

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES
GINECO-OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL ABORTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO
– NOVIEMBRE DEL 2019”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

ESPINOZA FERNÁNDEZ MARINA ASUCENA

PUCALLPA - PERÚ

2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

En Pucallpa, a los 01 días del mes de FEBRERO del dos mil veintiuno, siendo las 12:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada "**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS RELACIONADOS AL ABORTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-NOVIEMBRE DEL 2019**", elaborado por la Bachiller **MARINA ASUCENA ESPINOZA FERNANDEZ**.

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHAVEZ	(Presidente)
M.C. MAGNO ROMERO PACHECO	(Miembro)
M.C. RAUL CARRION VILLAZANA	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de Dieciséis (16). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 01 de FEBRERO del 2021.

.....
M.C. Oscar Marcelino Cornejo Chávez
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Magno Romero Pacheco
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Raúl Carrión Villazana
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. Raúl Carrión Villazana
MÉDICO GINECO-OBSTETRA
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA INFERTILIDAD
VIDEOCOLPOSCOPIA ECOGRAFÍA
C.M.P.N° 36295 R.N.I. 24818

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

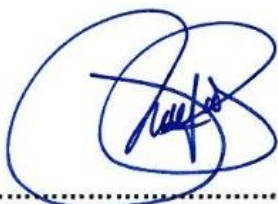
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.



MC. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHÁVEZ

Presidente



MC. MAGNO ROMERO PACHECO

Miembro



MC. RAÚL CARRIÓN VILLAZANA

Miembro



MC. MITMA VÁSQUEZ REINALDO GENARO

Asesor



ESPINOZA FERNÁNDEZ MARINA ASUCENA

Tesista



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N°0123-2020

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe Final (Tesis), titulado:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS RELACIONADOS AL ABORTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – NOVIEMBRE DEL 2019.

Cuyo autor (es) : **ESPINOZA FERNÁNDEZ, MARINA ASUCENA**

Facultad : **MEDICINA HUMANA**

Escuela Profesional : **MEDICINA HUMANA**

Asesor : **Mg. Mitma Vasquez, Reinaldo Genaro**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 01%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: **SI** Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que **SI** se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 11/03/2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL
DRA. GINA FARI QUESPE
Direc. Gen. Prod. Intel.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, MARINA ASUCENA ESPINOZA FERNANDEZ
Autor de la TESIS titulada:
"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES
GINECO-OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL ABORTO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO-NOVIEMBRE
DEL 2019".

Sustentada el año: 2021
Con la asesoría de: MC: MITMA VASQUEZ REINALDO GENARO.
En la Facultad de: MEDICINA HUMANA.
Carrera Profesional de: MEDICINA HUMANA.

Autorizo la publicación:

PARCIAL ☐ Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPi cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL ☒ Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 01 / 02 / 2021

Email: marina.asucena@gmail.com

Firma: 

Teléfono: 920117327

DNI: 70198340

PORTADA

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS RELACIONADOS AL ABORTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – NOVIEMBRE DEL 2019”.

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

SALUD Y MORBIMORTALIDAD MATERNA

AUTORES

ESPINOZA FERNÁNDEZ MARINA ASUCENA

ASESOR

MC. MITMA VÁSQUEZ REINALDO GENARO

INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

INSTITUCIÓN QUE FINANCIA

AUTOFINANCIADO POR LAS INTEGRANTES DEL PROYECTO

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	xi
AGRADECIMIENTO	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO I. PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS	4
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES	7
2.2. BASES TEÓRICAS	13
2.3. HIPÓTESIS	23
2.4. VARIABLES DE ESTUDIO	24
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO	25
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	25
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	27
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	29
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	30
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	30
4.2. DISCUSIÓN	52
CONCLUSIÓN	54
RECOMENDACIÓN	56

REFERENCIA BIBLIOGRÀFICA	57
ANEXOS	61
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO	62
ANEXO B. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	63
ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de frecuencia y porcentaje referente a los factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos registrados en gestantes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo Enero - Noviembre del año 2019	30
Tabla 2. Distribución de frecuencia y porcentaje referente al grupo etario y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo Enero - Noviembre del 2019	33
Tabla 3. Comprobación de hipótesis de independencia entre grupo etario y aborto	35
Tabla 4. Prueba de contingencia entre grupo etario y aborto	36
Tabla 5. Distribución de frecuencia y porcentaje referente al estado civil y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019	37
Tabla 6. Comprobación de hipótesis de independencia entre estado civil y aborto	38
Tabla 7. Prueba de contingencia entre estado civil y aborto	39
Tabla 8. Distribución de frecuencia y porcentaje referente al grado de instrucción y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019	40
Tabla 9. Comprobación de hipótesis de independencia entre grado de instrucción y aborto	42
Tabla 10. Prueba de contingencia entre grado de instrucción y aborto	43
Tabla 11. Distribución de frecuencia y porcentaje referente a gestación previa y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019	44
Tabla 12. Comprobación de hipótesis de independencia entre gestación previa y aborto	45
Tabla 13. Prueba de contingencia entre gestación previa y aborto	46
Tabla 14. Distribución de frecuencia y porcentaje referente al control prenatal y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019	47
Tabla 15. Comprobación de hipótesis de independencia entre control prenatal y aborto	49
Tabla 16. Distribución de frecuencia y porcentaje referente al antecedente patológico y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019	50
Tabla 17. Comprobación de hipótesis de independencia entre antecedente patológico y aborto	51

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos en pacientes con diagnóstico de aborto.	40
Figura 2. Grupo etario y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa	42
Figura 3. Estado civil y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa	45
Figura 4. Grado de instrucción y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa	48
Figura 5. Gestaciones previas y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa	51
Figura 6. Control prenatal y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa	54
Figura 7. Antecedente patológico y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa	56

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi madre por su apoyo incondicional y confianza hacia mi persona durante todos estos años de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por ser mi guía y fortaleza, y por no dejarme sola aún en los momentos difíciles de mi vida personal y académica.

A MI MADRE

Por el Amor, el Sacrificio, la Paciencia y el Apoyo Incondicional que me brindo en todos mis años de estudio y en mi vida cotidiana.

Por ser mi amuleto de la suerte desde que inicie la carrera, y mi mayor inspiración a seguir de todos estos años.

A MIS ABUELOS

Por su ternura y confianza en mi persona. En especial María y Lorenzo porque su unión de convivencia en la salud y en la enfermedad siempre fue motivo de fortaleza para mi familia.

A MIS TIOS

Por el apoyo emocional en los momentos tristes y de Alegría, y por sus consejos para ser alguien diferente en esta sociedad. Y mención en especial a Héctor Manuel y Jesús Martín Lorenzo Fernández Chávez por su gran apoyo, sin ello no hubiese culminado la carrera.

A MIS TIAS:

Por su bondad y apoyo económico cuando era necesario. En especial para tía Marina y Lidia Fernández Chávez por su paciencia y acobijo maternal.

A MIS PRIMOS:

Por su amistad incondicional y consideración especial como hermanos. En especial a María Elena, Moisés y José Manuel Moreno Fernández, quienes siempre albergaron en mi vocación a practicar la humildad y sencillez en mi formación como médico.

RESUMEN

La investigación tiene el objetivo de determinar los factores sociodemográficos y antecedentes Gineco-obstétricos relacionados al aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, Enero - Noviembre del 2019. El estudio de diseño no experimental corresponde al tipo descriptivo correlacional de corte transversal, realizado en el Hospital Regional de Pucallpa durante los meses de Enero a Noviembre del 2019. Los datos se recolectaron a través de una ficha de observación estructurada en las historias clínicas de 374 pacientes gestantes sometidas al procedimiento de AMEU. Los resultados fueron:

- Los factores sociodemográficos de grupo etario y nivel educativo y, el antecedente gineco-obstétricos de gestaciones previas están relacionados con los abortos previos de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, en el periodo Enero – noviembre 2019.
- El Grupo Etario es un factor sociodemográfico que está altamente relacionado al aborto a razón del 21,7 %. El 31,28 % de pacientes entre 20 y 40 años presentaba aborto.
- El estado civil es un factor sociodemográfico que está relacionado al aborto a razón del 15,3 %. El 31,48 % de pacientes convivientes presentaba aborto.
- El grado de instrucción es un factor sociodemográfico que está relacionado al aborto a razón del 1,6 %. El 20,59 % de pacientes que presentaba aborto contaban con estudios de educación secundaria.
- La gestación previa es un factor gineco-obstétrico que está relacionado al aborto a razón del 19,1 %. El 25,13 % de pacientes multíparas presentaba aborto.
- El control prenatal es un factor gineco-obstétrico que no está relacionado al aborto.

Palabras clave: aborto, gestación, grupo etario, factor epidemiológico, antecedentes ginecoobstétricos (fuente: Decs BIREME).

ABSTRACT

The research has the objective of determining the sociodemographic factors and gynecological history related to abortion in pregnant women attended at the Regional Hospital of Pucallpa, January - November 2019. The non-experimental design study corresponds to the cross-sectional descriptive correlational type, carried out in the Regional Hospital of Pucallpa during the months of January to November 2019. The data was collected through an observation sheet structured in the medical records of 374 pregnant patients undergoing the AMEU procedure. The results were:

- The sociodemographic factors of age group and educational level and the gynecological antecedent of previous pregnancies are related to the previous abortions of pregnant women attended at the Regional Hospital of Pucallpa, in the period January - November 2019.
- The age group is a sociodemographic factor that is highly related to previous abortion at a rate of 21.7%. 31.28% of patients between 20 and 40 years old had a previous abortion.
- Marital status is a sociodemographic factor that is related to previous abortion at a rate of 15.3%. 31.48% of cohabiting patients had a previous abortion.
- The level of education is a sociodemographic factor that is related to prior abortion at a rate of 1.6%. 20.59% of patients who had a previous abortion had secondary education.
- Previous pregnancy is a gynecological factor that is related to previous abortion at a rate of 19.1%. 25.13% of multiparous patients had a previous abortion.
- Prenatal control is a gynecological factor that is not related to previous abortion.

Keywords: abortion, pregnancy, age group, epidemiological factor, gynecological (source: Decs BIREME).

CAPÍTULO I. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto en todos los países ha sido y sigue siendo un problema de salud pública, con amplia repercusión social (1). Por último, es un tema convocado por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, en coordinación con la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia y la Federación internacional de Ginecología y Obstetricia por ser un problema social más frecuente en mujeres a nivel mundial (2).

Existe un gran número apreciable de abortos entre el 10 a 20%, su origen es de tipo genético o biológico a manera de respuesta del organismo frente a un desarrollo anormal del huevo y otro grupo relacionado con procesos infecciosos, patología del aparato reproductor y factores psicológicos (1). Sin embargo, existen otros tipos de abortos denominados provocados, inducidos o ilegales producto de un embarazo no deseado que no incluiremos en el estudio de investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones cuando no se tratan a tiempo y de manera profesional. En el mundo se producen aproximadamente 500 000 muertes maternas, de las cuales 25% son causadas por hemorragias posparto (3). Encontrándose como causas principales de las complicaciones del aborto el shock hipovolémico y las infecciones (4). Por este motivo la OMS ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del aborto incompleto y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral evitando complicaciones post-abortivas (5).

El aborto incompleto no complicado es una emergencia obstétrica más frecuente que llegan a los establecimientos de salud no sólo en nuestra región, también a nivel mundial y los costos por su atención son una cifra considerablemente no alcanzada para muchas mujeres (5).

Según lo establecido por las Naciones Unidas, el 98% de los países a nivel mundial se llega a realizar la práctica del aborto para salvar la vida de las mujeres (6). A nivel mundial como incidencia un 65% de los embarazos humanos terminan con una pérdida subclínica, debido a que son embarazos incorrectamente formados por defectos iniciales del espermatozoide o del ovocito, divisiones celulares anómalas, postfecundación, o alteraciones de la implantación (7).

El Perú es uno de los países donde se permite realizar el aborto, en la necesidad de proteger la vida o la salud de la mujer (6). La promulgación del Protocolo de Aborto Terapéutico (PAT) data del año 2014.

Por un lado, se encontró un estudio descriptivo, retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de un total de 2222 abortos en adolescentes, el diagnóstico de egreso fue aborto incompleto en un 67,1% y las complicaciones más frecuentes fueron la anemia (54,1%) y las infecciones de la vía urinaria (9,4%) (8)

Por otro lado, se encontró un estudio descriptivo, transversal en la región de Loreto donde se llegó a la conclusión que la prevalencia de aborto incompleto de 232 gestantes fue de 53.1% comprendido entre los 15 y 35 años que ingresaron al servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto en el año 2016 (9). Por lo tanto, existe un incremento significativo con diagnóstico de aborto incompleto en el Perú.

