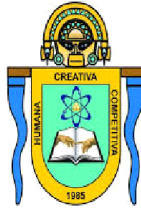


**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DEL ABORTO
EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO, AÑO 2022**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA:

BACH. OBST. CÓRDOVA CASTILLO DULUMILIA MARIEL

ASESOR:

DR. VÁSQUEZ BARAHONA EDINSON

(Orcid: 0000-0001-5949-3733)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

GESTIÓN DE LOS PROCESOS OBSTÉTRICOS, RIESGOS Y EMERGENCIAS

CHICLAYO – PERU

2024

**ACTA DE CONTROL DE ORIGINALIDAD DE LA
INVESTIGACIÓN**

Yo, **EDINSON VÁSQUEZ BARAHONA**, asesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Obstetricia, he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe presentado por la bachiller: **DULUMILIA MARIEL CÓRDOVA CASTILLO** titulado: **“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DEL ABORTO EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO, AÑO 2022”**

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **23%** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud **TURNITIN**.

Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Chiclayo, 08 de noviembre del 2024



Dr. Edinson Vásquez Barahona
MÉDICO GINECO-OBSTETRA
Video Colposcopia Infertilidad
Ecografía Doppler - Cirugía Laparoscopia
CMP: 41400 - RNE: 025961

DR. EDINSON VÁSQUEZ BARAHONA



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

Siendo las 10:00 a.m. del sábado 30 de noviembre del año 2024, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE (A) : MG. LUIS FRANCISCO GÓMEZ SEGURA
SECRETARIO (A): MG. MARTHA EUSEBIA GUTIERREZ MANZANEDA
VOCAL : MICROBIOLÓGA ASENCIÓN CARMEN LILIANA MORENO DE LA CRUZ

La Bachiller : **CORDOVA CASTILLO DULUMILIA MARIEL**

El título de la Tesis a sustentar es: **CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DEL ABORTO EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO, AÑO 2022**

Para optar el Título de **OBSTETRA**, obteniendo el siguiente calificativo de **APROBADA POR UNANIMIDAD**

MG. LUIS FRANCISCO GÓMEZ SEGURA
Presidente (a)

MG. MARTHA EUSEBIA GUTIERREZ MANZANEDA
Secretario (a)

MICROBIOLÓGA ASENCIÓN CARMEN LILIANA MORENO DE LA CRUZ
Vocal

DEDICATORIA

A Dios por regalarme la vida y salud para poder lograr este sueño.

A mis amados padres Antonio y Yolanda por su inmenso amor, por sus consejos, por formarme con valores y buenos sentimientos, por su apoyo incondicional y ser siempre mi guía para salir adelante.

A mi amado esposo Ulises por su apoyo incondicional y moral, por su sacrificio y esfuerzo para lograr culminar mi carrera.

A mi adorada hija Daniela por ser mi fuente de motivación constante e inspiración para superarme día a día y nunca rendirme.

DULUMILIA MARIEL

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Edinson Vásquez Barahona por su óptimo compromiso en la asesoría de esta investigación.

Al director ejecutivo del Hospital Las Mercedes Chiclayo el Dr. Juan Gerardo Oriundo Verástegui y al jefe de la Unidad de apoyo a la Docencia e Investigación el Dr. Fernando Eulogio Peña Dávila, por haberme otorgado la Autorización para la pertinente recolección de datos necesaria para la entrega de este informe final de tesis.

A la Universidad de Chiclayo por permitir convertirme en una profesional, gracias a mis maestros que fueron parte de este proceso de formación.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE DE CONTENIDOS	04
INDICE DE TABLAS	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
II. DESARROLLO.	13
III. METODOLOGÍA	21
3.1 Tipo de investigación	21
3.2 Diseño de investigación	21
3.3 Variables y operacionalización	21
3.4 Población, muestra y muestreo.	22
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
3.6 Procedimiento de recolección de datos	23
3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	23
3.8. Aspectos Éticos	24
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	25
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS	33
ANEXO	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de aborto en el hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022.	25
Tabla 2. Características epidemiológicas de las pacientes con aborto atendidas en el hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022.	26
Tabla 3. Características clínicas de las pacientes con aborto atendidas en el hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022.	28
Tabla 4. Complicaciones del aborto en pacientes atendidas en el hospital las Mercedes Chiclayo, año 2022.	30

RESUMEN

Con el objetivo de determinar las características epidemiológica y clínica del aborto en el Hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022, se ejecutó esta investigación cuantitativa, retrospectiva, descriptiva y transversal, cuyo diseño fue No experimental. La población muestral la conformaron 357 mujeres atendidas por aborto en el hospital y año antes descrito.

Los principales resultados fueron: La frecuencia de aborto en el hospital Las Mercedes Chiclayo durante 2022 fue del 8.16%. Las pacientes con aborto atendidas en el hospital en mención se caracterizaron epidemiológicamente en su mayoría por tener entre 24 a 29 años de edad (25.49%), proceder de zonas urbanas (40.62%), contar con educación secundaria (30.81%), ser convivientes (49.58%) y amas de casa (70.59%). Mientras que clínicamente se caracterizaron por tener en su mayoría una edad gestacional ≤ 12 semanas (72.27%), ser segundigestas (36.13%), haber tenido antecedente de aborto (66.39%) y el tipo de aborto fue incompleto (80.67%). Dentro de las complicaciones presentadas en las pacientes con aborto se evidenció en gran proporción las hemorragias (98.04%), y de manera mínima la infección (1.40%) y shock hipovolémico (0.56%).

Palabras Claves: Características, epidemiológica, clínica, aborto.

ABSTRACT

With the objective of determining the epidemiological and clinical characteristics of abortion at the Las Mercedes Chiclayo Hospital, year 2022, this quantitative, retrospective, descriptive and cross-sectional research was carried out, whose design was Non-experimental. The sample population was made up of 357 women treated for abortion in the hospital in the year described above.

