el aborto séptico y el aborto frustrado son complicaciones en el curso del aborto, que requieren atención especial, pero, además de estas existen otras complicaciones que pueden agravar el cuadro clínico en forma severa destacando las siguientes:

- **La hemorragia** denominado el cuadro en forma grave que puede colapsar a la paciente exponiéndola al shock y sus graves consecuencias. Los traumatismos causados por maniobras abortivas, o la exploración instrumental incluyendo perforaciones

uterinas, pueden producirse en zonas muy vascularizadas originando la rotura de vasos que mantienen el cuadro hemorrágico y predisponen a la infección consiguiente.

- **La infección** agregada al proceso es una complicación temible, que puede empezar acompañado de alza térmica y continuarse con taquicardia, hipotensión, signos tóxicos, trastornos de la conciencia y terminar en shock séptico o endotóxicos que compromete gravemente la vida de la paciente.
- **La gangrena gaseosa y el tétano** son infrecuentes como complicaciones muy graves del aborto, especialmente en casos de maniobras abortivas. En el mismo caso se encuentra la embolia gaseosa y la embolia del líquido amniótico. Las complicaciones del aborto puede ser causa de la infertilidad; entre otros muchos motivos por endometritis, obstrucción de trompas uterinas y adherencias entre las paredes uterinas (Síndrome de Asherman).

2.2.10 **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL ABORTO PROVOCADO**

A) **ORGÁNICAS**

Son propias de las maniobras mismas y de las complicaciones que de éstas se derivan:

- **Infertilidad** por pérdida del útero debido a una histerectomía en el caso de una metritis grave o un shock séptico, por síndrome de Asherman, secundario a un legra-

do muy vigoroso o por legrado sin tratamiento antibiótico previo, por un síndrome adherencial en la cavidad pelviana producto de una peritonitis severa, etc. (Verhoeve y Cols, 2008).

- **Embarazo ectópico** secundario a un factor tubo peritoneal por inflamación pelviana grave.
- **Algia pelviana crónica**, como consecuencia de una peritonitis o una perforación uterina.
- Aumento de la incidencia de parto prematuro en embarazos posteriores, especialmente por incompetencia cervical, secundaria a maniobras abortivas con dilatación cervical demasiado cruenta o abortos provocados por legrado. También se asocia a infección en el aborto, lo que no está claro es el mecanismo por el cual se produce parto prematuro con mayor frecuencia (Ancel y cols, 2004; Calhoun y cols, 2007; Voigt y cols, 2009).

B) **PSICOLÓGICAS**

La mujer que se practica un aborto tiene un importante grado de estrés, ansiedad y sentimientos de culpa, con anterioridad y posterioridad al aborto. En países desarrollados los trastornos psicológicos que se observan son muchas veces secuela de problemas psiquiátricos que estaban presentes antes del aborto, como presiones externas, violencia familiar, etc. Por otra parte, se confunde la depresión con el sentimiento de

tristeza que en general rodea al aborto, siendo en general de tipo transitorio. El tiempo de duración de los cambios psicológicos postaborto es muy variable, y va desde un par de meses a varios años.

El aborto no sólo impacta a la mujer, sino también al hombre¹⁷.

2.2.11 PREVALENCIA DEL ABORTO HOSPITALARIO

Aborto hospitalario corresponde a mujeres que tienen complicaciones del aborto incompleto y por tanto solo muestran la prevalencia de los abortos cuyas complicaciones necesitan el tratamiento especializado en los servicios de Gineco Obstetricia de urgencia. La relación entre el total de abortos inducidos clandestinos y aquellos que se complican es variable de un país a otro, dependiendo de la técnica que se practican. En Chile se ha estimado la relación de 3,8 a 4 abortos hospitalarios por cada 10 que se produce en la comunidad, cifra que seguramente cambia con la profesionalización de los abortos clandestinos, el uso de antibióticos o la ejecución de procedimientos en periodos más precoces del embarazo a medida que las técnicas de diagnóstico inmunológico se han extendido en un estudio de abortos complicados hospitalario en Bolivia, se encontró que estos alcanzaron las siguientes cifras por mil mujeres: 4,7 en la Paz; 7,4 en Santa Cruz; 13,5 en Cochabamba; 14,0 en Oruro y 24,7 en Sucre. En Perú, un estudio reveló una relación de 10,5 abortos por cada 100 egresos Gineco-Obstétricos como promedio en todo el país, variando de 9,3 en la región

metropolitano de Lima a 13,2 en la región centro oriental del país. La tasa alcanzo un promedio para el país de 142,7 abortos por cada 1000 nacidos vivos, siendo la cifra más alta de 211,9 en la región sur altiplánica. Para Latinoamérica no hay estudios comparables en metodología. En 1974 se estudió el impacto del aborto hospitalario en instituciones de seguridad social, basada en los registros estadísticos de los hospitales.

2.3 HIPOTESIS

Los motivos personales, de pareja, laborales y económicos se relacionaron con el aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga EsSalud febrero-julio 2017.

2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS

- **Aborto.-** Es la expulsión o extracción del producto de la concepción (embrión o feto no viable) hasta antes de las 22 semanas de gestación.
- **Aborto incompleto.-** Es la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. Se considerará al aborto incompleto como consecuencia de un aborto provocado que se presenta antes de las 22 semanas de gestación o producto de la concepción menor a 500 gramos.
- **Aborto provocado.-** Es aquel producido intencionalmente, dicese también aborto artificial, terapéutica o criminal.
- **Aborto ovular.-** cuando se produce en las dos primeras semanas de gestación.
- **Aborto embrionario.-** cuando se produce entre la tercera y octava semana de gestación.
- **Aborto fetal.-** A partir de la novena semana de gestación.
- **Motivo.-** En su uso más general y amplio, el motivo es aquella, razón, circunstancia, entre otras alternativas, que mueve a alguien a hacer algo o que provoca tal o cual acción.
- **Infección.-** invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales, que clínicamente inadvertida pueden causar lesión celular local por metabolismo competitivo, toxinas, duplicación intracelular o reacción de antígeno y anticuerpo.

- **Edad gestacional del embarazo.-** Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación. Se expresa en semanas o meses completas.
- **Complicación.-** Enfermedad o enfermedades que coexisten con otra. Ocurrencia de dos o más enfermedades en el mismo paciente.
- **Paridad.-**Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente la paridad se designa con el número total de embarazos y se representa por letra “P” o la palabra “para”.
- **Edad.-**Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.
- **Nivel de instrucción.-**Es el nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
- **Ocupación.-**Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en esta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.
- **Ingreso económico.-**Es el ingreso económico de una familia determinada, por medio del cual les permite satisfacer las necesidades vitales (alimentación, educación, vivienda, etc).