El aborto inseguro es un problema de salud pública que cada vez cobra más víctimas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 210 millones de mujeres empiezan un embarazo, pero sólo 130 millones terminan en nacimientos y en el Perú, se conjetura que cada año se produce alrededor de 350 mil abortos (aproximadamente un aborto por cada 2 nacimientos). Este grupo de mujeres está constituido por aquellas que son pobres y que no tienen acceso a información y servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Diversos estudios nacionales en Ica, Tacna, Iquitos y Lima destacaron cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto incompleto o abortos inducidos en mujeres adolescentes y adultas en embarazos no deseados, pero no existen datos de estudios que hayan encontrado cuáles son los factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos en gestantes expuestas a la amenaza de aborto involuntario en el departamento de Ucayali, razón por la cual se realiza la elaboración de este proyecto de investigación con el propósito de conocer el problema y proponer medidas de cuidado para reducir la tasa de abortos incompletos en nuestra amazonia peruana.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos relacionados al aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019?

1.2.2. Problemas Secundarios

- a) ¿Cuál es la relación que existe entre la edad y el diagnóstico de aborto en gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa, Enero – Noviembre del 2019?
- b) ¿Cuál es la relación que existe entre el estado civil y el diagnóstico de aborto registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, Enero – Noviembre del 2019?

- c) ¿Cuál es la relación que existe entre el grado de instrucción y el diagnóstico de aborto en gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa, Enero – Noviembre del 2019?
- d) ¿Cuál es la relación que existe entre las gestaciones previas y el diagnóstico de aborto en gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa, Enero – Noviembre del 2019?
- e) ¿Cuál es la relación que existe entre el control prenatal y el diagnóstico de aborto en gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa, Enero – Noviembre del 2019?
- f) ¿Cuál es la relación que existe entre el antecedente patológico y el diagnóstico de aborto en gestantes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa, Enero – Noviembre del 2019?

1.3. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos relacionados al aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero - noviembre del 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Establecer la relación que existe entre la edad y el aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019.
- b) Identificar la relación que existe entre el estado civil y el aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019.
- c) Especificar la relación que existe entre el grado de instrucción y el aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019.

- d) Conocer la relación que existe entre el antecedente de gestaciones y el aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019.
- e) Categorizar la relación que existe entre el control prenatal y el aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019.
- f) Considerar la relación que existe entre el antecedente patológico y el aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso. Puede ser espontáneo o inducido (10). Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en: mujeres mayores de 35 años (11), mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos, mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea) (12).

En el Perú el aborto sólo se permite en determinadas circunstancias, siendo la más extendida por razones de salud. Según el Art. 119° del Código Penal Peruano el cual señala: No es punible el aborto, practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente (13). Motivo por el cuál este trabajo de investigación también tiene como propósito estudiar a gestantes con embarazo no deseado que por voluntad propia deciden llevar a cabo el aborto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2010 al 2014 ocurrieron anualmente unos 6.5 millones de abortos inducidos en América Latina y el Caribe, un aumento respecto a los 4.4 millones ocurridos durante 1990–

1994 (14). El aborto viene a ser un problema de salud pública alrededor del mundo. Del mismo modo según el boletín de estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP- 2017) en el año 2016 de 858(3,9%) pacientes hospitalizadas egresadas por aborto, se presentó la tasa más alta de abortos incompletos con 562(2,6%) atendidas, sin embargo, este resultado bajó en el año 2017, obteniendo pacientes hospitalizadas egresadas por aborto de un total de 575(3 %) atendidas, con el diagnóstico de aborto incompleto de 424(2,2%) atendidas (15).

En la región de Ucayali aún no se han encontrado estudios publicados que muestren los factores de riesgo asociados al tipo de aborto. Por eso resulta importante conocer cuáles son los factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos que se relacionan al aborto incompleto en nuestras gestantes.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones extranjeras

Neira (Chile, 2002). Determinó que la tasa de pérdidas es de un tercio, causado con mayor frecuencia por alteraciones cromosómicas. Del total de embarazos con diagnóstico de confirmado por ecografía obstétrica con un 15% se pierde antes de las 20 semanas y de estos un 80% se da antes de las 12 semanas. En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto la probabilidad de un segundo aborto es de un 19%, si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta a 35% y si han tenido tres abortos se encuentra en un 47% (16).

González (Costa Rica, 2011). Determinó que la amenaza de aborto es la presencia de sangrado de origen intrauterino antes de la veinte semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin modificación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en: mujeres mayores de 35 años, mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos, mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea) (12).

Azar Ranji, MS (Irán, 2012). Concluyó desde un estudio descriptivo “La prevalencia del aborto inducido ilegalmente y los factores que influyen en la toma de decisiones para tener un aborto”, teniendo como resultado entre 2705 participantes, el 17% había experimentado al menos un aborto inducido ilegal. El nivel educativo, el ingreso familiar, la religión, el origen étnico, el número de hijos y la edad en el matrimonio se asocian con un aborto inducido. El deseo de detener la maternidad y los problemas económicos familiares fueron las razones más comunes para tener un aborto. La mayoría de mujeres (84%) experimentaron una complicación del aborto que requirió hospitalización (17).

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Ecuador, 2013). Determinaron que el aborto en condiciones de riesgo representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, el más frecuente es el aborto espontáneo. Una de las causas principales que terminan en aborto espontáneo durante el primer trimestre de edad gestacional son causados por anomalías cromosómicas y con un 22% son abortos inducidos. El aborto incompleto te puede llevar a un aborto espontáneo (18).

F. López et al (Ecuador,2014). En su tesis: "Frecuencia de aborto y Características socio demoFiguras en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. Cuenca 2014" hicieron un Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues y en su departamento de Emergencia y Gineco Obstetricia; se revisaron cada una de las historias clínicas de gestantes con Dx de aborto durante el periodo enero de 2013 hasta diciembre de 2013, se recolectaron variables como: edad, residencia, estado civil, instrucción, religión, características obstétricas, tipo de aborto. Además se obtuvo como resultado :La frecuencia de aborto es de 6,91% en 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; éstas gestantes presentaron las siguientes patologías previas : ITU 25,9% y Vaginosis 6% y en cuanto a las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido (19).

García (Ecuador,2015). En su tesis de pregrado "Aborto incompleto, factores de riesgo en adolescentes, estudio a realizar en el Hospital Universitario año 2015", realizó un estudio descriptivo tipo transversal en el que se evaluaron 207 pacientes adolescentes con Aborto Incompleto que fueron atendidas en el

área de Gineco - Obstetricia. concluyó que el Factor de riesgo más predominante en el Aborto incompleto fue provocado (refiere consumir agentes farmacológicos) con un 38.65% (63 casos), la mayor frecuencia se dio en el mes de junio con un 13.50% (22 casos) y el grupo de edad Adolescente fueron de 16 años con un 28.83% (47 casos), los que residían en el área urbana con el 70.55% mientras que el 29,45% de las Adolescentes lo hacía en el área rural, el 52.76% tienen instrucción primaria, mientras que el 47,24% tienen instrucción secundaria, un 34.36% son primigestas, el 26,38% tienen una gestación, el 23,31% tienen dos gestaciones, el 15,95% tienen tres o más gestaciones, el 38.04% no han tenido Abortos Anteriores; El 34.97% han tenido un aborto anterior (20).

Álvarez et al(México,2016). Realizaron un Estudio retrospectivo, con muestreo censal (pacientes que acudieron al servicio de noviembre del 2003 a julio del 2013 a quienes se les realizó legrado uterino o aspiración manual endouterina con y sin guía ultrasonografía transoperatoria); tamaño de la muestra: 221 pacientes. Se formaron 2 grupos por conveniencia según la intervención realizada (con y sin ultrasonido): grupo 1 (50 pacientes) y grupo 2 (174 pacientes). Se registró: edad, semanas de gestación, procedimiento realizado, indicación del procedimiento y complicaciones (perforación, sangrado, infección o dolor). Y se llegó a la conclusión que el ultrasonido intraoperatorio es seguro, de bajo costo y con capacidad de reducir el sangrado significativamente (21).

Rivero (Ecuador,2017). En su tesis “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” hicieron un estudio longitudinal corte transversal, donde se contó con 92 pacientes de los cuales el grupo de edad con mayor frecuencia de aborto con un 46 % fue entre 20-25 años, el 69% de los pacientes no tenía antecedentes, y el 70% de los abortos fue antes de las 12 semanas, el 65% donde la presentación del aborto se da en la primera gestación, en la segunda gestación con el 22% (22).

Black et al(Australia,2017). Realizaron un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todas las mujeres diagnosticadas con un aborto espontáneo desde 12 meses antes y 18 meses después de la introducción del tratamiento médico. El manejo exitoso se definió como la ausencia de productos retenidos de concepción o grosor endometrial de menos de 15 mm en ultrasonido a las dos semanas. Se midieron el cambio en las opciones de gestión a lo largo del tiempo, las tasas de éxito y las tasas de complicaciones y llegan a la conclusión: De las 1102 mujeres en el análisis final, 446 estaban en el Grupo A (antes de la gestión médica) y 656 en el Grupo B (después de la gestión médica). Los procedimientos quirúrgicos primarios disminuyeron significativamente para los abortos espontáneos perdidos de 68 a 48% ($P < 0,001$) y el manejo conservador primario se redujo para los abortos espontáneos incompletos (63–44%; $P = 0,01$). En total, 89 de los 108 pacientes (82,4%) que recibieron tratamiento médico tuvieron una resolución dentro de las dos semanas. Uno de cada diez presenta una complicación (23).

2.1.2. Investigaciones Nacionales

Tipiani (Huacho,2005), hizo un estudio de tipo descriptivo simple y retrospectivo titulado “factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de Chancay 2005”, concluyó como resultados que se muestran una incidencia de aborto espontáneo en pacientes atendidos en un 15,5%. Dentro de la clasificación del aborto se presentó con mayor frecuencia el aborto fetal con un 58,04% de los casos. Los pacientes que presentaron antecedentes de flujo vaginal recurrente obtuvieron el mayor porcentaje con un 56,4%. Entre los principales factores que se asocian a aborto espontáneo tenemos en primer lugar a las infecciones seguidas de las anomalías endocrinas, anomalías placentarias, anomalías genéticas y anatómicas, las cuales presentaron el 90,73% de los casos estudiados (7).

Távora et al (Lima, 2012), hicieron un estudio prospectivo con 120 mujeres con aborto incompleto complicado o no complicado en cuatro hospitales públicos de

Lima y 40 mujeres en una clínica privada. Obtuvieron como resultados: La permanencia en tres hospitales, hasta el alta, por aborto incompleto no complicado fue alrededor de 6 horas, siendo mayor en uno de ellos por la normativa interna. En los cuatro hospitales, las complicaciones del aborto ameritaron una permanencia mayor. Las mujeres de aborto electivo requirieron la mitad del tiempo de aquellas con aborto incompleto no complicado en los hospitales. El costo total para la atención de abortos incompletos no complicados fue similar en los cuatro hospitales, entre US\$ 110 y US\$ 150; y para abortos complicados varió entre US\$ 376 y US\$ 858. El costo total de atención de los abortos electivos fue similar a la atención del aborto no complicado en los hospitales (24).

Lozano (Loreto, 2016), en su tesis de pregrado “Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15- 35 años atendidas en el hospital regional de Loreto de Enero a Noviembre del 2016” realizó un estudio observacional y descriptivo con una población de 232 gestantes ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto , encontrando como factores de riesgo : entre 15 a 20 años en 31%, 64,7% son convivientes, 80,2% proceden de áreas urbanas, 65,1% son amas de casa, 33,2% con secundaria completa, 43,1 % presentaron entre 2 a 3 gestaciones, el número de partos fue 1 con 40,1%, el número de abortos fue de 1 con un 95,7% (9).

López et al. (Ayacucho, 2017). elaboró su tesis “Motivos que conllevan al Aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-Essalud, febrero- Julio 2017”. Realizó un estudio relacional, prospectivo, transversal de 73(100%) 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 26% (19) restante fue aborto espontáneo (25).