The main results were: The frequency of abortion at the Las Mercedes Chiclayo hospital during 2022 was 8.16%. The majority of abortion patients treated at the hospital in question were epidemiologically characterized as being between 24 and 29 years of age (25.49%), coming from urban areas (40.62%), having secondary education (30.81%), and being cohabitants. (49.58%) and housewives (70.59%). While clinically they were characterized by the majority having a gestational age \leq 12 weeks (72.27%), being second digested (36.13%), having had a history of abortion (66.39%) and the type of abortion was incomplete (80.67%). Among the complications presented in patients with abortion, hemorrhages were evident in a large proportion (98.04%), and infection (1.40%) and hypovolemic shock (0.56%) were minimally evident.

Keywords: Characteristics, epidemiological, clinical, abortion.

I. INTRODUCCIÓN

El tema del aborto es amplio y complejo, con opiniones diversas en diferentes contextos culturales, sociales y políticos. De acuerdo con lo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se plantea que el aborto es una intervención de salud común, y es importante destacar que la percepción de la frecuencia del aborto puede variar según el país o la región en consideración. En algunos lugares, puede ser más común que en otros debido a factores como la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la educación sexual y reproductiva, y la legislación en torno al aborto (1).

Además, menciona que el aborto es seguro cuando se realiza utilizando un método recomendado por la OMS, adecuado a la duración del embarazo y realizado por personal con las habilidades necesarias, estableciendo pautas y recomendaciones para garantizar la seguridad y la calidad de los servicios de aborto, incluyendo el uso de métodos seguros y la capacitación adecuada del personal de salud (1).

Por otro lado, a nivel mundial, cada año se realizan alrededor de 73 millones de abortos inducidos en todo el mundo. Seis de cada 10 (61%) de todos los embarazos no deseados y 3 de cada 10 (29%) de todos los embarazos terminan en aborto inducido, cabe recalcar que esta estadística puede variar según los datos específicos de cada país o región, así como los factores sociales y culturales que influyen en la decisión de interrumpir un embarazo no deseado, sin embargo, es importante destacar que la prevención del embarazo no

deseado a través de la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos efectivos desempeña un papel crucial en la reducción de la necesidad de abortos inducidos. Además, se destaca que alrededor del 45% de todos los abortos son inseguros, y que el 97% de estos se realizan en países en desarrollo y más de la mitad de estos abortos inseguros tienen lugar en Asia, principalmente en el sur y centro de Asia, en América Latina y África (aproximadamente el 75%), a su vez en el continente africano, casi la mitad de todos los abortos se llevan a cabo en condiciones menos seguras (2), cabe señalar que el aborto inseguro se refiere a la práctica de abortos realizados por personas sin la capacitación adecuada o en entornos no adecuados, lo que aumenta el riesgo de complicaciones graves para la salud de las mujeres (1,3).

Anualmente, se estima que entre el 4,7% y el 13,2% de las muertes maternas son consecuencia del aborto inseguro. En las regiones desarrolladas, se calcula que 30 mujeres fallecen por cada 100 000 abortos inseguros, mientras que en las regiones en desarrollo, esa cifra se eleva a 220 muertes por cada 100 000 abortos inseguros (2,4).

Estas cifras resaltan la importancia de garantizar el acceso a servicios de aborto seguros en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo, donde las restricciones legales, la falta de acceso a servicios médicos adecuados y la estigmatización pueden contribuir a la realización de abortos inseguros (1,3).

En el Perú, sólo está permitido la práctica del aborto con fines terapéuticos o por razones de salud desde 1924, el acceso siguió siendo casi imposible debido a la limitada comprensión o implementación de la ley, el estigma y la poca orientación del gobierno. La campaña Déjala Decidir del año 2012, dirigida por un grupo diverso de socios globales de Planned Parenthood de todo el país, creó conciencia y forzó el primer debate público nacional sobre la realidad del aborto y la violencia sexual en el país (5,6).

La campaña Déjala Decidir sentó las bases para la aprobación en 2014 del Protocolo de Aborto Terapéutico por parte del Ministerio de Salud del Perú; con esta aprobación, el gobierno reconoció el derecho al aborto legal y reconoció la

obligación de garantizar el acceso, desde entonces, los socios de Planned Parenthood Global continúan superando con éxito los desafíos legales al protocolo, apoyan otras leyes, normas y políticas vitales de salud sexual y reproductiva, lanzan iniciativas en torno a la implementación total del Protocolo y aumentan aún más el acceso a través de los sectores público y privado (7).

La Campaña Niñas No Madres ha destacado la difícil situación que enfrentan las niñas sobrevivientes de violencia sexual. Como parte de esta campaña, Promsex y Planned Parenthood Global presentaron el caso Camila en el que, a una niña de 14 años violada por su padre se le negó un aborto legal. El caso fue presentado ante el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. El caso Camila provocó una protesta inmediata, lo que resultó en un llamado a despenalizar el aborto para niñas de ≤ 14 años (7).

En Perú, la legislación actual considera el aborto como un delito, excepto en casos terapéuticos donde la vida de la madre está en peligro, sin embargo, la implementación de esta excepción es problemática y presenta dificultades prácticas. Se estima que más del 70% de los centros de salud desconocen la existencia de la guía técnica de aborto terapéutico, lo que indica una falta de conocimiento y conciencia sobre las pautas legales establecidas. Además, se informa que alrededor del 75% del personal sanitario se ha "autocapacitado" en este tema, lo que sugiere una falta de capacitación formal y adecuada (8).

A pesar de su ilegalidad, el 19% de las mujeres peruanas se realizaron al menos un aborto durante su vida. Los abortos en Perú a menudo se llevan a cabo en operaciones clandestinas que son de fácil acceso, aunque peligrosas, ya que las mujeres frecuentemente experimentan complicaciones crónicas o permanentes relacionadas con los procedimientos informales (9).

El informe reciente de la Defensoría del Pueblo revela datos preocupantes sobre el conocimiento y la implementación del Protocolo de aborto terapéutico en los

establecimientos de salud del Perú. Según el informe, de los 70 establecimientos de salud de primer nivel supervisados, solo el 29% conocía el Protocolo. En cuanto a los 39 establecimientos de segundo nivel, solo el 51% informaba y conocía el Protocolo, mientras que el 39% afirmaba no aplicar este tipo de procedimiento (10).

Estas cifras indican una falta significativa de conocimiento y aplicación adecuada del Protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos de salud en Perú. Es alarmante que incluso haya un establecimiento que señale que el aborto terapéutico no está legalizado en el país, lo cual es incorrecto y refleja la falta de conocimiento del personal sanitario sobre la legislación vigente (10).