- **Estado civil.-** Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Procedencia.-** Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Aplicada.

3.2 METODO DE ESTUDIO

Relacional, prospectivo, transversal.

3.3 POBLACIÓN

Lo conformaron todas las mujeres hospitalizadas con el diagnóstico de aborto incompleto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Huamanga EsSalud entre los meses de febrero a julio del 2017.

3.4 MUESTRA

Lo conformaron 73 mujeres captadas con el diagnóstico definitivo de aborto incompleto, hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Huamanga EsSalud, que luego fueron entrevistadas directamente en los meses de febrero a julio del 2017.

3.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtuvieron por medio de la entrevista directa.

3.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- Fichas de recolección de datos.
- Historia clínica de las mujeres en estudio.
- Libro de registro del Servicio de Gineco-Obstetricia.

3.7 PROCEDIMIENTO

- Mediante el Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó autorización a la Dirección del Hospital II Huamanga EsSalud, para tener las facilidades en la obtención de los datos, como acceder a la muestra en estudio y tener acceso a las fuentes de información del Departamento de Estadística y las pacientes del Servicios de Gineco-Obstetricia.
- Obtenida la autorización, se conformó el grupo de pacientes (casos de aborto incompleto) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- En el servicio de Gineco-Obstetricia, se identificó a mujeres que se encuentran hospitalizadas con el diagnóstico de aborto incompleto. Previa sensibilización, consentimiento informado y aceptación en la participación de la investigación se realizó la entrevista directa según los datos consignados en la ficha de recolección de datos, en forma personal y anónima.
- Una vez obtenido los datos se complementó con la revisión de las historias clínicas.

- Concluido con el recojo de información se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos.

3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y PRESENTACION DE DATOS

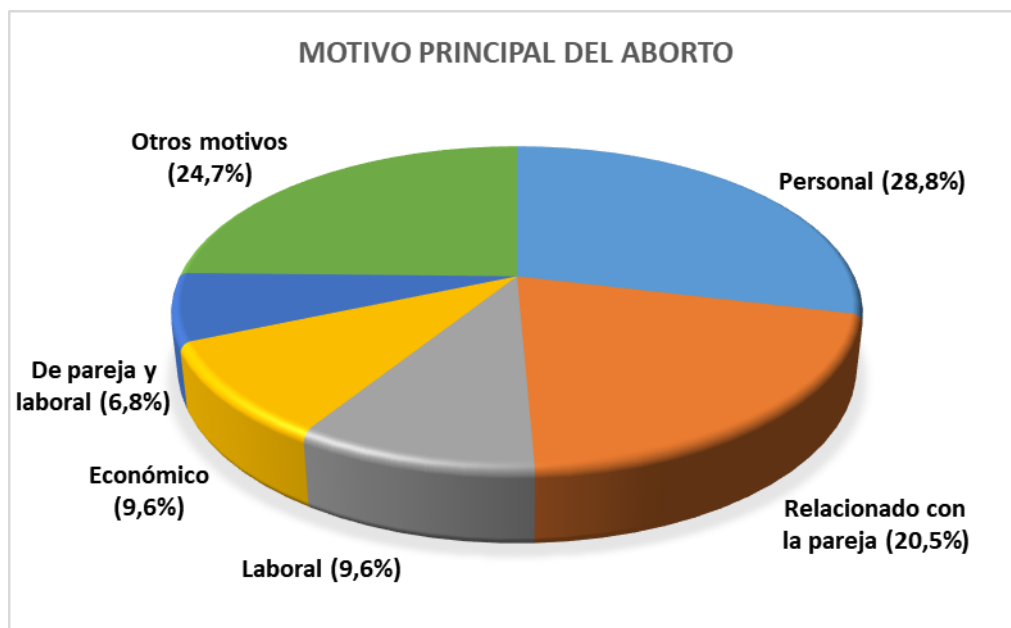
Una vez obtenido los resultados, se elaboraron cuadros estadísticos de simple y doble entrada; así como la elaboración de gráficos, relacionando las variables en estudio. Estas a su vez se sometieron a análisis estadístico: chi cuadrado haciendo uso del paquete estadístico SPSS 23.0.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud. Febrero-julio del 2017.



Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstétrica y hospitalización Hospital EsSalud.

En el gráfico 1 se observa que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-EsSalud, el 28,8% (21) manifestaron que la causa principal del aborto fue por motivos personales, el 24,7% (18) fue por otros motivos tales como: (no sabía que estaba embarazada, sufre de aborto habitual, tuvo fuerte discusión, por la caída que presentó, por infección urinaria, tiene mioma uterino), el 20,5% (15) fue relacionado con la pareja, el 9,6% (7) fue por motivos laborales y económicos respectivamente y sólo el 6,8% (5) manifestó motivos relacionados con la pareja-laboral.

De los resultados obtenidos se concluye que los motivos que se relacionaron con el aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud fueron el motivo personal en un 28,8% (21) y relacionado con la pareja en un 20,5% (15).

Los motivos personales que dieron a conocer las entrevistadas, fueron: que se encontraban estudiando, tienen varios hijos, aún no quieren tener hijos, etc. mientras que los motivos relacionados con la pareja fueron: inestabilidad conyugal (casos de infidelidad e incomprensión con su pareja). (revisar tabla1).

Estos motivos personales referidos por las entrevistadas, fue la razón principal que se relacionó con el aborto incompleto con otras variables; por ejemplo, en el caso de las mujeres que consideraron que se encontraban estudiando, la mayoría de ellas eran jóvenes y deseaban culminar su carrera profesional o la carrera técnica, en mujeres que “tienen varios hijos” la mayoría de ellas manifestaron que no puede con el cuidado de más hijos por motivo de tiempo, en el caso de las que **“que aún no quieren tener más hijos”** no se sienten preparadas aun por lo que no está dentro de sus planes, luego de ello consideraban que recién tendrían hijos.

Macas (Ecuador-2013), en su investigación “Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel-Guayaquil-Ecuador”, encontró que de todas las mujeres entrevistadas, el 36.8% de los abortos provocados fue determinado por el factor pareja, el 35% fue determinado

por el factor familia, el 23% por el factor futuro personal, 11.1% el factor económico y 10.3% el factor reproductivo. Nuestros resultados, por lo menos se asemejan con tres de los factores mencionados por **Macas** (2013), debido a que el factor pareja en nuestro estudio representó un 31,5%, el factor futuro personal representó un 24,7% y el factor económico un 9,6%⁸.