Molina Orellana, Pedro Alejandro, Vilcañaupa Ochoa, Katherine Magally, realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2017” se basó en un diseño no experimental, transversal, correlacional donde el factor de riesgo personal: 63.3% de adolescentes que presentaron aborto espontaneo y el 66.% de adolescentes que presentaron aborto provocado presentaron menarquia precoz, además del total de adolescentes que presentaron aborto espontaneo no presentaron antecedentes de aborto y que de los adolescentes que presentaron aborto recurrente y provocado, el 100% si presentaron antecedentes de aborto (26).

Ramos Rivas, Kelly Alexandra realizó un estudio “Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de ventanilla durante el periodo 2018” se basó en un Estudio de casos y controles, analítico, transversal, retrospectivo y observacional donde Se revisaron 252 historias clínicas, donde 126 tuvieron aborto incompleto y otras 126, gestaciones normales. Con la información, se realizó una base de datos (SPSS versión 25.0) y se usó la prueba U de Mann Whitney (edad) y Chi-cuadrado (variables cualitativas), para el análisis estadístico. Resultados: Se obtuvo asociaciones estadísticamente significativas entre los factores sociodemográficos y gineco obstétricos con el aborto incompleto, siendo el estado civil ($p=0,015$), procedencia ($p=0,028$), grado de instrucción ($p=0,013$), ocupación ($p=0,035$), número de gestaciones ($p=0,001$), ITS ($p=0,019$) y antecedentes de procedimientos ($p=0,003$). Entre estas variables se determinó como factores de riesgo, no tener pareja ($OR=1,8$; IC 95%; 1,1-3,1), pertenecer a zona urbana ($OR=1,8$; IC 95%; 1-3,1), tener nivel primario ($OR=2,8$; IC 95%;1,1- 7,4) o secundario($OR=2,3$; IC 95%; 1,3-4,1), ser estudiante($OR=2,3$; IC 95%; 1,1- 5,3) o ama de casa ($OR=2,7$; IC 95%; 1,2-6,2) (27).

Iglesias-Osores, Sebastian , Nakano-Chavez Kyugoro realizaron un estudio retrospectivo “Características del aborto adolescente en un Hospital de Chiclayo , Perú 2018” donde encontraron de 826 pacientes ,donde los pacientes que

abortaron ingresaron 73 paciente entre 14 y 19 años considerados adolescentes según la OMS, con una mayor frecuencia a los distritos que predominaron fueron de Chiclayo (50,68%),El diagnóstico de ingreso que predominó fue el aborto incompleto (76,71%), seguido de aborto frustrado (17,81%) (28).

2.1.3. INVESTIGACIONES LOCALES

No existieron estudios locales con nuestras mismas variables.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ABORTO

Establecida por la Organización Mundial de la Salud es la interrupción del desarrollo de un feto o embrión, con peso de 500 gramos o menos. Con una edad gestacional de 20 semanas (1).

El aborto como problema de Salud Pública ha sido un tema de diferentes foros convocados por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, muchos de ellos en coordinación con la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), pues es un problema aun no resuelto en el Perú, así como otros países de la región (2).

El aborto es una de las emergencias obstétricas de gran cantidad de prevalencia, no solo en el Perú sino también a nivel mundial, y los costos por su atención son cuestionables por su significado monto importante para los hospitales y las gestantes, a pesar de encontrarse hospitalizadas por un corto tiempo (3).

Según una investigación prospectiva, se hizo un estudio de 120 mujeres con aborto incompleto complicado o no complicado en cuatro hospitales públicos de Lima y 40 mujeres en una clínica privada, se estableció el tiempo que demandó la atención, costo de personal, medicamentos, insumos, equipos y

funcionamiento del hospital; igualmente el costo de bolsillo, transporte, cuidado de los niños y del hogar y el ingreso dejado de percibir. Se obtuvo como resultado: la permanencia en tres hospitales, hasta el alta, por aborto incompleto no complicado fue alrededor de 6 horas, siendo mayor en uno de ellos por la normativa interna. En los cuatro hospitales, las complicaciones del aborto ameritaron una permanencia mayor. Las mujeres de aborto electivo requirieron la mitad del tiempo de aquellas con aborto incompleto no complicado en los hospitales. El costo total para la atención de abortos incompletos no complicados fue similar en los cuatro hospitales, entre US\$ 110 y US\$ 150; y para abortos complicados varió entre US\$ 376 y US\$ 858. El costo total de atención de los abortos electivos fue similar a la atención del aborto no complicado en los hospitales. De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo.

2.2.2.1. ABORTO ESPONTANEO:

Es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos. La incidencia de abortos espontáneos se sitúa entre el 10 y 18 % (4).

La mayoría de estos abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20 (5). El aborto puede ser espontáneo o inducido y este a su vez pueden ser completo o incompleto.

Dentro de la clasificación de aborto espontáneo encontramos al:

a) ABORTO INCOMPLETO

Es la expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométriales; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia. Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad. El útero disminuye de tamaño. Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la

placenta y el embrión se expulsan conjuntamente; después de este tiempo se eliminan separadamente (5).

El aborto incompleto se define clínicamente por la presencia de un orificio cervical abierto y sangrado, por lo cual no se han expulsado del útero todos los productos de la concepción. Los síntomas frecuentes consisten en sangrado vaginal y dolor abdominal. También se debe sospechar un aborto incompleto si el examen visual indica que los tejidos expulsados no coinciden con la duración estimada del embarazo (6).

b) ABORTO COMPLETO

Expulsión total Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído (5).

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS QUE INFLUYEN EN EL ABORTO:

Los Censos Nacionales de Población en Perú, de la misma manera en el nivel educativo lo identifican en 6 categorías: Sin nivel educativo, Inicial, Primaria, Secundaria, Superior no universitaria y Superior universitaria (31).

La OMS define la adolescencia entre los 10 a los 19 años (32); Además define a la población Adulto Joven de 20 a 40 años y Adultez: 40 a 60 Años.

El peligro de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna, así que se estima que el riesgo de aborto para mujeres de entre 12 y 19 años es del 13,3% frente al 51% en mujeres de entre 40 y 44 años (33).

Así también el embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad. Si bien el porcentaje de concepciones de embarazos no deseados entre mujeres de 15 y 24 años terminan en aborto

espontáneo o inducido aumentó las cifras en Colombia y Perú alrededor del 15% y disminuyó en los países africanos a menos del 6%. Esto se debe a que en muchos países, el uso de anticonceptivos altamente efectivos es sustancialmente menor entre las adolescentes sexualmente activas que en mujeres adultas debido al conocimiento insuficiente sobre el uso de anticonceptivos así mismo la escasez de información educativa que le permita identificar los signos de las complicaciones del aborto (34).

Los Censos Nacionales de Población en Perú, recogen información sobre el estado civil o conyugal de las personas de 12 y más años de edad. La información sobre el estado civil o conyugal es importante en las investigaciones demográficas y sociales. En el Perú, de acuerdo a las leyes y costumbres se identifica 6 categorías: conviviente, separado, casado, viudo, divorciado y soltero.

Así también el embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad. Si bien el porcentaje de concepciones de embarazos no deseados entre mujeres de 15 y 24 años terminan en aborto espontáneo o inducido aumentó las cifras en Colombia y Perú alrededor del 15% y disminuyó en los países africanos a menos del 6%. Esto se debe a que en muchos países, el uso de anticonceptivos altamente efectivos es sustancialmente menor entre las adolescentes sexualmente activas que en mujeres adultas debido al conocimiento insuficiente sobre el uso de anticonceptivos así mismo la escasez de información educativa que le permita identificar los signos de las complicaciones del aborto (10).

Se hallaron dos estudios; donde se relaciona el estado civil con el aborto:

El primer estudio fue tipo prospectivo analítico “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN HUANCAYO 2017” donde se obtuvo como resultado: 49,5% de adolescentes que presentaron aborto

espontaneo son convivientes, el 66,7% de adolescentes que presentaron aborto recurrente son solteras y el 44,4% de adolescentes que presentaron aborto provocado son solteras y convivientes, según el estudio esto se debe a que Muy a menudo las relaciones de parejas adolescentes son muy inestables ocasionando así actitudes de rechazo y cambios de conductas, y por temor al entorno familiar optan por el aborto (26).

El siguiente estudio de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS Y CLÍNICAS DE LOS ABORTOS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-1 DE MOYOBAMBA – SAN MARTIN 2014” con resultados de: El 88.2% de las adolescentes con aborto son solteras, el 9.8% son convivientes y el 2.0% casadas (35).

Se encontró un estudio del Hospital Regional Docente de las Mercedes Chiclayo, Enero-diciembre 2018; con un total de 73 menores de 19 años que acudieron por diagnóstico de aborto el 14,17% de la población. Los datos demográficos que provienen las pacientes fueron con una mayor frecuencia que predominaron en la provincia de Chiclayo (50,68%), distrito La Victoria (8,22%) y José Leonardo Ortiz (9,59%). El diagnóstico de ingreso que predominó fue el aborto incompleto (76,71%), seguido de aborto frustrado (17,81%) (28). Con una población en su mayoría urbana, esto se debe a que quizás haya mayor acceso a la atención hospitalaria, otro punto importante es que las poblaciones urbanas son las que más abortan.

F.López et al , realizaron un estudio de tesis titulado: frecuencia de aborto y características socio demoFiguras en pacientes atendidas en el hospital “homero castanier Crespo” en el año 2013 (11) por la cual obtuvieron como frecuencia de aborto de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; otro factor de riesgo resaltante fue que con instrucción secundaria hubo un 43,3%; y el estado civil más frecuente es: casadas con 48,8%. Se hallaron resultados de : 2 a 4 gestaciones con un 63,2%;

y las con menos de 2 gestaciones: 74,1%;y las que tuvieron un aborto con un 81,6%.El aborto Incompleto es el más frecuente con un 52,2% (11) .

M. Ponce ,Refiere en su estudio que encontró que las mujeres en edad fértil con aborto incompleto se caracterizaron por tener como factor de riesgo la edad adulta en un 65.4%, convivientes 66.4%, con educación secundaria 73.1% y no tenían antecedente de aborto 66.7%.Se determinó como factores de riesgo asociados para aborto incompleto: ser soltera (OR=1.71), hemoglobina baja (OR=1.81), ser multigesta (OR=1.62) y tener una edad gestacional de 1-12 semanas (OR = 14.94) (12).

Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 10 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural.

Por su parte, en un estudio con 288 gestantes mexicanas migrantes en EE.UU reportó que los principales factores asociados a la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre fueron el embarazo adolescente, bajo nivel educativo y presentar de 4 a 6 embarazos previos.

La cantidad sugerida de visitas médicas a lo largo del periodo prenatal eran cuatro según la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero actualizó sus directrices, duplicándolas a ocho.

1. CAUSAS:

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados alteraciones cromosómicas (5).

FACTORES FETALES O CROMOSÓMICOS:

El principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto.

Aborto aneuploide se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anomalías cromosómicas; es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna. Menos de 10% fue error en la fertilización y división cigótica. (Jacobs y Hassold). Trisomía autosómica es la alteración más frecuente.

FACTORES MATERNOS:

- Infecciones: Causadas por microorganismos tales como *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*.
- Enfermedades crónicas: como es el caso de la tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y autoinmunes.
- Endocrinas: hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico
- Nutrición: la desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo.

FACTORES AMBIENTALES:

- El tabaquismo y el alcoholismo se consideran embriotoxinas por lo que aumentan las tasa de aborto.
- Cafeína: se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo de aborto y otras complicaciones en el embarazo.

FACTORES PATERNOS:

- La translocación cromosómica en el espermatozoide puede permitir un cigoto con un aumento o disminución del material genético.

EPIDEMIOLOGÍA:

Se estima que, en el período 2010–2014, ocurrieron anualmente unos 6.5 millones de abortos inducidos en América Latina y el Caribe, un aumento respecto a los 4.4 millones ocurridos durante 1990–1994 (14).

A nivel global, la OMS (2016) indica que se realizan 56 millones de abortos en el mundo en un año; también señala que del 100% de embarazos en el mundo, aproximadamente el 25% terminó en su interrupción por medio del aborto provocado. Se estima que alrededor de cinco millones de mujeres al año son hospitalizadas por la práctica de abortos clandestinos, y de estas, tres millones mueren por mala práctica médica (36).

En el Perú según el boletín de estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP- 2017) en el año 2016 de 858(3,9%) pacientes hospitalizadas egresadas por aborto, se presentó la tasa más alta de abortos incompletos con 562(2,6%) atendidas, sin embargo este resultado bajó en el año 2017, obteniendo pacientes hospitalizadas egresadas por aborto de un total de 575(3 %) atendidas, con el diagnóstico de aborto incompleto de 424(2,2%) atendidas (15)

CLASIFICACIÓN:

Revisaremos tres clasificaciones en torno al aborto:

La OMS entrega su visión en la

Clasificación Internacional de las Enfermedades (15)

2. Clasificación clínica

▪ Según el origen (15)

Aborto inducido provocado o voluntario: Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.