Asimismo, la falta de acceso a servicios de aborto seguros ha dado lugar a un aumento en las complicaciones para las mujeres que optan por someterse a abortos clandestinos. Esta situación se ilustra en el contexto de Perú, donde las personas y grupos en Internet que ofrecen apoyo en la realización de abortos proporcionan amplias recomendaciones para los procedimientos, pero estos no siempre cumplen con los estándares internacionales de seguridad y calidad (11).

Además, el alto precio del medicamento abortivo comúnmente utilizado, el misoprostol, en Perú es un factor limitante significativo. Este aumento de precio se debe a las repercusiones legales que enfrentan las personas que utilizan dichos medicamentos con fines abortivos. Como resultado, el medicamento se vuelve inaccesible para la mujer promedio, lo que la coloca en una posición aún más vulnerable al buscar opciones de aborto (11).

En cuanto a las características de las mujeres que optan por el aborto pueden variar según el contexto cultural, social y legal en el que se encuentren, entre las características comunes se encuentran la edad, especialmente las adolescentes, tienen una mayor probabilidad de buscar un aborto, ser solteras o que no tienen una relación de pareja, aquellas que ya tienen hijos, con niveles educativos altos y los recursos económicos limitados (12).

Este panorama resalta los desafíos y las barreras que enfrentan las mujeres en países como Perú, donde la falta de acceso a servicios de aborto seguros, tanto

legales como económicos, contribuye a un mayor riesgo de complicaciones y a la necesidad de recurrir a métodos inseguros. La inaccesibilidad a los abortos seguros no solo pone en peligro la salud y el bienestar de las mujeres, sino que también perpetúa la desigualdad y las cargas sociales y financieras que enfrentan. Es fundamental abordar estas problemáticas desde una perspectiva de salud pública y derechos humanos, buscando garantizar la disponibilidad y accesibilidad a servicios de aborto seguros y respetuosos para todas las mujeres.

Es por ello que realizar una investigación sobre la caracterización epidemiológica y clínica del aborto es fundamental por varias razones. En primer lugar, brinda información precisa y actualizada sobre la incidencia, prevalencia y características de las mujeres que se someten a un aborto, lo que permite comprender mejor el panorama de la salud reproductiva y tomar decisiones informadas en la planificación y provisión de servicios de salud. Además, un estudio de este tipo ayuda a identificar factores de riesgo y determinantes sociales relacionados con el aborto, lo que puede contribuir a la implementación de intervenciones preventivas y políticas públicas efectivas para reducir los embarazos no deseados y mejorar la salud materna. Asimismo, la caracterización clínica del aborto proporciona datos valiosos sobre los métodos utilizados, las complicaciones asociadas y la calidad de atención, lo que permite mejorar los estándares de atención y promover la seguridad y la calidad en los servicios de aborto. En resumen, la realización de este tipo de estudio es esencial para abordar las necesidades de las mujeres, mejorar la atención médica y promover políticas basadas en evidencia en el campo de la salud reproductiva.

Por todo lo antes mencionado se plantea la siguiente interrogante. ¿Cuáles son las características epidemiológica y clínica del aborto en el Hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022?

Para tal efecto se delinea el siguiente objetivo general. Determinar las características epidemiológica y clínica del aborto en el Hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022. Como objetivos específicos tenemos: Estimar la frecuencia

de aborto. Conocer las características epidemiológicas de la población en estudio. Identificar las características clínicas. Describir las complicaciones del aborto.

II. DESARROLLO

A nivel internacional se tiene el estudio de Sesay F et al. (África Occidental – inicios 2023) titulado: Determinantes del aborto inducido entre mujeres en edad reproductiva: evidencia de la Encuesta Demográfica y de Salud de Sierra Leona de 2013 y 2019, con el objetivo de mostrar los determinantes del aborto inducido entre mujeres en edad reproductiva durante 7 años consecutivos. Dicho estudio fue analítico, cuya finalidad fue indagar estos determinantes. Los resultados mostraron que una minoría (9%) de las participantes había tenido un aborto inducido, a su vez aquellas se caracterizaron por tener entre 35 a 39 años, ser casadas, empleadas, de residencia rural, sin educación, multíparas (3 a 5 hijos) y sin uso de algún MAC (13).

Por su parte Kang L et al. (China – 2022) desarrollaron una pesquisa titulada Prevalencia del aborto inducido entre mujeres chinas de 18 a 49 años: hallazgos de tres estudios transversales, para evaluar la prevalencia del aborto inducido y los factores relacionados en 14 573 mujeres chinas de 18 a 49 años durante los años 2016, 2017 y 2021. Hallando que el 16.70% experimentaron un aborto inducido, mientras que el 6.88% ya tenían antecedente de aborto inducido. Por otro lado, prevalecieron y fueron factores de riesgo aquellas con rango de edad

entre 25 a 49 años, con más de 4 hijos y con nivel educativo inferior ($p < 0.05$) (14).

Asimismo, Rodríguez B et al. (Cuba – 2020) llevaron a cabo una investigación titulado Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo, fue de tipo descriptiva, transversal, observacional y prospectiva cuyo objetivo fue examinar algunos aspectos epidemiológicos del aborto espontáneo en 109 pacientes. Hallando que, los participantes del estudio se caracterizaban por tener edades comprendidas entre los 21 y 25 años (22.94%), ser segundigestas (59.34%) y tener antecedentes previos de aborto (51.38%). Además, se encontró que el 100% de las pacientes presentaban complicaciones asociadas, tales como sangrado transvaginal (79.81%), dolor abdominal en la región hipogástrica (12.84%) y amenorrea secundaria (7.33%) (15).

Mientras tanto, Arif J y Mohamed A (Etiopía – 2020) desarrollaron un estudio titulado Prevalencia del aborto inducido y factores asociados entre mujeres en edad reproductiva en la región de Harari, Etiopía. Fue de tipo transversal para determinar la prevalencia y los factores asociados al aborto inducido entre 620 mujeres en edad reproductiva. Encontrando un predominio de aquellas entre 30 y 49 años (37.7%), casadas (72.6%), amas de casa (44.2%), alfabetas (27.2%), con menos de 4 embarazos anteriores (81.2%), el tipo de aborto fue inducido (63.73%), y con complicaciones (95.1%). (16).