Salomón (Lima, 2004), en su investigación “Factores que determinan la decisión de abortar con antecedentes de aborto provocado. Instituto Especializado Materno Perinatal”. Realizó un estudio retrospectivo, transversal, correlacional realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal (Mayo-Julio del 2004). Estudió los factores: familia, pareja, económico, personal y reproductivo en la decisión del aborto provocado en mujeres con este antecedente. Para ello, aplicó entrevista probabilística por conveniencia a 117 mujeres. Encontrando que el 81.2% presentaron un sólo factor, 17.1% dos factores y 1.7% tres factores. El 36.8% fue determinado por el factor pareja, 35% por el factor familia, 23% por el factor personal, 11.1% por el factor económico y el 10.3% por el factor reproductivo. En la decisión del aborto provocado, el factor económico es 25 veces más probable con tres factores (OR: 25.14 IC95% 1.48-811.2). El factor familia es 8 veces más probable y (OR: 8.4 IC95% 2.5-29.86) y el factor pareja es 6 veces más probable con dos factores (OR: 6.1 IC95% 1.61-16.35)²¹.

Castañeda-Molina (cuba, 1999), manifiestan que el aborto se ha utilizado como método de planificación familiar desde épocas remotas y se conoce

que está en dependencia de algunos factores tales como: la edad de la mujer, el grado de escolaridad, la historia obstétrica, las relaciones con su pareja, el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, entre otros.

Nuestros resultados son similares a los obtenidos por Salomón (2004), quien al relacionar el factor determinante en la decisión de un aborto provocado, encontró que el factor pareja estuvo presente en un 32%, en un 27% estuvo el factor familia, en 23% fue determinado por el factor futuro personal, el 11% determinado por el factor reproductivo y un 7% por el factor económico.

Tabla 1

Motivos específicos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, con relación al tipo de aborto. Febrero-julio del 2017.

Motivos del aborto incompleto	Nº	%
Motivos Personales:	21	100,0
Se encuentra estudiando	11	52,4
Tiene varios hijos	4	19,0
Es muy joven	2	9,5
Aún no quiere tener hijos	2	9,5
Tiene hijos con síndrome de Down	2	9,5
Relacionado con la pareja:	15	100,0
Inestabilidad conyugal	13	86,7
Otros	2	13,3
Otros Motivos:	18	100,0
No sabía que estaba embarazada	6	33,3
Sufre de aborto habitual	2	11,1
Tuvo fuerte discusión	2	11,1
Por la caída que presentó	2	11,1
Por infección urinaria	2	11,1
Tiene mioma uterino	2	11,1
Otro	2	11,1

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstetricia y hospitalización Hospital EsSalud.

En la tabla 1 se observa que de 21 mujeres que manifestaron que el aborto que presentaron se debió a motivos personales, el 52,4% (11) consideraron porque se encontraba estudiando y el 19% (4) porque tienen varios hijos. 15 mujeres que manifestaron que el aborto se relacionó con la pareja, el 86,7% (13) consideraron por la inestabilidad conyugal en la que se encontraban. Y de 18 mujeres que manifestaron otros motivos, el 33,3% (6) no sabía que se encontraba embarazada y decidió interrumpir su embarazo.

De los resultados obtenidos con relación a los motivos personales que se relacionaron con el aborto incompleto, es que más de la mitad de ellas (52,4%) manifestaron que se encontraban estudiando (sobre el comentario hecho revisar gráfica 1), seguido por que las mujeres tenían varios hijos. En nuestro medio las mujeres ya no desean tener muchos hijos, se conforman con tener entre 2-3 hijos como máximo; por ello, si llegaron a embarazarse luego de haber cumplido con sus metas reproductivas optan por interrumpir el embarazo.

El aborto incompleto relacionado con la pareja tiene como motivo principal la inestabilidad conyugal; es decir, la falta de comprensión con la pareja, sobre todo “por infidelidad”, algunas de ellas dijeron ***“porque su pareja no acepta el embarazo” y muy pocas porque “el embarazo que llevaba no era de su esposo”***.

Salomón (Lima, 2004) en su investigación “Factores que determinan la decisión de abortar con antecedentes de aborto provocado. Instituto Especializado Materno Perinatal”, con respecto al factor futuro personal se encuentra presente en la determinación del aborto provocado, el 29.0% no querían en esos momentos ser madres, muchas veces por los planes que estaban queriendo realizar y similar porcentaje (29%) porque se encontraban estudiando, el 25.8% fue porque se consideraban muy jóvenes para ser madres y porque se encontraban estudiando. Estos datos fueron estadísticamente significativos. ($p < 0.05$)²¹.

Sandoval (Lima, 2005), en su estudio “Aborto clandestino: Factores asociados, impacto en la Salud Pública y Análisis de la Situación Legal.

Lima-Perú”, de la entrevista realizada a 91 mujeres que se sometieron al aborto provocado, el motivo principal por el cual se realizaron fue el excesivo número de hijos que tenían (representado por un 29.67%), seguido por razones económicas (21.98%) y deseos de estudiar (14.29%)². En tanto que **Anaya-Apaico** (Ayacucho-2006), en su estudio “Motivos que inducen al aborto en mujeres en edad fértil que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho”, encontró de 120 mujeres al 26,7% que se sometió al aborto provocado fue porque tuvieron muchos hijos, el 21,7% por inducción de la pareja y el 20,8% por temor a los padres. Con respecto al 20% de los abortos espontáneos, los motivos que conllevaron a éstas fueron por caídas, infecciones y causas orgánicas¹³.

Hinostroza-Salazar (Huanta, 2004), en su investigación “Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado, en mujeres de la ciudad de Huanta”, encuestaron a 232 mujeres, de las cuales 97 (48.1%) manifestaron haberse sometido al aborto provocado. Entre los factores que influyeron para que se sometan al aborto, el 18.6% lo hicieron por miedo a los padres, el 11.3% por presentar problemas con su pareja, el 10.3% porque consideran que tienen varios hijos y deseaban continuar con sus estudios, respectivamente; el 9.3% por baja economía y el 8.2% por influencia de la pareja¹².

Tabla 2

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, con relación al tipo de aborto. Febrero-julio del 2017.

Motivo principal del aborto Incompleto	Tipo de Aborto				T O T A L	
	Espontáneo		Provocado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Personal	-	--	21	28,8	21	28,8
Relacionado con la pareja	1	1,4	14	19,2	15	20,5
Laboral	1	1,4	6	8,2	7	9,6
Económico	-	--	7	9,6	7	9,6
De pareja y laboral	1	1,4	4	5,5	5	6,8
Otros motivos (*)	16	21,9	2	2,7	18	24,7
T O T A L	19	26,0	54	74,0	73	100,0

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstetricia y hospitalización Hospital EsSalud.