-Aborto espontáneo o involuntario: Es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o

terceros.

- **Según las consecuencias**

Aborto no complicado.

Aborto complicado: Infección. Hemorragia.

- **Según su evolución (15)**

Amenaza de aborto o síntoma de aborto: Se caracteriza por dolor hipogástrico tipo cólico, acompañada de metrorragia escasa. No hay modificaciones del cuello uterino.

Aborto inminente o inevitable: Se caracteriza la irreversibilidad del proceso o la interrupción de la formación del feto y anexos ovulares, tal como la infección ovular complicada, la metrorragia incoercible, la dilatación del cuello uterino acompañada de contracciones uterinas no controladas terapéuticamente.

Aborto diferido o retenido: Es la muerte del embrión o feto que no es seguido de su expulsión.

- **Según su terminación (15) :**

Aborto completo: Es cuando se expulsa la totalidad del producto de la concepción: el feto y sus anexos.

Aborto incompleto: Es la expulsión incompleta del feto y sus anexos. También se denomina restos de aborto.

- **Según la condición jurídica**

Illegal: El aborto es prohibido legalmente.

Muy restrictivo: El aborto se permite solo para salvar la vida de la madre.

Condicional: El aborto se permite por varias razones.

Legal: A solicitud de la madre.

- **Según su frecuencia**

Aborto recurrente: Se define cuando ocurren de tres o más abortos espontáneos.

- **Según su edad gestacional**

Aborto clínico: Es el que se desarrolla después a la identificación del saco gestacional .

Se clasifica en precoz: antes de las seis/ocho semanas de amenorrea y tardío cuando ocurre en el quinto mes (15).

TRATAMIENTO DE ABORTO INCOMPLETO:

Se inicia con tratamiento médico: El misoprostol es el medicamento que se utiliza frecuentemente para ese tipo de manejo la cual se han encontrado estudios publicados. El misoprostol produce contracciones uterinas efectivas que vacían el útero (1).

Como tratamiento quirúrgico según La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del aborto incompleto y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral (3).

Es importante enfatizar el proyecto para mejorar la atención post aborto en Centros de Atención Permanente (CAP) en cuanto al acceso al servicio y fortalecer la capacidad instalada del sistema de salud en áreas de población indígena desatendidas, Un estudio se realizó en Guatemala De abril 2014 a marzo 2016, que incluyó 247 mujeres : Doscientas treinta y dos (94%) de las mujeres con aborto incompleto fueron tratadas en los servicios con AMEU, no disponible antes en el servicio, 65% de los procedimientos fueron realizados bajo anestesia para-cervical, 20% con analgesia y sedación y 15% no requirió

ningún medicamento, más que la consejería ofrecida durante el tratamiento. Diez y siete por ciento de las pacientes fueron adolescentes menores de 19 años y el mayor grupo atendido por complicaciones del aborto fueron mujeres entre 20 y 24 años (26%). Estos dos grupos juntos representan el 43% de la población asistida a nivel comunitario (16).

2.3. HIPÓTESIS

2.3.2. Hipótesis General

H1: Existen factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos asociados al diagnóstico de aborto.

H0: No existen factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos que se asocian al diagnóstico de aborto.

2.3.3. Hipótesis Específicas

H1i: La edad es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H1o: La edad no es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H2i: El estado civil es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa

H2o: El estado civil no es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H3i: El grado de instrucción es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H3o: El estado de instrucción no es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H4i: El antecedente de gestaciones es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H4o: El antecedente de gestaciones anteriores no es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H5i: El control prenatal es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H5o: El control Prenatal no es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H6i: El antecedente patológico es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

H6o: El antecedente patológico no es un factor que se asocia al diagnóstico de aborto registrado en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.2. Variable Independiente

Factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos.

2.4.3. Variable Dependiente

Aborto

2.4.4. Variable Interviniente

- Grupo etario
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Gestaciones anteriores
- Control prenatal
- Antecedentes patológicos

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Pucallpa, ubicadas en la zona urbana del distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo, región de Ucayali.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo aplicada ya que todos los resultados que se obtengan nos permitirán evaluar estrategias como parte de una política en salud buscando el bienestar de las gestantes en la ciudad de Pucallpa.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de nivel correlacional, que está indicada para determinar el grado de investigación y semejanza que pueda existir entre dos o más variables, es decir, entre características o conceptos de un fenómeno.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde al método hipotético – deductivo, en donde el investigador observa el fenómeno de estudio, plantea la hipótesis contrastable como consecuencia de sus inferencias para explicar el fenómeno y se comprueba la verdad de los enunciados deducidos.

Para la presente investigación se realizó un estudio descriptivo correlacional transversal retrospectivo no experimental.

Descriptivo: Porque tiene como objetivo determinar los factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos que influyen en el diagnóstico de aborto incompleto, tal y cual se manifiestan las variables sin manipulación de las mismas.

Correlacional: Determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

Observacional: Se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Este tipo de estudios busca observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.

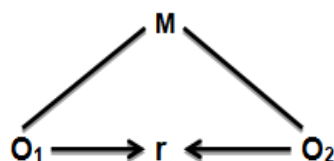
Transversal: Estudiaremos las variables en una sola línea de tiempo, en el momento de la evaluación por medio de base de datos del sistema informativo Perinatal 2000.

Retrospectivo: Se Estudiará dos grupos de personas: aquellos con la enfermedad o afección en estudio (casos:aborto incompleto) y un grupo muy similar de personas que no tienen la enfermedad o la afección (controles: factores sociodemográficos y antecedentes ginecoobstétricos).

No experimental: Se realizará sin manipular deliberadamente las variables. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan lo sujetos de estudio.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (37) el estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal y corresponde el diseño de investigación no experimental ya que se busca describir la relación entre las variables factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos que se asocian al diagnóstico de aborto en un tiempo determinado. El diseño se representa con el esquema:



Dónde:

M : Pacientes gestantes abortivas

O₁ : Factores sociodemográficos

O₂ : Antecedentes gineco-obstétricos

r : Asociación de los factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes gestantes

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.6.1. Población

La población lo conforman 760 pacientes gestantes sometidas al procedimiento de AMEU que acuden al servicio de emergencia que presentaron el diagnóstico de aborto en el Hospital Regional de Pucallpa, enero–noviembre del 2019.

3.6.2. Muestra

La muestra lo constituyen 374 pacientes gestantes sometidas al procedimiento de AMEU, es decir 49.21 % de la población de estudio.

3.6.3. Muestreo

El tamaño de la muestra se estableció a través del método probabilístico, haciendo uso de la fórmula para la población conocida o finita con nivel de confianza del 97 %:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 p \cdot q}$$

DONDE:

n = tamaño de la muestra representativa que deseamos obtener.

N = tamaño de la población: 760

Z = valor correspondiente a la distribución de Gauss: 2.17 para $\alpha = 0.015$

p = % de ocurrencia: 50% (0.05)

q = % de no ocurrencia: 50% (0.05)

e = error máximo de estimación: 4% (0.04)

REEMPLAZANDO:

$$n = \frac{2.17^2 \times 50 \times 50 \times 760}{(4)^2 (760-1) + 2.17^2 \times 50 \times 50}$$

$$n = 374$$

3.6.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes sometidas al procedimiento de AMEU que acuden al servicio de emergencia por diagnóstico de aborto frustro, incompleto y completo.
- Gestantes entre las edades de 10 - 59 años
- Gestantes con aborto espontaneo

Criterios de exclusión:

- Gestantes con Dx gestación molar
- Gestantes con Dx Embarazo ectópica
- Gestantes que presenten sólo amenaza de aborto
- Gestantes con aborto inducido

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección empleada en esta investigación es la observación y, el instrumento fue la ficha de observación estructurada en la que se consideró: grupo etario, estado civil, grado de instrucción, gestaciones previas y el número de abortos previos, controles prenatales y patologías previas.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se analizarán las Historias Clínicas del CLAP, de la Base de Datos recolectada por el personal de internos de medicina y de mi parte. Para garantizar la calidad de los datos se realizará:

- Revisión del libro de partos acompañada de una fotocopia, para constatar el número de las atenciones.
- Verificación que las Historias Clínicas del CLAP correspondan al libro de partos.
- Comprobación que en la base de datos del SIP consten las variables completas. En las que se detecta la falta de dato, se completará los datos. Se realizó este estudio intentando un margen de error no mayor al 5% de falta de dato en las variables, con las siguientes tareas:
 - Se verificarán uno por uno, que las variables de estos documentos se encuentren correctamente pasados a la Base de datos del SIP.
 - En caso de falta de dato se procederá a llenar con la información pertinente.
 - Se depuró la Base de datos del SIP ya que algunos datos se encontraban repetidos o completamente erróneos.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados descriptivos se mostrarán con medidas de dispersión y frecuencias absolutas. Para la fase analítica se tomó en cuenta una significancia estadística del 95%, se aplicará los modelos lineales generalizados para buscar las asociaciones entre la variable principal y las variables secundarias mediante las razones de prevalencia (RP), los intervalos de confianza al 95% (IC95%) y su significancia a través del valor p. Los programas utilizados fueron Microsoft Excel para la creación de una base de datos y STATA 11,1 para el procesamiento de datos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1.

Distribución de frecuencia y porcentaje referente a los factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos registrados en gestantes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo Enero - Noviembre del año 2019

		n = 374	
	Variable	F	%
Factores sociodemográficos	Grupo etario		
	Adolescente	55	14,71
	Adulto joven	287	76,74
	Adulthood	32	8,55
	Estado civil		
	Soltero	77	20,59
	Conviviente	278	74,33
	Casado	19	5,08
	Grado académico		
	Analfabeta	15	4,01
	Primaria	59	15,78
	Secundaria	223	59,63
	Superior técnica o universitaria	73	20,59
Antecedentes gineco-obstétricos	Gestaciones previas		
	Nulípara	88	23,53
	Primípara	76	20,32
	Múltipara	210	56,15
	Control prenatal		
	Ausente	336	89,84
	Presente	38	10,16
	Antecedentes patológicos		
	No presentó	361	96,52
	Si presentó	13	3,48

Nota. Datos extraídos del SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, Enero – Noviembre del 2019. Fuente: Elaboración propia.

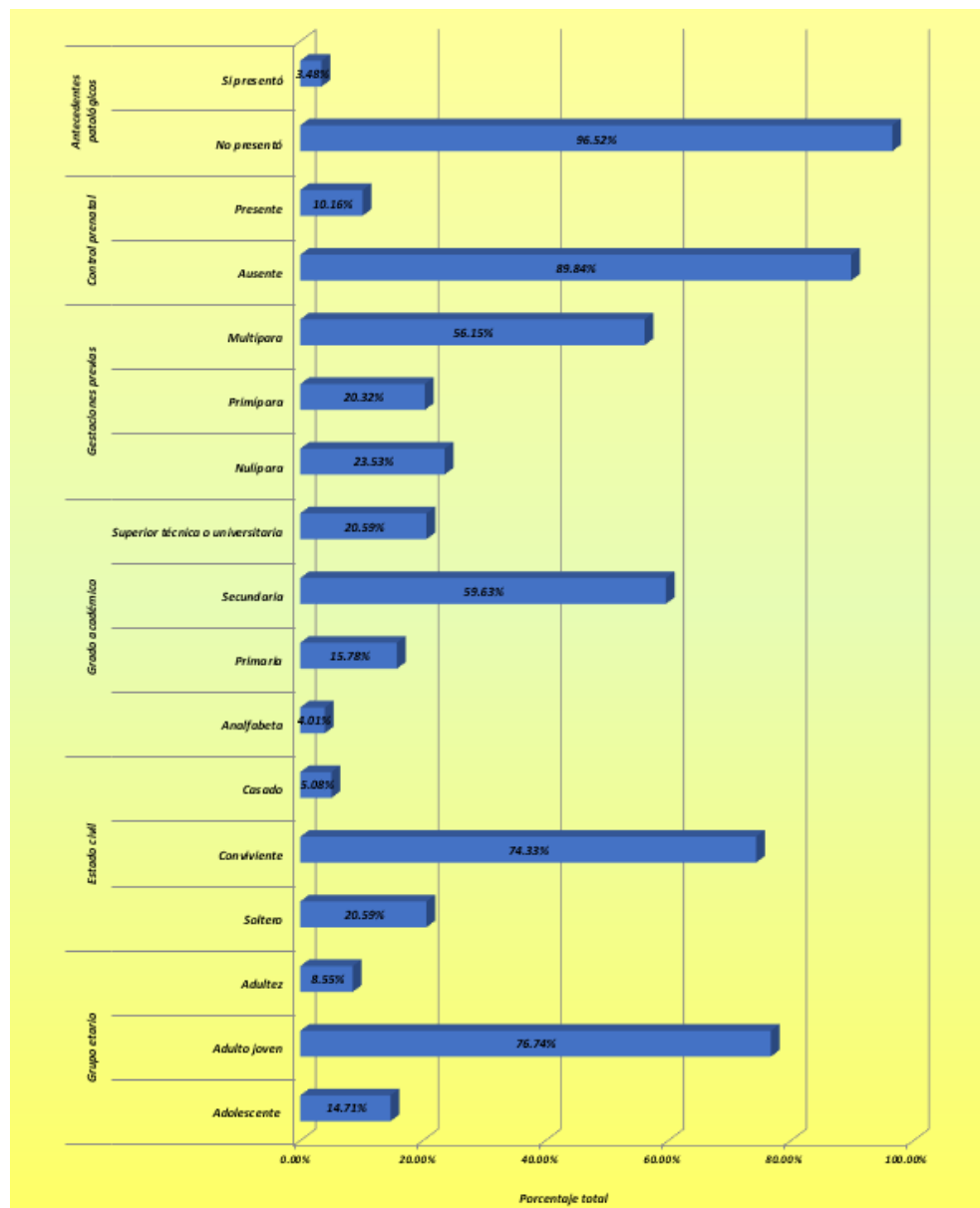


Figura 1. Factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos en pacientes con diagnóstico de aborto.