Del mismo modo Meléndez R (Ecuador – 2019) ejecutó un estudio titulado Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del Cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019, fue de tipo analítico con el objetivo de identificar los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados al aborto espontáneo en un grupo de 127 gestantes. Hallando un predominio de aquellas cuya edad fluctuaba entre los 15 y 23 años (43%), casadas (46%), multigestas (57%). Además, se halló que el 48% de las gestantes tenían antecedentes de aborto, y el tipo de aborto más prevalente fue el incompleto en el 50% de los casos. Más de la mitad de las mujeres (52%) presentaron complicaciones, entre las que se destacaron la hemorragia (58%) y la infección (42%) (17).

Además, Rivero y Pintado (Ecuador – 2017), en su indagación titulado Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017, de tipo analítico con el fin de indicar los factores que predisponen al aborto en un grupo de 92 pacientes mujeres con antecedentes de aborto. Desarrollando un estudio descriptivo y longitudinal Hallando que, la mayoría de mujeres tenían edades comprendidas entre los 20 y 25 años (46%), se encontraban en las primeras 12 semanas de gestación (79%) y eran multigestas (87%). Además, se halló que el 9% de las mujeres que habían experimentado un aborto presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la hemorragia (18).

En el ámbito nacional se hallaron investigaciones como la de Quiroz N (Cajamarca – 2022) quien realizó una investigación titulado Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021; de tipo descriptivo - correlacional para determinar la relación de los factores sociodemográficos y obstétricos con el aborto incompleto en 60 mujeres. Entre sus resultados, encontraron que aquellas con aborto se caracterizaron por tener entre 30 y 49 años (45%), ser conviviente (52%), procedente de zonas rurales (80%), con educación primaria incompleta (33%), amas de casa (90%), multigesta (40%), con un antecedente de aborto (43%) y con un PI de 2 a 5 años (32%) (19).

Asimismo, Gonzáles N (Bagua – 2021) publicó su tesis titulado Prevalencia de aborto y complicaciones en nativas Awajun atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta – Lujan – Bagua, año 2019, de tipo descriptiva para indicar prevalencia de aborto incompleto en 278 mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto, encontrando una prevalencia del 14.82%, las cuales se caracterizaban por tener entre 18 y 23 años (30.58%), proceder de zonas urbano marginales (67.99%), con educación secundaria completa (35.25%), convivientes (55.76%), amas de casa (58.27), con una edad

gestacional \leq 12 semanas (57.19%) y segundigestas (62.95%), por otro lado, la prevalencia de complicaciones del aborto fue 36.33% y entre ellas estuvo la hemorragia (82.18%) y sepsis (17.82%) (20).

Igualmente, Lozano B (Iquitos – 2017) llevó a cabo un estudio titulado Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016, de tipo descriptivo - observacional con el objetivo de determinar la prevalencia del aborto incompleto. La muestra la conformaron 232 mujeres, y se encontró que la prevalencia de aborto incompleto fue 53.08%. Estas mujeres se caracterizaban por tener edades comprendidas entre los 15 y 20 años (31%), estar en una relación de convivencia (64.7%), proceder de zonas urbanas (80.2%), ser amas de casa (65.1%), haber completado la educación secundaria (32.8%), ser primigestas (39.2%), haber tenido solo una atención prenatal (40.1%), haber experimentado un aborto previo (95.7%) y tener una edad gestacional de entre 6 y 10 semanas al momento del aborto (59.9%) (21).

Base teórica

Un aborto es un procedimiento para terminar un embarazo (22).

Tipos de aborto:

Incompleto: Sucede cuando el feto no es expulsado y es necesario que se practique un aborto en un establecimiento para completar el aborto (23).

Retenido o Frustrado: se refiere a una situación en la cual se produce una pérdida de embarazo en la que el feto no se desarrolla adecuadamente, pero el cuerpo de la mujer no reconoce la pérdida y el tejido del embarazo no es expulsado de manera natural (24).

Séptico: El aborto séptico es una infección uterina grave que ocurre durante o poco antes o después de un aborto, ya sea espontáneo o inducido. Estas infecciones generalmente se producen debido al uso de técnicas no estériles

para la evacuación del útero después de un aborto, ya sea realizado de forma intencional o que ocurra de manera espontánea (25).

Aborto con medicamentos: Implica tomar medicamentos para interrumpir el embarazo. Por lo general, este tipo de aborto es solo una opción hasta 11 semanas después del último período menstrual. Tiene una efectividad de alrededor del 95% para ayudar a alguien a pasar completamente un embarazo sin cirugía. Los medicamentos más comunes que se administran para un aborto son: Mifepristona (Mifeprex, RU-486) y el misoprostol (Cytotec), la mifepristona bloquea la acción de la hormona progesterona, que es importante para el embarazo, mientras que el misoprostol hace que el útero se contraiga y se vacíe. Los abortos con medicamentos pueden tardar hasta 24 horas en completarse (26).

Cabe recalcar que, un aborto con medicamentos es diferente a la anticoncepción de emergencia, de las cuales la más común se conoce como la “píldora del día después”. La anticoncepción de emergencia se usa para prevenir el embarazo, mientras que el aborto con medicamentos se usa para interrumpir un embarazo (26).

Aborto Quirúrgico: O un "aborto en una clínica", es un procedimiento que se realiza para extraer el tejido del embarazo de la matriz (útero) de una persona. Existen 2 tipos:

- **Aborto por succión (aspiración al vacío):** Con esta técnica, se utiliza una succión suave para vaciar el útero. Se puede realizar un aborto por succión hasta alrededor de 14 a 16 semanas después de su último período. Este es el tipo más común de aborto en una clínica (26).
- **Aborto con dilatación y evacuación:** Implica el uso de instrumentos quirúrgicos y de succión para vaciar el útero de una mujer. Los médicos pueden recomendar este tipo de procedimiento si han pasado 16 semanas o más desde su último período (26).