(*) Otros motivos: No sabía que estaba embarazada (6), tuvo fuerte discusión (2), sufre de aborto habitual (2), por infección urinaria (2), por mioma uterino (2), por caída (2), otros.

	Value	Df	p < 0,01
Pearson Chi-Square	50,311 ^a	5	,000

La tabla 2 nos muestra que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital en estudio, el 74% (54) fue por aborto provocado; de las cuales, el 28,8% (21) se debió a motivos personales, el 19,2% (14) a motivos relacionados con la pareja y el 2,7% (2) por otros motivos. El 26% (19) restante fue aborto espontáneo; de ellas, el 21,9% (16) manifestaron que el aborto incompleto se debió a otros motivos y el 1,4% (1) por motivos relacionado con la pareja, laborales y de pareja-laboral, respectivamente.

De los resultados obtenidos se concluye que los abortos incompletos en

mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud se debieron al aborto provocado en un (74%), donde la mayoría de ellas manifestaron que se debió por motivos personales (28,8%) (revisar tabla 1) y relacionado con la pareja (19,2%). Mientras que los abortos incompletos relacionados con aborto espontáneo se presentó en 26%.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe una alta asociación entre el tipo de aborto con el motivo principal que conllevó al aborto incompleto de las mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud ($p < 0,01$).

El alto porcentaje de aborto provocado (74%) que se presentó en el Hospital II Huamanga-EsSalud, se da mayormente porque las mujeres que se atienden en ese nosocomio ya no desean tener más descendencia; es decir, ya no desean tener más hijos, considerando a su embarazo como no deseado. Por lo tanto, optan por una serie de acciones interrumpir con el embarazo y acuden al Hospital por presentar un aborto incompleto. Esta realidad se da también en los otros establecimientos de salud, no sólo de nuestra localidad sino también en otras realidades como se muestran a continuación.

Los abortos espontáneos representan una cuarta parte (26%) de las atenciones por abortos incompletos en el Hospital en mención. Las manifestaciones mayormente dadas por las mujeres que se atendieron son similares a los que fue referida por una de ellas: ***“No sabía que estaba embarazada, luego de hacer un esfuerzo físico por el trabajo que tengo, me vino sangrado más coágulos” (Mujer de 34 años que aún no tiene hijos, pero sí 2 abortos provocados previos).***

Según la **OMS** (2016), Entre 2010-2014, en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años. El 25% del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas. Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en desarrollo. Se calcula que en el 2008 se produjeron 47.000 defunciones a causa de abortos peligrosos. Cada año, 5 millones conllevan complicaciones, entre ellas: aborto incompleto, hemorragias, infecciones, perforación uterina, daños en el tracto genital y órganos internos³.

A qué se debe que las mujeres de nuestro medio decidan someterse al aborto provocado, la explicación está en lo que nos dice **Prada y Cols** (Colombia, 2012), en su informe científico “Embarazo No deseado y Aborto Inducido en Colombia: causas y consecuencias”, menciona que “en todo el mundo, muchas mujeres enfrentan la dura realidad del embarazo no deseado. El contexto social, político, cultural y económico particulares de cada país influyen en la capacidad de las mujeres para evitar el embarazo no deseado, y son factores condicionantes de sus respuestas en caso de encontrarse en dicha situación. La legislación nacional, las políticas y los servicios de salud también desempeñan un papel importante en la materia”²⁰.

Casasco y col (Argentina, 2008), en su Guía de atención del aborto, dan a conocer que según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que

ocurren en el mundo son indeseados, y 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible.

Esta realidad, en nuestro medio también es la opción que eligen las mujeres que se atienden en el Hospital de EsSalud, ya que se ve reflejado por el hecho de que el 74% de las mujeres eligieron someterse al aborto provocado, independientemente del motivo principal para realizarlo²⁴. En tanto, que en el estudio de **Macas**⁸ (Ecuador, 2013), el aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, en un 79,85% fueron abortos incompletos espontáneos. Esta gran diferencia entre los resultados de **Macas** y el nuestro, se debe a que la autora realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para lo cual revisaron los expedientes clínicos de las mujeres que se atendieron con aborto incompleto; mientras que nuestro estudio fue prospectivo y con entrevista a profundidad.

Mientras que, **Anaya-Apaico** (Ayacucho, 2006), en su estudio “Motivos que inducen al aborto en mujeres en edad fértil que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho”, encontró que de 120 de mujeres que acudieron para la atención por algún tipo de aborto, el 80% presentó aborto provocado, siendo el aborto incompleto el diagnóstico médico más frecuente en el 66.7%.

Entre tanto, **Hinostroza-Salazar** (Huanta, 2004), en su investigación “Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado en mujeres de la ciudad de Huanta”, encuestaron a 232 mujeres, de las cuales 97 (48.1%) manifestaron haberse sometido al aborto provocado¹².

Tabla 3

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, con relación a la edad. Febrero-julio del 2017.

Motivo principal del aborto	EDAD (años)						TOTAL	
	< 20		20 – 31		32 - 43		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Personal	4	5,5	9	12,3	8	11,0	21	28,8
Relacionado con la pareja	-	--	10	13,7	5	6,8	15	20,5
Laboral	-	--	2	2,7	5	6,8	7	9,6
Económico	-	--	3	4,1	4	5,5	7	9,6
De pareja y laboral	-	--	3	4,1	2	2,7	5	6,8
Otros motivos	1	1,4	6	8,2	11	15,1	18	24,7
TOTAL	5	6,8	33	45,2	35	47,9	73	100,0

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstetricia y hospitalización Hospital EsSalud.

	Value	Df	p > 0,05
Pearson Chi-Square	12,467 ^a	10	,255

En la presente tabla se observa que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto, el 47,9% (35) tuvieron entre 32-43 años; de ellas, el 15,1% (11) manifestaron que el motivo principal del aborto fue por otros motivos, el 11% (8) por motivos personales y el 2,7% (2) se debió por motivo de pareja-laboral. Sólo el 6,8% (5) de mujeres tuvieron < 20 años de edad; de las cuales, el 5,5% (4) manifestaron que el aborto incompleto se debió a motivos personales y el 1,4% (1) por otros motivos como: (No sabía que estaba embarazada, tuvo fuerte discusión, sufre de aborto habitual, por infección urinaria, por mioma uterino, por caída).

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-EsSalud tuvieron entre 32-43 años de edad (representado por un 47,9%), donde la mayoría de ellas manifestaron que el aborto se debió a otros motivos como: ***“No sabía que estaba embarazada, luego de hacer un esfuerzo físico por el trabajo que tengo me vino sangrado más coágulos” (Mujer de 34 años que aún no tiene hijos, pero sí 2 abortos provocados previos).***

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el motivo principal que conllevó al aborto incompleto con la edad de las mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud ($p > 0,05$).