Nota. Datos extraídos de la tabla 1. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 1 se observa los factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que fueron hospitalizadas y diagnosticadas con aborto en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero – Noviembre del 2019.

En cuanto a los factores sociodemográficos resulta que el 76,74 % de las pacientes tenían de 20 a 40 años quienes corresponden al grupo etario adulto joven, un mínimo grupo representado por el 8,55 % tenían de 41 a 60 años, también se observó que el 14,71 % de pacientes eran adolescentes.

El 74,33 % de las pacientes son convivientes, el 20,59 % afirmaron ser solteras y, un mínimo grupo de 5,08 % eran casadas. En cuanto a la educación el mayor grupo de 59,63 % contaba con secundaria al momento de ser hospitalizadas, el 20,59 % contaba con estudios superiores, 15,78 % tenían estudios de primaria y el 4,01 % se consideró analfabeta por falta de capacidad de lectura y escritura.

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos resulta que el 76,47 % de las pacientes experimentaron de 1 a más gestaciones, el 23,53 % afirmó no tener gestaciones previas. El 89,84 % no contaban con control prenatal y, sólo el 3,48 % registraba antecedentes patológicos y el 96,52% no presentaban antecedentes patológicos.

Tabla 2.

Distribución de frecuencia y porcentaje referente al grupo etario y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo Enero - Noviembre del 2019

		Aborto					
		Si		No		Total	
		F	%	f	%	f	%
Grupo	Adolescente	2	1,60	49	13,10	55	14,71
	Adulto joven	117	31,28	170	45,45	287	76,74
	Adultez	14		18		32	
			3,74		4,81		8,56
Total		137	36,63	237	63,37	374	100,00

Nota. Datos extraídos del SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019. Fuente: Elaboración propia.

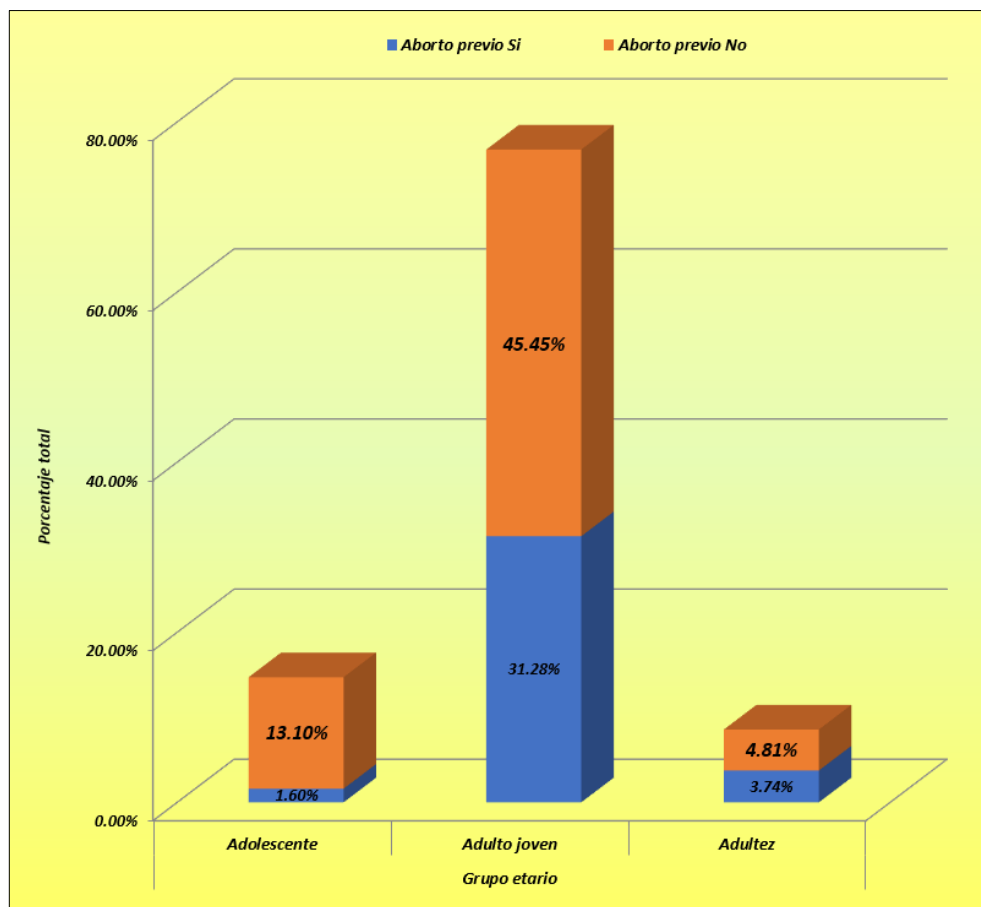


Figura 2. Grupo etario y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa

Nota. Datos extraídos de la tabla 2. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 2 se observa los datos de las pacientes según el grupo etario y sus antecedentes de aborto que registraron cuando fueron atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Del 100 % de las pacientes atendidas, se observa que en total un 76,74 % estaba representado por el grupo etario adulto joven que comprende edades de 20 a 40 años.

Del 63,37 % de pacientes que no registraban abortos, el 45,45 % eran adultos jóvenes, el 13,10 % eran adolescentes y, el 4,81 % estaban en la adultez. Así mismo, del 36,63 % de pacientes que tenían como antecedente aborto se observa que el 31,28 % pertenecían al grupo etario adulto joven, el 3,74 % estaban en el grupo etario adultez y, el 1,6 % eran adolescentes.

Tabla 3.

Comprobación de hipótesis de independencia entre grupo etario y aborto

	Valor	Df	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,490 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	21,618	2	,000
Asociación lineal por lineal	13,543	1	,000
N de casos válidos	374		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,72

En la prueba de independencia Chi Cuadrado, el p-valor $0,00 < 0,01$ lo que indica que existe evidencia estadística altamente significativa para aceptar la hipótesis de dependencia (H_a), ya que los resultados del valor estadístico son mínimos al valor crítico de 1 % de significancia evidenciando que existe 0 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación entre las variables. En ese sentido debemos asumir: Existe relación entre las variables grupo etario y aborto en las gestantes diagnosticadas con aborto del Hospital Regional de Pucallpa.

Tabla 4.

Prueba de contingencia entre grupo etario y aborto

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,217	,000
N de casos válidos		374	

Nota: Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi-cuadrado (Anexo 8). Elaboración propia.

En la prueba de coeficiente de contingencia, el valor estadístico (p-valor 0,00) < 0,05 lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa y alta entre las variables grupo etario y aborto. El valor indica que el aborto depende a razón de 21,7 % del grupo etario a la que pertenece la paciente, y el 78,3 % son otros factores que están relacionados al aborto.

Tabla 5.

Distribución de frecuencia y porcentaje referente al estado civil y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019

		Aborto				Total	
		Si		No			
		f	%	f	%	f	%
Estado	Soltera	18	4,81	59	15,78	77	20,59
	Conviviente	114	30,48	164	43,85	287	74,33
	Casada	5	1,34	14	3,74	19	5,08
Total		137	36,63	237	63,37	374	100,00

Nota. Datos extraídos del SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019. Fuente: Elaboración propia.

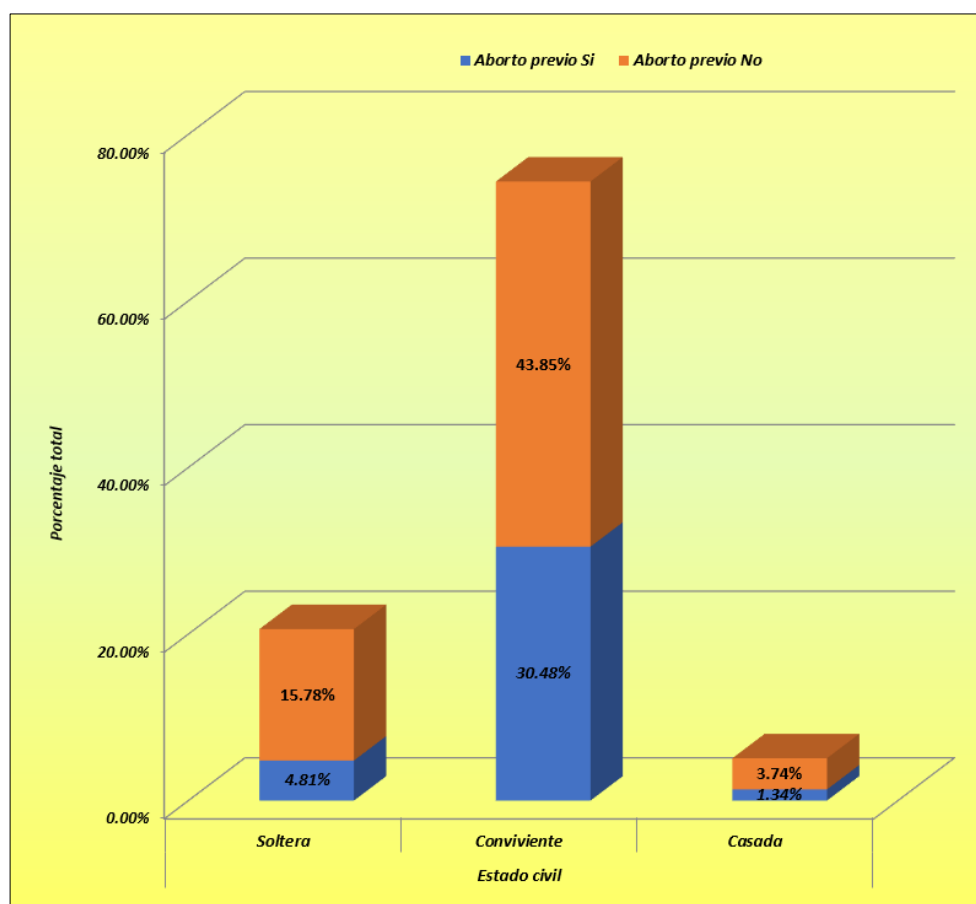


Figura 3. Estado civil y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa

Nota. Datos extraídos de la tabla 5. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 3 se observa los datos de las pacientes según el estado civil y sus antecedentes de aborto que registraron cuando fueron atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Del 100 % de las pacientes atendidas se observa que en total un 74,33 % eran convivientes.

Del 63,37 % de pacientes que no registraban abortos previos, el 43,85 % eran convivientes, el 15,78 % eran solteras y, el 3,74 % eran casadas. Así mismo, del 36,63 % de pacientes que tenían como antecedente aborto se observa que el 30,48 % eran convivientes, el 4,81 % era solteras y, el 1,34 % eran casadas.

Tabla 6.