Complicaciones del aborto:

Infección: La infección bacteriana es una complicación poco frecuente del aborto. Las tasas son bajas: menos del 1% en el aborto por aspiración al vacío, pero pueden ser ligeramente más altas para los procedimientos de aborto posteriores. Las bacterias de la vagina pueden ingresar al cuello uterino dilatado y, desde allí, subir al útero y las trompas de Falopio. A menudo se administran antibióticos en el momento del aborto para "evitar" posibles infecciones. Se usarán antibióticos para tratar cualquier infección que se desarrolle. En raras ocasiones, es posible que se necesite repetir la succión o la cirugía. La notificación inmediata por parte de la mujer de cualquier síntoma de infección es importante para reducir la gravedad de una infección y las posibles complicaciones. Los síntomas de infección pueden incluir fiebre y escalofríos, aumento del dolor, flujo vaginal maloliente y aumento del sangrado (27).

Aborto incompleto: Es posible que el tejido fetal u otros productos del embarazo no se vacíen completamente del útero. Cuando esto ocurre, puede resultar en un sangrado abundante o irregular e infección. El aborto incompleto a menudo requiere un procedimiento repetido, como dilatación y curetaje. La tasa reportada de esta complicación es baja: menos del 1% (27).

Lesión cervical: Se pueden producir lesiones en el cuello uterino (la abertura del útero) durante los procedimientos de aborto. Esto puede ser un corte superficial o un desgarro más profundo en el tejido. El riesgo de daño al cuello uterino se reduce con técnicas de dilatación gradual. Los procedimientos de aborto múltiple pueden provocar complicaciones en el embarazo en el futuro, como cuello uterino incompetente, que podría conducir a un parto prematuro. La lesión del cuello uterino ocurre en menos del 1% de todos los abortos y rara vez es permanente (27).

Perforación uterina: Un instrumento médico utilizado en el procedimiento de aborto puede atravesar la pared del útero. Según la ubicación de la lesión y la profundidad de la perforación, puede haber sangrado o lesiones en los órganos circundantes. La perforación también puede proporcionar un punto de entrada para una infección. Se debe realizar una evaluación de posibles lesiones. Ocasionalmente se necesita cirugía, pero a menudo, todo lo que se necesita es

la observación de la mujer. El riesgo de perforación está relacionado con la etapa del embarazo y la experiencia del proveedor del aborto (27).

Sangrado abundante (hemorragia): Usualmente se observa algo de sangrado después de todos los procedimientos de aborto. Sin embargo, el sangrado abundante no es común. El sangrado abundante se puede tratar con succión repetida o medicamentos. Muy rara vez se necesita cirugía o transfusión de sangre (27).

Coágulos de sangre retenidos en el útero: El sangrado dentro del útero puede coagularse antes de que sea expulsado. Esto resulta en cólicos uterinos severos. Ocurre en menos del 1% de todos los abortos. Los coágulos generalmente se eliminan mediante un procedimiento repetido de aspiración al vacío o medicamentos (27).

Reacciones alérgicas y complicaciones relacionadas con la anestesia: Cualquier procedimiento quirúrgico que requiera anestesia o medicamentos conlleva un pequeño riesgo debido a la respuesta humana a los fármacos. Las reacciones adversas a los medicamentos pueden ser reacciones alérgicas y causar erupciones cutáneas, dificultad para respirar, náuseas, vómitos o hinchazón. Estas reacciones pueden ocurrir con medicamentos o anestesia local y general. La lidocaína es el fármaco anestésico más utilizado. Los anestésicos aplicados localmente son mucho más seguros que los anestésicos generales (los que hacen que una persona se duerma). Los anestésicos generales casi nunca se usan para los procedimientos de aborto en el primer trimestre. Se utilizan con frecuencia en el segundo trimestre (27).

Otros riesgos médicos o complicaciones del aborto:

Terapia con inmunoglobulina Rh: El material proteico que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos se conoce como factor Rh. Si una mujer y su feto tienen diferentes factores Rh, la mujer debe recibir medicación para prevenir el desarrollo de anticuerpos que pondrían en peligro futuros embarazos (27).

Infertilidad: La mayoría de las causas de infertilidad no tienen nada que ver con el aborto. Ocasionalmente, quedar embarazada puede ser difícil después de un aborto, especialmente si hubo complicaciones (27).

En países del primer mundo, las razones para abortar varían entre ellas tenemos (26):

- Embarazo no planificado.
- Tienen una condición médica que hace que el embarazo sea potencialmente mortal.
- El feto tiene una condición médica grave.
- Requieren asistencia médica para inducir el parto de tejido fetal no viable después de un aborto espontáneo o muerte fetal.

Otras de las razones son (26):

- No estar preparada financieramente
- Mal momento
- El deseo de centrarse en los hijos que ya tenían.
- Preocupación de que el embarazo interfiera con oportunidades futuras
- No estar preparado emocionalmente
- Razones relacionadas con la salud
- Creer que el niño merece una vida mejor
- No ser lo suficientemente independiente o maduro
- Influencias de familiares o amigos.

III.METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación:

Cuantitativa, retrospectiva y transversal (28).

3.2. Diseño de investigación:

Descriptiva (28).

3.3. Variables y operacionalización:

Caracterización epidemiológica y clínica del aborto.

Características epidemiológicas

Definición conceptual: Características, cualidades o propiedades de una persona que guardan alguna relación con una enfermedad son de interés epidemiológico (29).

Definición operacional: Cada uno de los rasgos epidemiológicos de la población motivo de estudio (edad, zona de procedencia, grado de instrucción, estado civil y ocupación)

Características clínicas

Definición conceptual: Aspectos observables y medibles de un paciente o un grupo de pacientes que están relacionados con su estado de salud y su presentación clínica (29).