Lo que se observa que similares porcentajes, de 47,9% y 45,2%, en mujeres con edades entre 32-43 años y de 20-31 años, respectivamente. En el primer caso, el aborto incompleto se relaciona mayormente con otros motivos (15,1%) (que se explicó en la tabla 1) y con motivos personales (11%); mientras que en las mujeres de 20-31 años, el aborto incompleto se relaciona mayormente con motivos relacionados con la pareja (13,7%) y con motivos personales (12,3%) (revisar tabla 1).

Casasco y col (Argentina, 2008), da a conocer que en Argentina la hospitalización por aborto se ha incrementado en un 57% desde 1995 a 2000 y el 40% de ellas corresponde a mujeres menores de 20 años. Además, manifiesta debe tenerse en cuenta, por otra parte, que esta cifra corresponde sólo al sector público, ya que el sector privado no reporta

datos⁴.

En tanto, que en el estudio de **Macas** (Ecuador, 2013), el aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, en un 33,33% fueron pertenecientes al grupo etáreo de 21-26 años⁸.

Aunque no se tienen datos del incremento del aborto por grupos etáreos, en nuestro estudio los resultados nos muestran que las mujeres de 32 años a más representan el grupo que mayormente deciden someterse al aborto. En un estudio hecho en Cuba, encontró que el aborto provocado es más frecuente en las edades entre 16-40 años, por la poca preparación psicológica, social y biológica que tiene la mujer para enfrentar el nacimiento de un hijo. El aborto provocado es utilizado en otros grupos sociales tales como mujeres con bajo nivel de instrucción, que no tienen pareja estable o que no poseen condiciones apropiadas de vivienda, como método de control de la natalidad; en muchas ocasiones porque no conocen o no usan los métodos anticonceptivos existentes, a pesar que son técnicas difundidas desde épocas inmemoriales y que se han desarrollado tecnológicamente a través del tiempo.

Hinostroza-Salazar (Huanta, 2004), en su investigación “Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado, en mujeres de la ciudad de Huanta”, de 97 mujeres que se sometieron al aborto provocado, el 51.5% tenían entre 21-27 años, el 27.8% entre 28-35 años y el 16.5% entre 15-19 años²³.

Mientras que, **Anaya-Apaico** (Ayacucho, 2006), en su estudio “Motivos

que inducen al aborto en mujeres en edad fértil que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho”, encontró de 96 mujeres que acudieron para la atención por aborto provocado, el 80% presentó aborto provocado, el 36.5% tenían entre 21-29 años, el 31.3% entre 16-20 años y el 29.5% entre 30-39 años¹³.

Tabla 4

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, con relación al número de hijos. Febrero-julio del 2017.

Motivo principal del aborto	Número de Hijos								TOTAL	
	No tiene		1		2 - 3		4 - 6		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Personal	11	15,1	4	5,5	2	2,7	4	5,5	21	28,8
Relacionado con la pareja	6	8,2	5	6,8	3	4,1	1	1,4	15	20,5
Laboral	1	1,4	2	2,7	4	5,5	-	--	7	9,6
Económico	-	--	2	2,7	1	1,4	4	5,5	7	9,6
De pareja y laboral	-	--	3	4,1	1	1,4	1	1,4	5	6,8
Otros motivos	4	5,5	6	8,2	7	9,6	1	1,4	18	24,7
TOTAL	22	30,1	22	30,1	18	24,7	11	15,1	73	100,0

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstétrica y hospitalización Hospital EsSalud.

	Value	df	p < 0,05
Pearson Chi-Square	29,236 ^a	15	,015

La tabla nos muestra que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto, el 30,1% (22) no tuvieron hijo; de ellas, el 15,1% (11) manifestaron que el motivo principal del aborto fueron motivos personales y el 1,4% (1) se debió a factor laboral. Similar porcentaje (30,1%) (22) tuvieron 1 solo hijo; de las cuales, el 8,2% (6) manifestaron que el motivo principal del aborto fueron otros motivos y el 2,7% (2) se debió a factor laboral y económico, respectivamente. El 15,1% (11) de mujeres tuvieron de 4-6 hijos; donde el 5,5% (4) manifestaron que el aborto incompleto se debió a motivos personales y económicos, respectivamente, y el 1,4% (1)

relacionado con la pareja, de pareja-laboral y otros motivos, respectivamente.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-EsSalud no tuvieron hijos y tuvieron 1 solo hijo (representado por un 30,1%, respectivamente).

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe relación entre el número de hijos con el motivo principal que conllevó al aborto incompleto de las mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud ($p < 0,05$).

No sólo el mayor número de hijos que tiene una mujer es motivo principal que se relaciona con aborto incompleto, sino también hay mujeres que no tienen hijos y no desean tener hijos aún, el mismo que está representado por un 30,1%; o se conforman con lo que tienen; por ejemplo, hay un 30,1% que sólo tienen 1 hijo y actualmente tuvieron aborto incompleto y no desean tener más de 2-3 hijos, representado por un 24,7%. Por ejemplo, una de las entrevistadas manifiesta: ***“Yo tengo un hijo y no voy a poder criar otro hijo, ya que mi pareja no me apoya. Además, no tengo tiempo por mi trabajo” (mujer de 32 años, labora como empleada pública).***

Salomón (Lima, 2004), en su investigación “Factores que determinan la decisión de abortar con antecedentes de aborto provocado. Instituto Especializado Materno Perinatal”, con respecto a la paridad encontró que el 41.7% de las mujeres tenían dos hijos, podríamos deducir que cuando

la mujer decide abortar por este factor es porque tiene más de dos hijos, 33.3% no tenían hijos, el 16.7% tenían 3 hijos y más de 3 un 8.3%.

Nuestros resultados comparados a los obtenidos por **Salomón**, encontramos que hay similitud en el porcentaje en mujeres que no tienen hijos (30,1% encontrado en nuestro estudio frente al 33,3% reportado); mientras que hay diferencias significativas con mujeres que tienen 2 hijos, 3 hijos o más de 3 hijos. Mientras que si lo comparamos con el estudio de **Macas** (Ecuador, 2013), el 49,08% fueron nulíparas y el 22,34% tenían dos gestaciones.

Tabla 5

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, con relación al nivel de instrucción. Febrero-julio del 2017.