Comprobación de hipótesis de independencia entre estado civil y aborto

	Valor	df	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,992 ^a	2	,011
Razón de verosimilitud	9,416	2	,009
Asociación lineal por lineal	3,358	1	,067
N de casos válidos	374		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,96

En la prueba de independencia Chi Cuadrado, el p-valor $0,011 < 0,05$ lo que indica que existe evidencia estadística significativa para aceptar la hipótesis de dependencia (H_a), ya que los resultados del valor estadístico son mínimos al valor crítico de 5 % de significancia evidenciando que existe 1,1 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación entre las variables. En ese sentido debemos asumir: Existe relación entre las variables estado civil y aborto en las gestantes diagnosticadas con aborto del Hospital Regional de Pucallpa.

Tabla 7.

Prueba de contingencia entre estado civil y aborto

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,153	,011
N de casos válidos		374	

Nota: Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi-cuadrado (Anexo 8). Elaboración propia.

En la prueba de coeficiente de contingencia, el valor estadístico (p-valor 0,01) < 0,05 lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa y alta entre las variables grupo etario y aborto. El valor indica que el aborto depende a razón de 15,3 % del estado civil que registro la paciente, y el 84,7 % son otros factores que están relacionados al aborto.

Tabla 8.

Distribución de frecuencia y porcentaje referente al grado de instrucción y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019

		Aborto					
		Si		No		Total	
		F	%	f	%	F	%
Grado	Analfabeta	1	0,27	14	3,74	15	4,01
	Primaria	29	7,75	30	8,02	59	15,78
	Secundaria	77	20,59	146	39,04	223	59,63
	Superior técnica o universitaria	30	8,02	47	12,57	77	20,59
Total		137	36,63	237	63,37	374	100,00

Nota. Datos extraídos del SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019. Fuente: Elaboración propia.

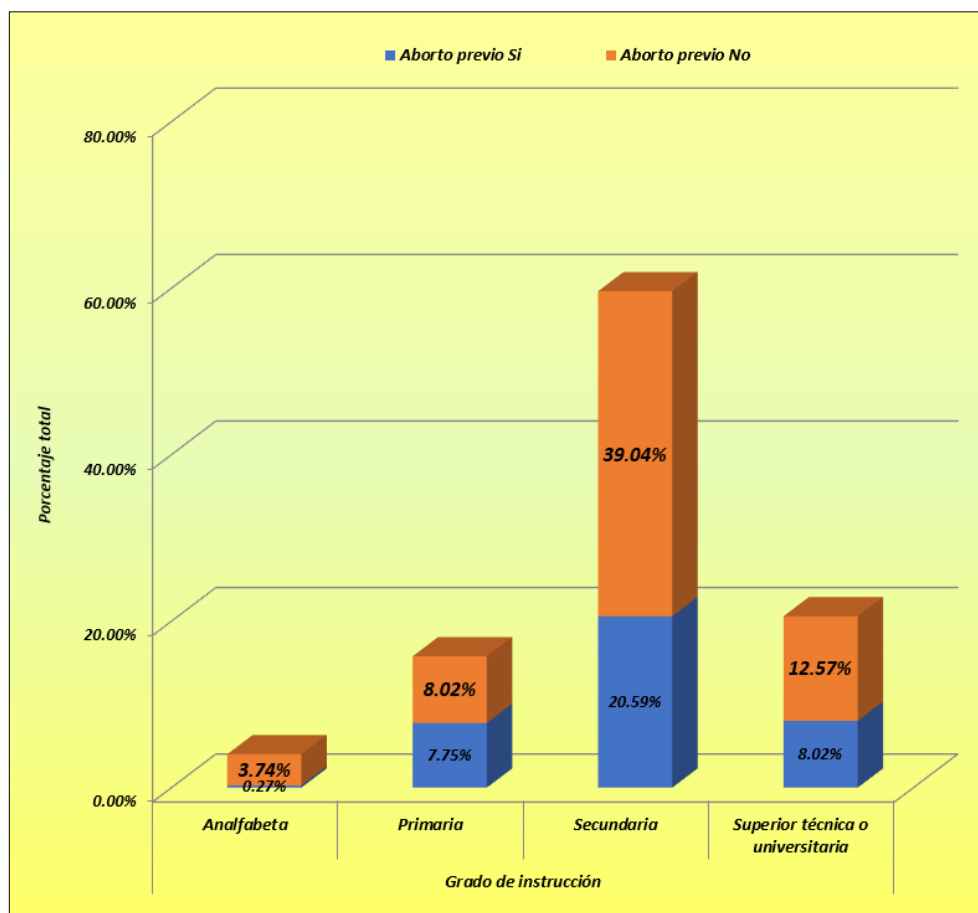


Figura 4. Grado de instrucción y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa

Nota. Datos extraídos de la tabla 8. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 4 se observa los datos de las pacientes según el grado de instrucción y el antecedente de aborto registrado durante su atención en el Hospital Regional de Pucallpa. Del 100 % de pacientes, el mayor grupo de 59,63 % contaron con estudios de educación secundaria cuando fueron atendidas.

Del 63,37 % de pacientes que no registraban abortos previos, se observa que el 39,04 % cuenta con estudios de nivel secundaria, el 12,57 % cuentan con estudios superiores, el 8,02 % cuentan con estudios de nivel primaria y el 3,74 % no tienen capacidad de lectura ni escritura. Del 36,63 % que presentaron aborto resulta que el 20,59 % y 8,02 % cuenta con estudios de nivel secundaria y de nivel superior respectivamente, el 7,75 % registraba estudios de nivel primaria y, sólo el 0,27 % es analfabeta.

Tabla 9.

Comprobación de hipótesis de independencia entre grado de instrucción y aborto

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,392 ^a	3	,016
Razón de verosimilitud	11,886	3	,008
Asociación lineal por lineal	,253	1	,615
N de casos válidos	374		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,49

En la prueba de independencia Chi Cuadrado, el p-valor $0,016 < 0,05$ lo que indica que existe evidencia estadística significativa para rechazar la hipótesis de independencia (H_0), ya que los resultados del valor estadístico superan el valor crítico de 5 % de significancia evidenciando que existe 1,6 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación entre las variables. En ese sentido debemos asumir: Existe relación entre las variables grado de instrucción y aborto en las gestantes diagnosticadas con aborto del Hospital Regional de Pucallpa.

Tabla 10.

Prueba de contingencia entre grado de instrucción y aborto

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,164	,016
N de casos válidos		374	

Nota: Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi-cuadrado (Anexo 8). Elaboración propia.

En la prueba de coeficiente de contingencia, el valor estadístico (p-valor 0,016) < 0,05 lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables grupo etario y aborto. El valor indica que el aborto depende a razón de 1,6 % del grado de instrucción a la que pertenece la paciente, y el 98,4 % son otros factores que están relacionados al aborto.

Tabla 11.

Distribución de frecuencia y porcentaje referente a gestación previa y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019

		Aborto				Total	
		Si		No			
		F	%	f	%	f	%
Gestacion	Nulípara	21	5,61	67	17,91	88	23,53
	Primípara	22	5,88	54	14,44	76	20,32
	Múltipara	94	25,13	116	31,02	210	56,15
Total		137	36,63	237	63,37	374	100,00

Nota. Datos extraídos del SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019. Fuente: Elaboración propia.

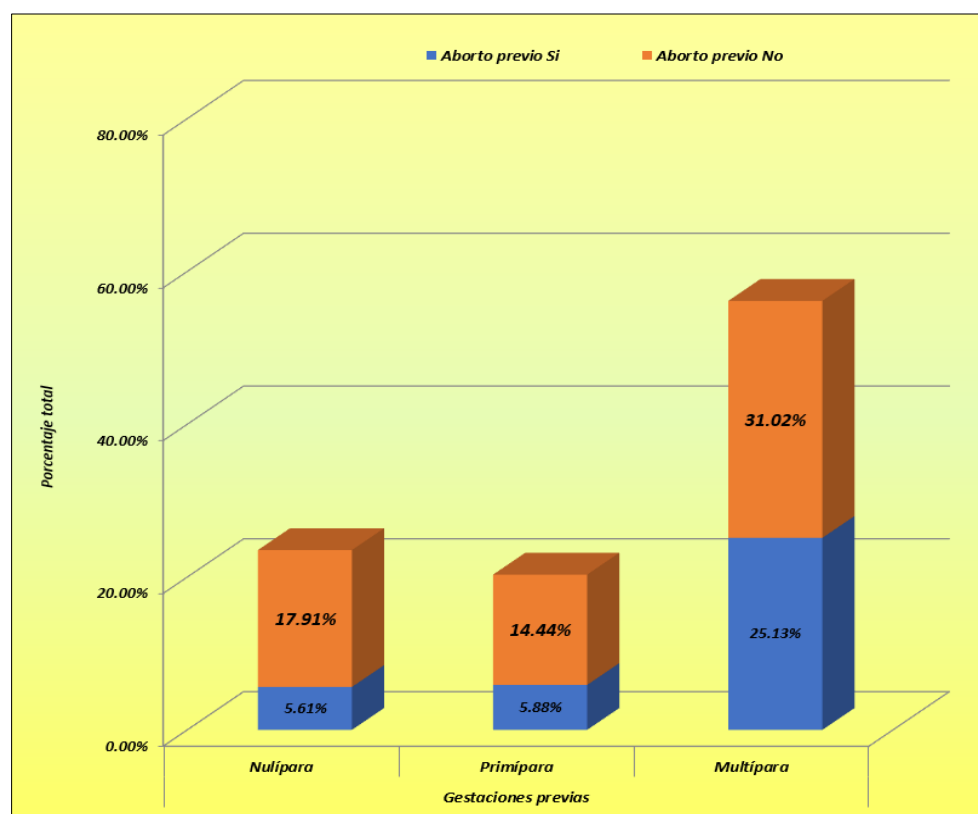


Figura 5. Gestación previa y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa

Nota. Datos extraídos de la tabla 11. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 5 se observa los datos de las pacientes según las gestaciones previas y el antecedente de aborto registrado cuando se atendieron en el Hospital Regional de Pucallpa. Del 100 % de pacientes resulta que, en mayor proporción, el 56,15 % es multipara.

Del 63,37 % de pacientes que no registraban abortos previos, resulta que el 31,02 % tuvieron más de 1 hijo, también se observa que el 14,44 % eran primíparas y, el 17,91 % eran nulíparas. Del 36,63 % que presentaron aborto, el 25,13 % eran multiparas, el 5,88 % y 5,61 % eran primíparas y nulíparas respectivamente.

Tabla 12.

Comprobación de hipótesis de independencia entre gestación previa y aborto

	Valor	Df	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,094 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	14,427	2	,001
Asociación lineal por lineal	13,336	1	,000
N de casos válidos	374		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 27,84.

En la prueba de independencia Chi Cuadrado, el p-valor $0,001 > 0,01$ lo que indica que existe evidencia estadística altamente significativa para rechazar la hipótesis de independencia (H_0), ya que los resultados del valor estadístico no superan el valor crítico de 1 % de significancia evidenciando que existe 0,1 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación entre las variables. En ese sentido debemos asumir: Existe relación entre las variables gestación previa y aborto en las gestantes diagnosticadas con aborto del Hospital Regional de Pucallpa.

Tabla 13.

Prueba de contingencia entre gestación previa y aborto

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,191	,001
N de casos válidos		374	

Nota: Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi-cuadrado (Anexo 8). Elaboración propia.

En la prueba de coeficiente de contingencia, el valor estadístico (p-valor 0,001) < 0,05 lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa y alta entre las variables gestación previa y aborto. El valor indica que el aborto depende a razón de 19,1 % de la gestación previa que presenta la paciente, y el 80,9 % son otros factores que están relacionados al aborto.

Tabla 14.

Distribución de frecuencia y porcentaje referente al control prenatal y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019

		Aborto					
		Si		No		Total	
		F	%	f	%	f	%
Control	Ausente	123	32,89	213	56,95	336	89,84
	Presente	14	3,74	24	6,42	38	10,16
	Total	137	36,63	237	63,37	374	100,00

Nota. Datos extraídos del SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019. Fuente: Elaboración propia.