Definición operacional: Datos clínicos consignados en la ficha clínica (edad gestacional, número de gestaciones, antecedente de aborto, tipo de aborto y complicaciones de aborto)

Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Tipo	Escala	Indicador	Instrumento
Características epidemiológicas	Edad	Cuantitativa	Razón	≤ 17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 > 35	Ficha de Recolección de datos
	Zona de procedencia	Cualitativa	Nominal	Urbana Urbana – Marginal Rural	
	Grado de instrucción	Cuantitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior universitaria Superior no universitaria	
	Estado civil	Cualitativa	Nominal	Casada Conviviente Soltera	
	Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Empleada / Obrera Estudiante	
Características Clínicas	Edad Gestacional	Cuantitativa	Razón	≤ 12 sem > 12 sem	
	Número de gestaciones	Cualitativa	Ordinal	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran Multigesta	
	Antecedente de aborto	Cualitativa	Nominal	Si No	
	Tipo de aborto	Cualitativa	Nominal	Incompleto Retenido o Frustrado Séptico	
	Complicaciones del aborto	Cualitativa	Nominal	Hemorragia Infección Shock hipovolémico	

3.4. Población, muestra y muestreo.

Población: Estuvo conformada por 357 gestantes atendidas por aborto en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Las Mercedes Chiclayo, durante el año 2022.

Criterios de inclusión

- Aborto incompleto, retenido o frustrado, séptico.

Criterios de exclusión

- Historial clínico incompleto y/o ilegible

Muestra: Se trabajó con el 100% de la población. Se logró obtener datos y realizar análisis sobre cada paciente que conformó la población objetivo, permitiendo buscar incluir a todos los elementos relevantes, eliminando así el sesgo de muestreo y proporcionando una visión completa y representativa de la totalidad de la población en estudio.

Muestreo: Puesto que se trabajó con el total de población, no se llevó a cabo un muestreo.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se empleó como instrumento, una ficha de recolección de datos (Ver Anexo) dividida en dos partes: características epidemiológicas (edad, zona de procedencia, grado de instrucción, estado civil y ocupación) y características clínicas (edad gestacional, número de gestaciones, antecedente de aborto, tipo de aborto y complicaciones de aborto).

Como técnica se manejó el análisis documental a través de la revisión de historias clínicas.

3.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones.

Luego de la aprobación del Plan de Tesis y la autorización respectiva del Hospital Las Mercedes Chiclayo, se procedió a recolectar los datos necesarios para el informe final.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se utilizó el software estadístico SPSS versión 27 para el análisis de datos, y la información recopilada fue consignada en tablas estadísticas de una entrada. Este enfoque metodológico permitió organizar los datos de manera estructurada, facilitando la presentación y la interpretación de los resultados. La elección de SPSS versión 27 indicó un compromiso con un análisis estadístico riguroso, proporcionando una base sólida para la comprensión de los hallazgos.

3.8. Aspectos Éticos.

Los datos obtenidos del libro de registro e historial clínico de la paciente fueron utilizados con fines investigativos.

Se anonimizaron rigurosamente los datos, eliminando cualquier identificador personal que pudiera vincular a un paciente específico, como nombres, fechas de nacimiento o números de identificación.

Se implementaron medidas estrictas de confidencialidad para proteger los datos en todas las etapas del análisis, limitando el acceso solo a investigadores autorizados y estableciendo medidas de seguridad.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de aborto en el hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022.

	Nº	%
Total de pacientes atendidas en el Dpto de Gineco – Obstetricia del Hospital Las Mercedes Chiclayo, durante el año 2022.	4375	100.00
Total de abortos registrados durante el año 2022.	357	08.16

Fuente: Libro de Registro del Dpto de Gineco – Obstetricia del Hospital Las Mercedes Chiclayo.

Interpretación: Del total de pacientes atendidas en el Dpto de Gineco – Obstetricia del Hospital Las Mercedes Chiclayo, durante el año 2022, se registraron 357 casos de aborto, lo que representa el 8.16% del total de pacientes atendidas.

Esto muestra una tasa relativamente baja en comparación con estudios en otras regiones. Sesay et al. en África Occidental encontraron que el 9% de las participantes había tenido un aborto inducido, una cifra ligeramente menor (13). Kang et al. en China informaron que el 16.70% experimentaron un aborto inducido, mientras que el 6.88% tenía antecedentes de aborto inducido, tasas más altas que las observadas en Chiclayo (14). Gonzáles en Bagua registró una prevalencia del 14.82% (20), también superior, mientras que Lozano en Iquitos encontró una prevalencia sorprendentemente alta del 53.08% de abortos incompletos en 2017 (21). Estas variaciones pueden deberse a diferencias en la población estudiada, factores culturales, acceso a la atención médica o prácticas de salud reproductiva en las respectivas regiones.

Tabla 2. Características epidemiológicas de las pacientes con aborto atendidas en el hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022.

Total = 357		
Edad	Nº	%
≤ 17	33	9.24
18 – 23	83	23.25
24 – 29	91	25.49
30 – 35	66	18.49
> 35	84	23.53
Zona de Procedencia	Nº	%
Urbana	145	40.62
Urbana – Marginal	96	26.89
Rural	116	32.49
Grado de instrucción	Nº	%
Analfabeta	92	25.77
Primaria	97	27.17
Secundaria	110	30.81
Superior universitaria	--	--
Superior no universitaria	58	16.25
Estado Civil	Nº	%
Casada	52	14.57
Conviviente	177	49.58
Soltera	128	35.85
Ocupación	Nº	%
Ama de casa	252	70.59
Empleada/Obrera	80	22.41
Estudiante	25	7.00

Fuente: Libro de Registro del Dpto de Gineco – Obstetricia del Hospital Las Mercedes Chiclayo.

Interpretación: Las pacientes con aborto atendidas en el hospital en mención se caracterizaron epidemiológicamente en su mayoría por tener entre 24 a 29 años de edad (25.49%), proceder de zonas urbanas (40.62%), contar con educación secundaria (30.81%), ser convivientes (49.58%) y amas de casa (70.59%).

Estas características contrastan con las pacientes en África Occidental, que tienden a ser más mayores (35 a 39 años), casadas, empleadas, de áreas rurales y con menor nivel educativo (13). En China, se destaca una prevalencia entre mujeres de 25 a 49 años con niveles educativos más bajos (14). Otros estudios, como el de Cuba, Etiopía y Ecuador, revelan una diversidad de características demográficas, como edades comprendidas entre 21 y 25 años, predominio entre mujeres de 30 a 49 años, casadas, amas de casa y alfabetas, o predominio en

mujeres más jóvenes de 15 a 23 años (15–18). A nivel nacional, las pacientes en Chiclayo comparten algunas similitudes con aquellas en Cajamarca y Bagua en términos de edad y roles familiares, pero difieren en términos de residencia urbana o rural y nivel educativo (19,20), a su vez Lozano B en muestran que tenían entre 15 y 20 años, eran convivientes, de zonas urbanas, amas de casa y tenían educación secundaria (21). Estas discrepancias sugieren que, si bien hay similitudes en algunos aspectos demográficos, las diferencias notables pueden atribuirse a influencias culturales, sociales y económicas específicas de cada región. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la salud reproductiva de manera contextualizada, considerando las particularidades de cada comunidad.