Motivo principal del aborto	NIVEL DE INSTRUCCIÓN						TOTAL	
	Secundaria		Superior No Universitaria		Superior Universitaria		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Personal	9	12,3	4	5,5	8	11,0	21	28,8
Relacionado con la pareja	1	1,4	7	9,6	7	9,6	15	20,5
Laboral	-	--	1	1,4	6	8,2	7	9,6
Económico	6	8,2	1	1,4	-	--	7	9,6
De pareja y laboral	1	1,4	2	2,7	2	2,7	5	6,8
Otros motivos	2	2,7	8	11,0	8	11,0	18	24,7
TOTAL	19	26,0	23	31,5	31	42,5	73	100,0

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstétrica y hospitalización Hospital EsSalud.

	Value	df	p < 0,05
Pearson Chi-Square	28,211 ^a	10	,002

En la tabla se observa que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto, el 42,5% (31) tuvieron instrucción superior universitaria; de ellas, el 11% (8) manifestaron que el motivo principal del aborto fueron motivos personales y otros motivos, respectivamente, y el 2,7% (2) se debió a motivos de pareja-laboral. El 26% (19) tuvieron instrucción secundaria; de las cuales, el 12,3% (9) manifestaron que el motivo principal del aborto fueron motivos personales y el 1,4% (1) se

debió a factor relacionado con la pareja y de pareja-laboral, respectivamente.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-EsSalud tuvieron instrucción superior ya sea universitaria (42,5%) y no universitaria (31,5%).

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe relación entre el nivel de instrucción con el motivo principal que conllevó al aborto incompleto de las mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud ($p < 0,05$).

Como se puede observar, la gran mayoría de mujeres con aborto incompleto tienen instrucción superior universitaria y No universitaria. Muchas de ellas se encuentran estudiando y por ello dentro de los motivos personales manifiestan que se relaciona con el aborto incompleto está el hecho de que se encuentran estudiando (11 de 21 mujeres) (revisar tabla 1). Mientras que la mayoría de las mujeres que ya se encuentran trabajando (y tienen instrucción superior universitaria y no universitaria), los motivos que se relaciona con el aborto incompleto son los relacionados con la pareja (revisar tabla 1).

Mientras que, **Anaya-Apaico** (Ayacucho, 2006), en su estudio “Motivos que inducen al aborto en mujeres en edad fértil que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho”, encontró de 96 mujeres que acudieron para la atención por aborto provocado, el 62.5%

tuvieron instrucción secundaria, el 16.7% instrucción superior y el 15.6% instrucción primaria.

Hinostroza-Salazar (Huanta, 2004), en su investigación “Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado, en mujeres de la ciudad de Huanta”, de 97 mujeres que se sometieron al aborto provocado, el 52.6% tuvieron instrucción superior, el 40.2% instrucción secundaria y el 6.2% instrucción primaria.

Tabla 6

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II de Huamanga-EsSalud, con relación al ingreso económico mensual. Febrero-julio del 2017.

Motivo principal del aborto	INGRESO ECONÓMICO MENSUAL						TOTAL	
	< 1 IMV		1-3 IMV		> 3 IMV		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Personal	14	19,2	7	9,6	-	--	21	28,8
Relacionado con la pareja	4	5,5	9	12,3	2	2,7	15	20,5
Laboral	-	--	7	9,6	-	--	7	9,6
Económico	5	6,8	2	2,7	-	--	7	9,6
De pareja y laboral	2	2,7	3	4,1	-	--	5	6,8
Otros motivos	4	5,5	13	17,8	1	1,4	18	24,7
TOTAL	29	39,7	41	56,2	3	4,1	73	100,0

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstétrica y hospitalización Hospital EsSalud.

< 1 IMV: < S/ 850.00

1-3 IMV: S/ 850.00 - S/ 2,250.00

> 3 IMV: > S/ 2,250.00

	Value	df	p < 0,05)
Pearson Chi-Square	21,433 ^a	10	,015

La presente tabla nos muestra que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto, el 56,2% (41) tuvieron ingreso económico mensual entre 1-3 IMV; de ellas, el 17,8% (13) manifestaron que el motivo principal del aborto fueron otros motivos y el 2,7% (2) se debió al factor económico. El 4,1% (3) tuvieron ingreso económico mensual > 3 IMV; de las cuales, el 2,7% (2) manifestaron que el motivo

principal del aborto estuvo relacionado con la pareja y el 1,4% (1) por otros motivos.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II de Huamanga-EsSalud tuvieron ingreso económico mensual entre 1-3 IMV, representado por 56,2%.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe relación entre el ingreso económico mensual con el motivo principal que conllevó al aborto incompleto de las mujeres que se atendieron en el Hospital II de Huamanga-EsSalud ($p < 0,05$).

Una mujer que no desea continuar un embarazo, independientemente del ingreso económico que tenga, se someterá a un aborto; y, entre los motivos principales que manifestaron las mujeres no está considerado el aspecto económico, ya que esta variable representa sólo un 9,6% (ver gráfico 1).

Similar a nuestro resultado, reporta **Salomón** (Lima, 2004), de todas aquellas mujeres que abortaron por la determinación del factor económico, encontró que el 54% está determinada por un solo factor, el 31%, cuando la decisión del aborto está determinada por dos factores, el 15% cuando estuvo determinada la decisión por tres factores. Llegando a concluir que el factor económico predomina cuando la mujer tiene tres factores determinantes en la decisión del aborto, encontrando 25 veces más probable (OR: 25.14.IC95% 1.48 –811.2), en mujeres que tuvieron tres factores en la decisión de abortar. El mismo que está relacionado con

el 15.4% de mujeres que eran amas de casa, el 84.6% en el momento del aborto tenían un empleo y ninguna estaba estudiando.

Tabla 7

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, con relación al estado civil. Febrero-julio del 2017.

Motivo principal del aborto	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	Soltera		Conviviente		Casada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Personal	7	9,6	12	16,4	2	2,7	21	28,8
Relacionado con la pareja	5	6,8	7	9,6	3	4,1	15	20,5
Laboral	-	--	5	6,8	2	2,7	7	9,6
Económico	1	1,4	6	8,2	-	--	7	9,6
De pareja y laboral	2	2,7	2	2,7	1	1,4	5	6,8
Otros motivos	5	6,8	7	9,6	6	8,2	18	24,7
TOTAL	20	27,4	39	53,4	14	19,2	73	100,0

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstétrica y hospitalización Hospital EsSalud.

	Value	df	p > 0,05
Pearson Chi-Square	10,536 ^a	10	,395

En la tabla se observa que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto, el 53,4% (39) se encontraban en estado de convivencia; de ellas, el 16,4%(12) manifestaron que el motivo principal del aborto fueron motivos personales y el 2,7% (2) se debió a motivos de pareja-laboral. El 19,2% (14) fueron mujeres casadas; de las cuales, el 8,2% (6) manifestaron que el motivo principal del aborto fueron otros motivos y el 1,4% (1) se debió a factor pareja-laboral.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-EsSalud se encontraban en estado de convivencia (53,4%) (39).