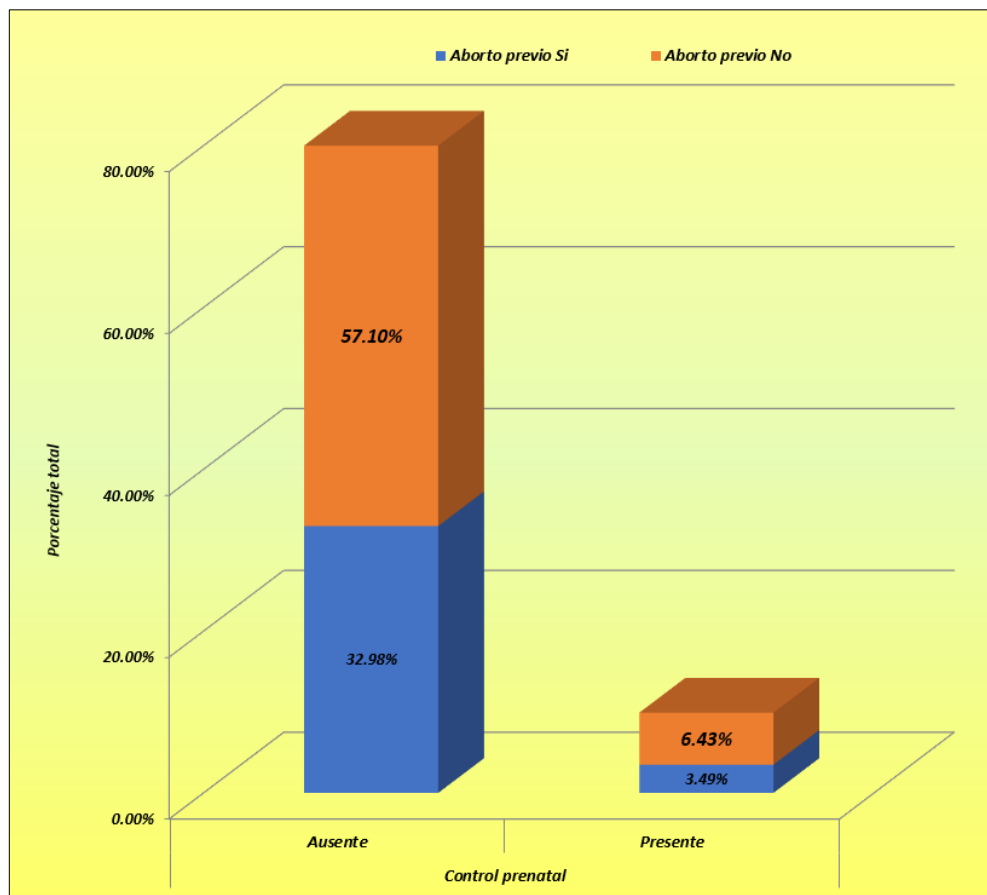


Figura 6. Control prenatal y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa

Nota. Datos extraídos de la tabla 14. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 6 se observa los datos de las pacientes según el control prenatal y el antecedente de aborto registrado durante su atención en el Hospital Regional de Pucallpa. Del 100 % de pacientes resulta que un total de 89,84 % nunca pasaron por el control prenatal.

Del 63,37 % de pacientes que no presentaron aborto se observa que el 56,95 % no contaban con control prenatal y, que sólo el 6,42 % contaba con al menos un control prenatal. Así mismo, del 36,63 % que presentaron aborto se observa que el 32,89 % no contaban con control prenatal y, apenas el 3,74 % contaba con el control prenatal.

Tabla 15.

Comprobación de hipótesis de independencia entre control prenatal y aborto

	Valor	Df	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001 ^a	1	,977
Razón de verosimilitud	,000	1	1,000
Asociación lineal por lineal	,001	1	,977
N de casos válidos	374		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,92

En la prueba de independencia Chi Cuadrado, el p-valor 0,977 > 0.05, lo que indica que no existe evidencia estadística significativa para rechazar la hipótesis de independencia (H_0), ya que los resultados del valor estadístico superan el valor crítico de 5 % de significancia evidenciando que existe 97,7 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación entre las variables. En ese sentido debemos asumir: No existe relación entre las variables control prenatal y aborto en las gestantes diagnosticadas con aborto del Hospital Regional de Pucallpa.

Tabla 16.

Distribución de frecuencia y porcentaje referente al antecedente patológico y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo enero - noviembre del 2019

		Aborto				Total	
		Si		No			
		f	%	f	%	f	%
Antecedente patológico	Si presentó	6	1,60	7	1,87	12	3,48
	No presentó	131	35,03	230	61,50	361	96,52
Total		137	36,63	237	63,37	374	100,00

Nota. Datos extraídos del SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019. Fuente: Elaboración propia.

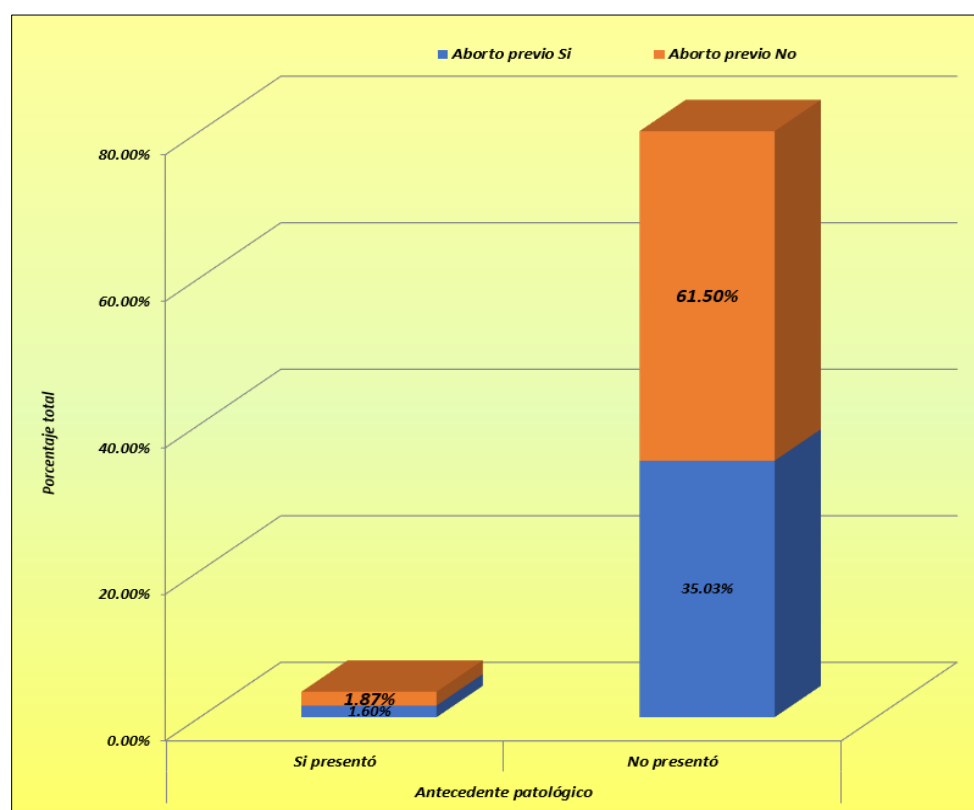


Figura 7. Antecedente patológico y aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa

Nota. Datos extraídos de la tabla 16. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 8 se observa los datos de las pacientes según antecedente patológico y tipo de aborto diagnosticado cuando fueron atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Del 100 % de pacientes resulta que un total de 96,52 % no presentaron antecedentes patológicos.

Del 63,37 % de pacientes que no presentaron aborto se observa que el 61,50 % no presentaban antecedentes patológicos y, que sólo el 1,87 % presentaba alguna patología previa. Así mismo, del 36,63 % que presentaron aborto se observa que el 35,03 % no presentaba antecedente patológico y, apenas el 1,60 % si lo presentaba.

Tabla 17.

Comprobación de hipótesis de independencia entre antecedente patológico y aborto

	Valor	Df	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,526 ^a	1	,468
Razón de verosimilitud	,187	1	,665
Asociación lineal por lineal	,512	1	,469
N de casos válidos	374		

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,76

En la prueba de independencia Chi Cuadrado, el p-valor 0,468 > 0.05, lo que indica que no existe evidencia estadística significativa para rechazar la hipótesis de independencia (H_0), ya que los resultados del valor estadístico superan el valor crítico de 5 % de significancia evidenciando que existe 48,6 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación entre las variables. En ese sentido debemos asumir: No existe relación entre las variables antecedente patológico y aborto en las gestantes diagnosticadas con aborto del Hospital Regional de Pucallpa.

4.2. DISCUSIÓN

El 76,74 % de las pacientes con abortos eran del grupo etario adulto joven; En Georgia, se realizó una encuesta de salud reproductiva en el año 2010 donde se determinó que a medida que aumenta la edad se obtienen mayor riesgo de abortos inducidos repetidamente (36). A pesar de los recientes descensos, las tasas de embarazo adolescente siguen siendo altas en muchos países. La investigación sobre el estado de planificación de estos embarazos y sobre los factores que determinan cómo los adolescentes resuelven sus embarazos podrían informar más a los programas y las políticas que rigen nuestro país (37). Los esfuerzos para reducir la gravedad de las morbilidades y la mortalidad relacionadas con el aborto deben centrarse en las mujeres jóvenes, particularmente aquellas que viven en zonas rurales y otras áreas remotas (38).

Las mujeres sin controles prenatales tienen 1,47 veces más posibilidades de presentar un aborto completo en comparación a las mujeres que si se llegaron a realizar controles durante su etapa de gestación. En un estudio similar realizado en Lima, se determinó que casi el 97 % de mujeres que abortaron no tuvieron ningún control prenatal (39). Este problema quizás esta en relación a que la mayoría de las gestaciones en la adolescente son embarazos no deseados (40) y, por tal motivo, ellas no acuden a los servicios de Salud. En otros estudios, la mayoría del adolescente no tuvieron control prenatal (61.11 %), durante el embarazo, por lo que se complicó con aborto (41,42).

Las mujeres con patología previas tienen 1.16 veces más posibilidades de presentar un aborto completo en comparación a las mujeres que no presentaron patologías previas. En Costa Rica, Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en: mujeres con enfermedad sistémica (12). Entre los principales factores que se asocian a aborto tenemos en primer lugar a

las infecciones seguidas de las anomalías endocrinas, anomalías placentarias, anomalías genéticas y anatómicas, las cuales presentaron el 90,73% de los casos estudiados (7).

En nuestro estudio, el antecedente de gestación si se asoció con el tipo de aborto. Sin embargo, en mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto la probabilidad de un segundo aborto es de un 19%, si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta a 35% y si han tenido tres abortos esta probabilidad asciende a 47% (16).

Las variables grado académico y estado civil si se llegaron asociar a la variable dependiente del estudio esto debido a que el valor p fue menor al 0,05. Esto confirma en un estudio realizado en Irán en el año 2012 se determinó que el nivel educativo, el ingreso familiar, el número de hijos y la edad en el matrimonio son factores asociados con algún tipo de aborto (17).

El aborto inseguro es un problema de salud pública que cada vez cobra más víctimas. Según la OMS, cada año 210 millones de mujeres empiezan un embarazo, pero sólo un poco más del 50% terminan en nacimientos. En el Perú, cada año se produce alrededor de 350 mil abortos (aproximadamente un aborto por cada 2 nacimientos). Estos resultados obtenidos en nuestro estudio nos permitirán conocer un poco más de la realidad de nuestra región.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a los factores sociodemográficos registrados de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa resulta que el 76,74 % corresponde al grupo etario adulto joven, el 74,33 % son convivientes y, el 59,63 % contaban con estudios de educación secundaria. Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos resulta que el 76,47 % de las pacientes experimentaron de 1 a más gestaciones, el 63,37 % afirmó haber tenido al menos un aborto, el 89,84% no contaba con control prenatal y sólo el 96,52% no registraba antecedentes patológicos. A la luz de los resultados los factores sociodemográficos de grupo etario y nivel educativo y, el antecedente gineco-obstétricos de gestaciones previas están relacionados con los abortos previos de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, en el periodo enero – noviembre 2019.
2. El grupo etario es un factor sociodemográfico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa que está altamente relacionado al aborto a razón del 21,7 %. El 31,28 % de pacientes entre 20 y 40 años presentaba aborto.
3. El estado civil es un factor sociodemográfico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa que está relacionado al aborto a razón del 15,3 %. El 31,48 % de pacientes convivientes presentaba aborto.
4. El grado de instrucción es un factor sociodemográfico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa que está relacionado al aborto a razón del 1,6 %. El 20,59 % de pacientes que presentaba aborto contaban con estudios de educación secundaria.
5. La gestación previa es un factor gineco-obstétrico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa que está relacionado al aborto a razón del 19,1 %. El 25,13 % de pacientes multíparas presentaba aborto.

6. El control prenatal es un factor gineco-obstétrico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa que no está relacionado al aborto.
7. El antecedente patológico es un factor gineco-obstétrico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa que no está relacionado al aborto.