Tabla 3. Características clínicas de las pacientes con aborto atendidas en el hospital Las Mercedes Chiclayo, año 2022.

Total = 357		
Edad Gestacional	Nº	%
≤ 12 sem	258	72.27
> 12 sem	99	27.73
Nº de gestaciones	Nº	%
Primigesta	120	33.61
Segundigesta	129	36.13
Multigesta	108	30.25
Antecedente de aborto	Nº	%
Si	237	66.39
No	120	33.61
Tipo de Aborto	Nº	%
Incompleto	288	80.67
Retenido o Frustrado	67	18.77
Séptico	2	0.56

Fuente: Libro de Registro del Dpto de Gineco – Obstetricia del Hospital Las Mercedes Chiclayo.

Interpretación: Las pacientes con aborto atendidas en el hospital en mención se caracterizaron clínicamente en su mayoría por tener una edad gestacional menor o igual de 12 semanas (72.27%), ser segundigestas (36.13%), haber tenido antecedente de aborto (66.39%) y el tipo de aborto fue incompleto (80.67%).

Estos resultados concuerdan con la investigaciones en el ámbito nacional como Bagua y Cajamarca, donde se destaca una proporción significativa de mujeres con edad gestacional ≤ 12 semanas y antecedentes de aborto, aunque con algunas variaciones en el estado gestacional y la paridad (19,20).

Por otro lado, las diferencias notables surgen al comparar con estudios en África Occidental, China, Cuba, Etiopía, Ecuador e Iquitos. En África Occidental, se observa una mayor proporción de mujeres multíparas y sin uso de métodos anticonceptivos, en contraste con la situación en Chiclayo y Bagua.

Por su parte, en China, las mujeres con más de 4 hijos predominan, mientras que en Chiclayo se observa una paridad menor. En Ecuador, tanto en estudios nacionales como regionales, las mujeres eran mayormente multigestas, coincidiendo con la situación en Chiclayo. Sin embargo, en Iquitos, las mujeres eran primigestas, lo cual contrasta con el perfil observado en Chiclayo (14–18,21).

Estas variaciones sugieren que las características clínicas de las pacientes con aborto están influenciadas por factores regionales, culturales y socioeconómicos. La comprensión de estas diferencias es esencial para adaptar las estrategias de atención y prevención a las necesidades específicas de cada comunidad, destacando la importancia de enfoques contextualizados en la salud reproductiva.

Tabla 4. Complicaciones del aborto en pacientes atendidas en el hospital las Mercedes Chiclayo, año 2022.

Total = 357		
Complicaciones	Nº	%
Hemorragias	350	98.04
Infección	5	1.40
Shock hipovolémico	2	0.56

Fuente: Libro de Registro del Dpto de Gineco – Obstetricia del Hospital Las Mercedes Chiclayo.

Interpretación: Entre las complicaciones presentadas en las pacientes con aborto estuvo en gran proporción las hemorragias (98.04%), y de manera mínima la infección (1.40%) y shock hipovolémico (0.56%).

En contraste, en Cuba, se observa que el 100% de las pacientes con aborto presenta complicaciones, siendo el sangrado transvaginal la más frecuente, seguido por el dolor abdominal en la región hipogástrica y la amenorrea secundaria (15). En Etiopía, la mayoría de los abortos se asocian con complicaciones en un 95.1% (16), mientras que, en Ecuador, más de la mitad de las mujeres experimentan complicaciones, destacando la hemorragia y la infección (17,18). En Bagua, la prevalencia de complicaciones es significativa (36.33%), siendo la hemorragia y la sepsis las más frecuentes (20). Estas diferencias podrían atribuirse a múltiples factores, como variaciones en la calidad de la atención médica, acceso a servicios de salud, y prácticas de salud reproductiva en cada ubicación. La alta prevalencia de hemorragia en Chiclayo y en otros lugares destaca la necesidad de estrategias de atención médica preventiva y accesible para reducir las complicaciones asociadas al aborto. Además, resalta la importancia de considerar los contextos locales al diseñar intervenciones de salud reproductiva.

V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de aborto en el hospital Las Mercedes Chiclayo durante 2022 fue del 8.16%
2. Las pacientes con aborto atendidas en el hospital en mención se caracterizaron epidemiológicamente en su mayoría por tener entre 24 a 29 años de edad, proceder de zonas urbanas, tener educación secundaria, ser convivientes y amas de casa.
3. Las pacientes con aborto atendidas en el hospital en mención se caracterizaron clínicamente en su mayoría por tener una edad gestacional ≤ 12 semanas, ser segundigestas, haber tenido antecedente de aborto y el tipo de aborto fue incompleto.
4. Las complicaciones presentadas en las pacientes con aborto estuvo en gran proporción las hemorragias (98.04%), y de manera mínima la infección (1.40%) y shock hipovolémico (0.56%).

VI. RECOMENDACIONES

A LOS PROFESIONALES DE SALUD

Personalizar la atención médica según grupos de edad específicos, zonas urbanas, nivel educativo, estado civil y ocupación, implicando estrategias diferenciadas para abordar las necesidades de salud reproductiva de cada grupo.

Fortalecer los servicios de atención prenatal y ofrecer asesoramiento específico a mujeres con antecedentes de aborto, incluyendo la identificación temprana de riesgos y el apoyo emocional.