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el estado civil con el motivo principal que conllevó al aborto incompleto de las mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud ($p > 0,05$).

Esto significa que no hay una relación directa entre el estado civil con un motivo principal del aborto incompleto, debido a que tanto las mujeres que se encuentran en estado de convivencia, las solteras y casadas, los motivos que se relacionaron con el aborto incompleto fueron los motivos personales, otros motivos y los relacionados con la pareja.

Nuestros resultados divergen con los obtenidos por los estudios dados a conocer líneas adelante, ya que en nuestro estudio el estado civil de convivencia (53,4%) es menor a los reportados por Salomón y Lozano, representado por un 66,7% y 64,7%, respectivamente.

Salomón (Lima, 2004), en su estudio “Factores que determinan la decisión de abortar con antecedentes de aborto provocado. Instituto Especializado Materno Perinatal”, encontró que el 66,7% mantenía una unión estable, y el 16,7% se encontraban casadas y fueron solteras, respectivamente. En tanto que, **Lozano** (Iquitos, 2016), en su investigación “Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero a noviembre del 2016”, encontró de 232 mujeres que abortaron a un 64,7% que se

encontraban en estado de convivencia, el 28.4% fueron solteras y sólo el 6.9 % se encontraban casadas²⁷.

Tabla 8

Motivos que conllevaron al aborto incompleto en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud, con relación a la ocupación. Febrero-julio del 2017.

Motivo principal del aborto	OCUPACIÓN										TOTAL	
	Empleada pública		Su casa		Estudiante		Negocio ambulatorio		Cosmetóloga			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Personal	3	4,1	5	6,8	10	13,7	3	4,1	0	0,0	21	28,8
Relacionado con la pareja	10	13,7	0	0,0	3	4,1	2	2,7	0	0,0	15	20,5
Laboral	7	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	9,6
Económico	1	1,4	5	6,8	0	0,0	1	1,4	0	0,0	7	9,6
De pareja y laboral	3	4,1	1	1,4	0	0,0	1	1,4	0	0,0	5	6,8
Otros motivos	9	12,3	4	5,5	2	2,7	1	1,4	2	2,7	18	24,7
TOTAL	33	45,2	15	20,5	15	20,5	8	11,0	2	2,7	73	100,0

Fuente: Entrevista a gestantes en Emergencia Gineco-Obstétrica y hospitalización Hospital EsSalud.

	Value	df	p < 0,05)
Pearson Chi-Square	46,173 ^a	20	,001

La presente tabla nos muestra que del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-EsSalud, el 45,2% (33) fueron empleadas públicas; de las cuales, en el 13,7% (10) el aborto se debió a motivos relacionado con la pareja, en el 12,3% (9) con otros motivos y en el 1,4% (1) por motivos económicos. El mínimo porcentaje (2,7%) (2) de mujeres se ocupaban como cosmetólogas y el aborto incompleto se debió a otros motivos.

De los resultados obtenidos se concluye que los abortos incompletos en mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud se presentó mayormente en mujeres cuya ocupación fueron empleadas públicas 45,2%(33), donde la mayoría de ellas manifestaron que se debió por motivos relacionado con la pareja y otros motivos.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe relación entre la ocupación con el motivo principal que conllevó al aborto incompleto de las mujeres que se atendieron en el Hospital II Huamanga-EsSalud ($p < 0,05$).

En nuestro estudio, casi la mitad de las mujeres eran empleadas públicas, lo que significa que se encontraban trabajando, siendo éste un factor principal (en la mayoría de ellas) por la que decidieron someterse al aborto provocado (revisar tabla 2); debido a que en caso de continuar con el embarazo, no le permitiría continuar laborando, ya que algunas de ellas por ser contratadas le rescindirían el mismo con la pérdida de su trabajo; mientras que algunas de ellas que tienen un hijo, por el momento no desean tener otro más, debido a que no les permitiría brindarle atención, ya que tienen dificultades para el cuidado.

Sánchez (Lima, 2004), en su estudio “Factores socio reproductivos y su relación con el aborto provocado. Instituto Especializado Materno Perinatal. 2004”, encontró que el 46,7% (43) de las mujeres en estudio eran amas de casa, el 13% se dedicaban a oficios menores y eran comerciantes/empresaria, respectivamente y el 12% eran empleadas.

Lozano (Iquitos, 2016), en su investigación “Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero a noviembre del 2016”, reporta que la actividad laboral predominante fue amas de casa con el 65.1%, seguido de estudiantes con el 17.7%, otros oficios con el 13.4%, y profesionales solo con 3.9%.

CONCLUSIONES

1. Se entrevistó 73 gestantes que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-EsSalud, donde el 28,8% (21) consideró que el aborto se debió por motivos personales, el 24,7% (18) por otros motivos y el 20,5% (15) estuvo relacionado con la pareja.
2. De 21 mujeres que manifestaron que el aborto que presentaron se debió a motivos personales, el 52,4% (11) consideraron porque se encontraba estudiando y el 19% (4) porque tenía varios hijos. En el grupo de 15 mujeres que manifestaron que el aborto se relacionó con la pareja, el 86,7% (13) consideraron por la inestabilidad conyugal por la que estaban pasando. Y en el grupo de 18 mujeres que manifestaron otros motivos, el 33,3% (6) no sabía que se encontraba embarazada y decidió interrumpir su embarazo.
3. Del 100% (73) gestantes que se atendieron por aborto incompleto en el Hospital en estudio, el 74% (54) fue por aborto provocado; de las cuales, el 28,8% (21) se debió a motivos personales, el 19,2% (14) a motivos relacionados con la pareja y el 9,6% (7) por motivos económicos. El 26% (19) restante fue aborto espontáneo, donde el 21,9% (16) manifestaron que el aborto incompleto se debió a otros motivos.
4. Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el motivo principal del aborto incompleto con los factores: edad, y estado civil de las mujeres en estudio ($p > 0,05$).

5. Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe relación entre el motivo principal del aborto incompleto con los factores: número de hijos que tienen las mujeres en estudio, el nivel de instrucción, ingreso económico mensual y ocupación ($p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. El Hospital II Huamanga EsSalud debe contar con profesionales exclusivamente para la atención integral a las mujeres en edad fértil que acuden por aborto incompleto ofreciendo una atención con calidez y minimizando los riesgos de salud física y emocional.
2. El servicio de Planificación Familiar debe ser exclusivo para la atención de mujeres en edad fértil incluyendo a la pareja y así poder fortalecer la promoción, orientación y consejería en el uso de métodos anticonceptivos. Además, debe implementarse con insumos que tienen mayor demanda, como son los inyectables mensuales, el implanon.
3. El diferimiento de citas deben ser secuenciales y oportunas a disposición de la usuaria.
4. Promover y fomentar charlas educativas a todas las pacientes que acuden por aborto incompleto, con el apoyo del Psicólogo durante su estancia en dicho Hospital.
5. Realizamos seguimiento domiciliario a las mujeres que fueron atendidas por aborto incompleto en el Hospital EsSalud, con la finalidad de motivarla a que haga el uso de algún método anticonceptivo.
6. Para la prevención del aborto incompleto en la población Ayacuchana, realizamos charlas educativas relacionadas al tema tanto en adolescentes, en reuniones de padres de familia, Club de madres y reuniones comunitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ministerio de Salud.** Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Sinco Editores. 2007.
2. **Sandoval Paredes, José del Carmen.** “Aborto clandestino: factores asociados, Impacto en la Salud Pública y Análisis de la Situación Legal, Lima-Perú. 2005”. Tesis doctoral Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. 2005.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva, Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>.
4. **Casasco, Gabriela y Di Pietrantonio,** Evangelina. Aborto: Guía de atención. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, Argentina. 2008.
5. **Castañeda Abascal Ileana, Molina Estévez Mirian.** Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado. Rev Cubana ObstetGinecol.
6. **Galvis et al (Colombia, 2003),** en su investigación: “Frecuencia del aborto incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años que llegan a la sección de gineco-obstetricia de un hospital de tercer nivel en una ciudad de Colombia en el periodo de marzo y junio del año 2003”
7. **Shah N, Hossain N ,Noonari M , Khan NH.**La mortalidad materna y la morbilidad del aborto inseguro en un Hospital Universitario de Karachi, Pakistán. Rev. MedAssocPak 2011 Jun; 61 (6): 582-6. 2011.
8. **Macas Macas, JuriMariuxi.** Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel-Guayaquil-Ecuador. Septiembre del 2012 a febrero 2013. Tesis para optar título profesional de Obstetra, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia. 2013.

9. **Pérez-Arciniegas, Erly; Godoy-Albornoz, Daviana; Quiroz-Figuera, Deymar; Quiroz-Figuera, Deynalia; Tovar-Thomas, Carlos; Romero-Herrera, Andrea y cols.** Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. Artículo Rev. Biomed 2016; 27:3-9.
10. **Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan y Panthfinder Internacional (Lima, 2004)**, realizaron el estudio titulado “Aborto Clandestino en el Perú. Nuevas evidencias”.
11. **Chávez, Amparo; Chávez, Carito.** "Motivos que Inducen a Someterse a Abortos Ilegales en Mujeres en Edad Fértil-Ayacucho". Tesis Obstetricia-UNSCH. 1995.
12. **Hinostroza Valenzuela, Zarela; Salazar Huamán, Yenny.** Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado, en mujeres de la ciudad de Huanta. Febrero-mayo 2004. Tesis pregrado Escuela de Formación Profesional de Obstetricia-UNSCH.
13. **Anaya, J.; Apaico, N.** Motivos que inducen al aborto en mujeres en edad fértil que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Junio-Agosto 2006.
14. **Fescina, R.; De Mucio, B.; Ortiz El; Jarquin D.** Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR. 2012.
15. **Menéndez-Velásquez, Jorge Federico.** El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. Gaceta Médica de México, Vol. 139, Suplemento 1, Julio-Agosto 2003.
16. **Normandi, Juan Osvaldo** “Aborto infectado y Aborto Séptico” Buenos Aires – Argentina, 2002. En www.gineconet.com/articulos/427.htm.
17. **Pérez Sánchez, Alfredo; Donoso Siña, Enrique.** **Obstetricia.** 4ta. Edic., 2011. Edit. Mediterráneo, Santiago de Chile.
18. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica. 2013.

19. **Prada, Elena; Singh, Susheela; Remez, Lisa y Villarreal, Cristina (2012).** Embarazo No deseado y Aborto Inducido en Colombia: causas y consecuencias.
20. **Salomón Prado, Liz Ivone.** Factores que determinan la decisión de abortar con antecedentes de aborto provocado. Instituto Especializado Materno Perinatal. 2004. Tesis pregrado UNMSM-Escuela Académica Profesional de Obstetricia.
21. **Sánchez Vidal, Karina Johana. 2004.** Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado- Hospital Nacional Sergio Bernales-Lima, Perú. Tesis pregrado UNMSM-Escuela Académica Profesional de Obstetricia.
22. **Hinostroza- Salazar (Huanta 2004).** Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado, en mujeres de la ciudad de Huanta.
23. **Casasco, Gabriela y Di Pietrantonio, Evangelina.** Aborto: Guía de atención. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, Argentina. 2008
24. **Ministerio de Salud.** Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Sinco Editores. 2007.
25. **Vásquez Lara, Juana; Rodríguez Díaz, Luciano; Palomino Gómez, Rocío; Romeu Martínez, María; Jiménez García, María Auxiliadora; Pérez Marín, Sandra y cols.** Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Edit. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria-Madrid, España. 2013.
26. **Lozano Pilco, Brandy.** Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15- 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero a noviembre del 2016. Tesis pregrado-Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Fac. de Medicina.

ANEXOS



Universidad Nacional de
San Cristóbal de Huamanga
**FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**
Escuela Profesional de
Obstetricia

FICHA DE DATOS

Fecha:

Nº de Ficha:

I. DATOS GENERALES

Edad : años

Nivel de instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Superior No universitaria () Superior universitaria ()

Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada ()

Otro:

Ocupación: Su casa () Estudiante () Negocio ambulatorio ()

Empleada pública () Otro:

Procedencia: Urbana () Urbano-marginal () Rural ()

Ingreso económico mensual: ***IMV (ingreso mínimo vital)**

< 1 IMV () 1 – 3 IMV () > 3 IMV ()

< S/ 850.00 () S/ 850.00 – S/ 2,550.00 () > S/2,550.00 ()

II. DATOS DEL ABORTO INCOMPLETO

Fecha de última menstruación:

Edad gestacional: semanas

Nº total de embarazos: Nº de hijos vivos:

Nº de abortos: Espontáneos:

Provocados:

Paciente ingresa por: Emergencia () Consultorio () Otro:

.....

Motivo principal del aborto incompleto ¿Cuál fue la razón principal por la que se sometió al aborto provocado?:

- Personales ()

.....

.....

-
• De pareja ()
.....
.....
- Laborales ()
.....
.....
- Económicos ()
.....
.....
- Otros ()
.....
.....

Tiene algún comentario que hacer sobre el tema:
.....
.....
.....

¡Gracias por tu colaboración!