RECOMENDACIÓN

1. Se debe tomar en cuenta la información recogida en este estudio con el fin de poder disminuir los casos de aborto en los próximos años.
2. Las variables gineco-obstétricas de control prenatal antecedentes patológicos no muestran dependencia con el aborto. Sin embargo, esta estadística podría variar si se aumenta la población o si se realiza un análisis de mayor complejidad.
3. Se debe ampliar el estudio en otras sedes de la región con el fin de poder identificar y comparar los datos encontrados en el presente estudio.
4. Se debe realizar un análisis multivariado para disminuir la influencia otras variables que por epidemiología influyen de manera directa en nuestro estudio.
5. Se debe dar a conocer la información obtenida con el único fin de mejorar los índices de aborto y darle una mayor importancia a la planificación familiar.
6. Dentro de nuestro estudio se determinó que son las jóvenes adultas las que sufren de un aborto, esto indica que son ellas la población en la que se debe trabajar con mayor seriedad y buscar la etiología.
7. Las patologías previas durante el embarazo son un factor que se deben identificar en los controles de la gestación, sin embargo, son pocas las mujeres las que se realizan un despistaje de alguna enfermedad previa durante una gestación.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Tang L, Leòn F, Rodríguez R, Cam A, Távara L, Ciudad A, et al. El aborto en el Perú. In Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología; 1990; Uruguay. p. 78-81.
2. Guzmán Changanqui, Alfredo. La Sociedad Peruana de Obstetricia y Salud Pública. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017; 63(409-411).
3. Guevara-Ríos, Enrique. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev. Per Ginecología y Obstetricia. 2010;(10-17).
4. León W, Gonzáles-Andrade F, Yépez E, Aguinaga G, Jijón-Letort A, Raza X. Guía y tratamiento de aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. In León W, Gonzáles-Andrade F, Yépez E, Aguinaga G, Jijón-Letort A, Raza X. Guía de Práctica Clínica. Ecuador; 2013. p. 48.
5. Gutiérrez-Ramos M, Guevara-Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015;(57-64).
6. Protocolo para el manejo de casos de Interrupción Legal del embarazo. In Gobierno Regional de Arequipa; 2007; Arequipa. p. 20.
7. Tipiani-Guevara, Sarita Esther. Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en el servicio gineco obstetricia del Hospital de Chancay 2005. Rev. Per Obst Enf. 2006; 2.
8. Acho S, Camposano D, Canova E. Aborto en adolescente. Experiencia en el Hospital Cayetano Heredia. Rev. Per Ginecología Obstetricia. 2005; 2(100-104).
9. Lozano - Pilco B. Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Enero a noviembre del 2016. tesis de pre-grado. Loreto: Hospital Regional de Loreto, Iquitos; 2016.
10. Távara, Luis. Aborto como problema de salud pública en el Perú. In Távara L. Ginecología y Obstetricia. Lima; 2001. p. 250-254.
11. Rodríguez-Donado A, León H. Guía de Atención del Aborto. In. Bogotá: Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología; 2011. p. 4-6.

12. González-Rivera, Ana Catalina. Amenaza de aborto. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica IXVIII. 2011; 599(495-498).
13. Chávez-Alvarado, Susana. Aborto terapéutico, ausencia Injustificada en la política sanitaria. Rev. Perú Méd. Exp. Salud Publica. 2013;(494-499).
14. Guttmacher I. Aborto en América Latina y el Caribe. 2018 marzo.
15. Boletín estadístico del Instituto Nacional Materno Perinatal. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2017 Setiembre: p. 46-47.
16. Neira-Miranda J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. Ars Medica, Revista de Estudios Médicos Humanísticos. 2002; 31.
17. Azar Ranji M. Aborto inducido en Irán: prevalencia, razones y consecuencias. Revista de partería y salud de la mujer. 2012 septiembre - Octubre; 57(5).
18. Ecuador MdSPd. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. In Guía de Práctica Clínica. Ecuador: La Caracola Editores; 2013.
19. López-Delgado FS, Morales-Campoverde KG. 2014, Frecuencia de aborto y Características socio demoFiguras en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. Cuenca. Tesis. Ecuador: Hospital "Homero Castanier Crespo", Cuenca; 2015.
20. García-Salcedo, Maria José. Aborto incompleto, factores de riesgo en adolescentes, estudio a realizar en el Hospital Universitario del año 2015. tesis. Ecuador: Hospital Universitario, Guayaquil; 2015.
21. Álvarez-Goris MP, Pérez-Calatayud ÀA, Arch-Tirado E, Stuth - López D, Zavala-García A, Hernández-Alemàn FR, et al. Análisis comparativo de complicaciones agudas post-quirúrgicas entre legrado y la aspiración manual endouterina en el aborto guiados por ultrasonido intraoperatorio vs técnica habitual a ciegas. Elsevier. 2016.
22. Rivero-Navia J, 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. tesis. Ecuador: Hospital Mariana de Jesús, Guayaquil; 2017.

23. Black KI, Vries BS, Moses F, Pelosi M, Cong A, Ludlow J. El impacto de la introducción del manejo médico en el manejo conservador y quirúrgico para el aborto espontáneo temprano en el embarazo. El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda. 2016; 57(93-98).
24. Távara-Orozco L, Orderique L, Mascaro P, Cabrera S, Gutiérrez-Ramos M, Paiva J, et al. Costos de la atención Post-aborto en Hospitales de Lima. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012;(241-251).
25. López -Todelano R, Gómez Huaynalaya T. Motivos que conllevan al Aborto incompleto en el Hospital II Huamanga-Essalud, febrero - Julio 2017. tesis. Ayacucho: Hospital II Huamanga-Essalud, Ayacucho; 2017.
26. Molina-Orellana, Pedro Alejandro; Vilcañaua-Ochoa, Katherine Magally. Factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2017. tesis. Huancayo: Hospital Regional Docente, Huancayo; 2017.
27. Ramos-Rivas, Kelly Alexandra. Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el hospital de Ventanilla durante el periodo 2018. tesis. Lima: Lima; 2019.
28. Iglesias-Osores, Sebastian; Nakano-Chavez, Kyugoro. Características del aborto adolescente en un hospital de Chiclayo, Perú 2018. Rev. cuerpo méd. 2019 enero-diciembre; 1(12).
29. Tratamiento médico del Aborto. In Organización Mundial de la Salud; 2018; Ginebra. Suiza. p. 1-76.
30. INEI, Perfil Sociodemográfico del Perú. In Censos Nacionales 2007: XII de Población y VI de vivienda. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2008.
31. Cortés-Alfaro A, Chacón-O'Farril P, Álvarez-García A, Sotonavarro-Gómez Y. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. [Online].; 2015 [cited 2018 Nov 18. Available from: <http://www.revvmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/68/26>.
32. Martín-Lupiòn, Eva. El aborto: Perspectivas y realidades. Aborto Espontáneo e Interrupción Voluntaria Del Embarazo. 2012.

33. Ponce Lara, Miriam Felicita. Factores asociados al Aborto Incompleto en mujeres En Edad Fértil Del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa el Salvador. Primer semestre 2016. tesis de postgrado. Villa el Salvador.: Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima; 2016.
34. Kestler, Edgar; Morales, Erick; González, Maria. Atención post aborto en el primer nivel de referencia. Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem). 2019 Julio; 1(17-22): p. 17-22.
35. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
36. Pestvenidze E, Berdzuli N, Lomia N, Gagua T, Umikashvili L, Stray-Pedersen B. Repeat induced abortions in Georgia, characteristics of women with multiple pregnancy terminations: secondary analysis of the Reproductive Health Survey 2010. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. octubre de 2016;205:85-90.
37. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. J Adolesc Health. febrero de 2015;56(2):223-30.
38. Ushie BA, Izugbara CO, Mutua MM, Kabiru CW. Timing of abortion among adolescent and young women presenting for post-abortion care in Kenya: a cross-sectional analysis of nationally-representative data. BMC Womens Health. 17 de 2018;18(1):41.
39. Jorge Aparicio, et al. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 1996, vol. 42, no 3, p. 64-66.
40. Ruffer R. La planificación familiar y la Mortalidad Materna e Infantil en los Estados Unidos. Bol. Oficina Sanit. Panam 1993;115 (5): 389-404.
41. Peláez J.: Aborto en las adolescentes: Quién toma la decisión?. Rev. Sexología y Sociedad. 2007: Año 13. N° 33.
42. Ministerio de Salud (MINSA): Unidad de Estadística e Informática. Hospital San Juan de Lurigancho. Enero a Diciembre del 2013. Lima-Perú. p: 1-29. Disponible en: [PDF]unidad de estadística e informática Lima – peru 2013 – Hospital.

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Bach. Espinoza Fernández Marina Azucena

Yo, Giancarlo N. Leon Roque.....iden
tificado con número de DNI 91657300 manifiesto que acepto colaborar en
el proyecto de investigación, titulado: "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL ABORTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – NOVIEMBRE
DEL 2019" elaborado por la bachillera Espinoza Fernández Marina Azucena.

Cuya investigación tiene como objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y
antecedentes gineco-obstétricos relacionados al tipo de aborto en gestantes atendidas
en el Hospital Regional de Pucallpa, enero - noviembre del 2019.

Se realizará esta investigación con el fin de proponer posibles alternativas de solución
frente a la problemática, por lo cual accederé a participar en la recopilación de datos
del Sistema de Información Perinatal de cada paciente, realizadas por la investigadora
a cargo; declarando que la información será solamente de conocimiento de la
investigadora, quien garantiza la confidencialidad de las opiniones vertidas.

Finalmente, acepto participar en forma consciente de la presente investigación.


HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
COORDINADOR DE OBSTETRICIA
.....
Coordinador de obstetras del
Hospital Regional de Pucallpa


.....
Investigadora: Marina A. Espinoza Fernández

ANEXO B. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
Facultad de Medicina Humana
Escuela Académico de Medicina Humana



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL ABORTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – NOVIEMBRE DEL 2019

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
EDAD	CANTIDAD DE GESTANTES
Adolescente	55
Adulto	32
ESTADO CIVIL	
CANTIDAD DE GESTANTES	
Conviviente	278
Soltera	77
Casada	19
GRADO DE INSTRUCCIÓN	CANTIDAD DE GESTANTES
s/estudios – básicas	15
Técnico – superior	73
II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	
GESTACIONES PREVIAS	
SI	210
NO	88
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	CANTIDAD DE GESTANTES
Si	13
No	361

ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	VALOR FINAL	CRITERIO	INSTRUMENTO
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Cualitativo	Ordinal Politómica	Grupo etario	10-19 años=Adolescencia 20 a 40 años =Adulto Joven 40 a 60 Años=Adulto	La OMS define la adolescencia entre los 10 a los 19 años; a la población Adulto Joven de 20 a 40 años y Adultez de 40 a 60 Años.	SIP 2000(Sistema Informativo Perinatal 2000)
	Cualitativo	Nominal Politómica	Estado civil	Conviviente Casado Soltero	Los Censos de Población en Perú, recogen información sobre el estado civil o conyugal de las personas de 12 y más años de edad. Se identifica 6 categorías: conviviente, separado, casado, viudo, divorciado y soltero (INEI).	SIP 2000(Sistema Informativo Perinatal 2000)
	Cualitativo	Ordinal Politómico	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior técnica o universidad	Perteneciente al Grado de instrucción en 6 categoría: Sin nivel educativo, Primaria, Secundaria y Superior universitaria(INEI)	SIP 2000(Sistema Informativo Perinatal 2000)
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	Cualitativa	Nominal Politómico	Gestaciones Previas	Nulípara Primípara Multípara	Número de embarazos con un término de gestación más de 20 semanas o con un ponderado fetal mayor a 500 gramos.	SIP 2000(Sistema Informativo Perinatal 2000)
	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Control prenatal	SI NO	Es el número de controles que realiza una gestante. Según la OMS mínimo debería tener 6 controles prenatales.	SIP 2000(Sistema Informativo 2000)
	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Antecedentes Patológicos	Si No	Es la presencia de una enfermedad previa durante la gestación.	SIP 2000 (Sistema informativo 2000)



Centro Andino de Investigación y Entrenamiento
en Informática para la Salud Global



Certificamos que

Marina Asucena Espinoza Fernàndez

Ha finalizado satisfactoriamente el curso

Conducta Responsable en Investigación

20 February 2020

Calificación del Curso: 19,70

A handwritten signature in black ink, appearing to read "P. García Funegra".

Dra. Patricia J. García Funegra
Facultad de Salud Pública y Administración
Universidad Peruana Cayetano Heredia