Desarrollar estrategias específicas para la prevención y manejo de hemorragias, incluyendo protocolos de atención estándar, capacitación en técnicas de control de la hemorragia y educación continua para las mujeres.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto [Internet]. 2021 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
2. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Clasificación mundial, regional y subregional de abortos por seguridad, 2010–14: estimaciones de un modelo jerárquico bayesiano. *The Lancet*. 25 de noviembre de 2017;390(10110):2372-81.
3. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Embarazo no deseado y aborto por ingreso, región y estado legal del aborto: estimaciones de un modelo integral para 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 1 de septiembre de 2020;8(9):e1152-61.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. junio de 2014;2(6):e323-333.
5. Planned Parenthood. Peru [Internet]. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/about-us/planned-parenthood-global/where-we-work/peru>
6. Human Rights Watch. Perú: mujeres en riesgo a las que se les niegan abortos legales [Internet]. Human Rights Watch. 2008 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2008/07/09/peru-risk-women-denied-legal-abortions>
7. MINSA. Plan nacional de reducción y control de la anemia en la población materno infantil en el Perú: 2017 – 2021. Lima; 2017.
8. Mahtani N. *El País*. 2023 [citado 2 de mayo de 2023]. El aborto terapéutico, en peligro en Perú. Disponible en: <https://elpais.com/opinion/2023-05-01/el-aborto-terapeutico-en-peligro-en-peru.html>

9. Céspedes P, Rentería ER, Pinto JA. The hidden impact of the clandestine abortion in Peru. *J Public Health Policy*. 2020;41(2):228-9.
10. Ramos G, Lovón C. Causa Justa: la agenda pendiente sobre aborto en Perú. A propósito del caso colombiano [Internet]. IDEHPUCP. 2022 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/causa-justa-la-agenda-pendiente-sobre-aborto-en-peru-a-proposito-del-caso-colombiano/>
11. Merino N, Meléndez W, Taype A. Abortion services offered via the Internet in Lima, Peru: methods and prices. *BMJ Sex Reprod Health* [Internet]. 2016 [citado 2 de junio de 2023];42(1). Disponible en: <https://srh.bmj.com/content/42/1/77#ref-3>
12. Jones J. Population group abortion rates and lifetime incidence of abortion: United States, 2008-2014. *Am J Public Health*. 2019;109(7):1056-61.
13. Sesay FR, Anaba EA, Manu A, Maya E, Torpey K, Adanu RMK. Determinantes del aborto inducido entre mujeres en edad reproductiva: evidencia de la Encuesta Demográfica y de Salud de Sierra Leona de 2013 y 2019. *BMC Womens Health*. 2023;23:44.
14. Kang L, Liu J, Ma Q, Jing W, Wu Y, Zhang S, et al. Prevalencia del aborto inducido entre mujeres chinas de 18 a 49 años: hallazgos de tres estudios transversales. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 2 de junio de 2023];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.926246>
15. Rodríguez Blanco CL, De los Ríos Palomino M, González Rodríguez AM, Quintana Blanco DS, Sánchez Reyes I, Rodríguez Blanco CL, et al. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed*. diciembre de 2020;24(6):1349-65.
16. Arif Hussen J, Mohamed Zekeria A. Prevalencia del aborto inducido y factores asociados entre mujeres en edad reproductiva en la región de Harari, Etiopía. *Public Health Indones*. 18 de mayo de 2020;6(2):35-40.

17. Melendez Cuadrado RE. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del Cantón El Carmen-Manabí, mayo-septiembre 2019 [Internet] [Tesis para la obtención del título de Obstetrix]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2019 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6491>
18. Rivero Navia MJ, Pintado Abad SV. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017. [Internet] [Tesis para optar el título de médico general]. [Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8043>
19. Quiroz Fernández N. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021 [Internet] [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4960>
20. Gonzales N. Prevalencia de aborto y complicaciones en nativas Awajun atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta – Lujan – Bagua, año 2019 [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. [Chiclayo]: Universidad Particular de Chiclayo; 2021.
21. Lozano Pilco B. Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016 [Internet] [Tesis para optar el título de médico cirujano]. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4852>
22. MedlinePlus. Aborto [Internet]. National Library of Medicine; [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/abortion.html>

23. MedlinePlus. Terminación del embarazo con medicamentos: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000835.htm>
24. Ovia Health. ¿Qué es un aborto espontáneo retenido? [Internet]. Ovia Health. 2020 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.oviahealth.com/es/guide/223101/pregnancy-loss-missed-miscarriage-pregnancy/>
25. Dulay A. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Aborto séptico - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-s%C3%A9ptico>
26. Lynn J, Hammond M. EverydayHealth.com. 2022 [citado 5 de abril de 2023]. ¿Qué es un aborto? Disponible en: <https://www.everydayhealth.com/abortion/guide/>
27. Health Alaska. Posibles riesgos médicos o complicaciones del aborto [Internet]. 2022 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://health.alaska.gov/dph/wcfh/Pages/informedconsent/abortion/risks.aspx>
28. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 7^{ma}. México: Mc – Graw - Hill Interamericana Editores, S.A.; 2014.
29. Estudios epidemiológicos descriptivos: características - Salud Pública y algo más [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/03/06/86037

ANEXO



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Caracterización epidemiológica y clínica del aborto en el HLMCH, 2022”

I.- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

- Edad: () ≤ 17 () 18 – 23 () 24 – 29 () 30 – 35 () > 35
- Zona de Procedencia: Urbana () Urbano – Marginal () Rural ()
- Grado de Instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Sup universitaria () Sup no universitaria ()
- Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente ()
- Ocupación: Ama de Casa () Empleada/Obrera () Estudiante ()

II.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

EG: ≤ 12 sem () > 12 sem ()

Nº de Gestaciones: Primigesta () Segundigesta () Multigesta () Gran Multigesta ()

Antecedente de aborto: Si () No ()

Tipo de aborto: Incompleto () Retenido o Frustrado () Séptico ()

COMPLICACIONES DEL ABORTO

() Hemorragia () Shock hipovolémico () Infección



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"



Nº 056/ 23

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:


**CORDOVA CASTILLO
DULUMILIA MARIEL**

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: *"Caracterización Epidemiológica y Clínica del Aborto en el Hospital Las Mercedes Chiclayo, Año 2022"* debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Junio 2023

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CHICLAYO

Dr. Juan Gerardo Oriundo Verdstequi
CMP: 31157
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO

Dr. Fernando Eulogio. Peña Dávila
CMP N° 81068
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN