

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL PERIODO
2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

RAMOS RIVAS KELLY ALEXANDRA

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

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR

Joseph Pinto Oblitas

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, por su paciencia, guía constante y apoyo durante la realización de mi tesis.

A mis docentes y a las personas que me ayudaron a hacer posible el desarrollo de este trabajo.

DEDICATORIA

Para mi familia, por hacer posible que siga adelante con mis proyectos y metas, a través de su apoyo incondicional y motivación constante.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

Material y métodos: Estudio de casos y controles, analítico, transversal, retrospectivo y observacional. 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), haber tenido 3 a más gestaciones (OR=2,3; IC 95%; 1,4-3,8), ITS (OR=1,8; IC 95%; 1,1-3,1) y haberse hecho algún procedimiento (OR=2,2; IC 95%; 1,3-3,8).

Conclusiones: El no tener pareja, proceder de zona urbana, con nivel de educación primaria o secundaria, ser estudiante o ama de casa, haber tenido 3 a más gestaciones, antecedentes de ITS y haberse realizado algún procedimiento, son factores de riesgo para aborto incompleto.

PALABRAS CLAVES: Aborto incompleto, historias clínicas, factores de riesgo, factores sociodemográficos y factores gineco obstétricos.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for incomplete abortion in patients treated at Ventanilla Hospital during the 2018 period.

Material and methods: Case-control, analytical, cross-sectional, retrospective and observational study. We reviewed 252 clinical histories, where 126 had incomplete abortion and another 126, normal gestations. With the information, a database was made (SPSS version 25.0) and the Mann Whitney U test (age) and Chi-square (qualitative variables) were used for the statistical analysis.

Results: Statistically significant associations were obtained between socio-demographic and gynecological-obstetric factors with incomplete abortion, with marital status ($p = 0.015$), provenance ($p = 0.028$), educational level ($p = 0.013$), occupation ($p = 0.035$).), number of pregnancies ($p = 0.001$), ITS ($p = 0.019$) and procedural history ($p = 0.003$). Among these variables were determined as risk factors, not having a partner (OR = 1.8, 95% CI, 1.1-3.1), belonging to an urban area (OR = 1.8, 95% CI; 3.1), have primary level (OR = 2.8, 95% CI, 1.1-7.4) or secondary (OR = 2.3, 95% CI, 1.3-4.1), be student (OR = 2.3, 95% CI, 1.1-5.3) or housewife (OR = 2.7, 95% CI, 1.2-6.2), having had 3 or more pregnancies (OR = 2.3, 95% CI, 1.4-3.8), STIs (OR = 1.8, 95% CI, 1.1-3.1) and having a procedure done (OR = 2, 2, 95% CI, 1.3-3.8).

Conclusions: Having no partner, coming from an urban area, with a primary or secondary education level, being a student or a housewife, having 3 or more pregnancies, a history of STIs and having a procedure performed, are risk factors for incomplete abortion.

KEY WORDS: incomplete abortion, clinical histories, risk factors, sociodemographic factors and gynecological obstetric factors.

INTRODUCCIÓN

El aborto, considerado un problema social y de salud pública, adquiere mayor importancia a nivel mundial, ya que suele presentarse en grandes cantidades y es una de las principales causas de muerte materna, sobre todo en aquellos abortos que han sido provocados en condiciones no seguras o insalubres. Además algunas mujeres terminan siendo hospitalizadas debido a complicaciones (hipovolemia, sepsis, etc.). Esto ocurre generalmente en la edad fértil o reproductiva y en mayor proporción suceden en las regiones en desarrollo.

El presente trabajo consta de 5 capítulos:

Capítulo I: Planteamiento y formulación del problema, así como también la justificación, delimitación del área de estudio, limitaciones presentes en la investigación, objetivos y propósito del estudio en relación a los factores de riesgo para aborto incompleto en las pacientes atendidas por este diagnóstico o en gestantes normales.

Capítulo II: Revisión de antecedentes bibliográficos (internacionales, regionales y nacionales) sobre los factores de riesgo para aborto incompleto, al igual que definición de conceptos, hipótesis planteadas para el estudio y variables.

Capítulo III: Descripción de la metodología empleada en la investigación.

Capítulo IV: Análisis de los resultados, mostrándose en tablas.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones del estudio.

ÍNDICE

CÁRATULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1. GENERAL	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.7. PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2. BASES TEÓRICAS.....	9
2.3. MARCO CONCEPTUAL	16
2.4. HIPÓTESIS	19
2.4.1. GENERAL	19
2.4.2. ESPECÍFICAS	19

2.5.	VARIABLES	20
2.6.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	23
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		25
3.1.	DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
3.1.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.4.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
3.5.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		29
4.1.	RESULTADOS	29
4.2.	DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		39
5.1.	CONCLUSIONES.....	39
5.2.	RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		41
ANEXOS		44

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1: Factores sociodemográficos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.....	29
Tabla N° 2: Factores gineco obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.....	31
Tabla N°3: Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.....	33

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1: Operacionalización de variables.....	45
Anexo N° 2: Instrumento.....	48
Anexo N° 3: Validez de instrumento – Consulta de expertos.....	50
Anexo N° 4: Matriz de consistencia.....	53

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto es considerado un problema social, en donde las cifras cada vez más van en aumento. Según la OMS entre los años 2010 al 2014 en el mundo, sucedieron 56 millones de abortos inducidos, ya sean en condiciones seguras o no.¹

Un 25% de los embarazos acaban en aborto y se dan generalmente entre los 15 a 44 años, es decir en la edad reproductiva, produciéndose 35 abortos por cada 1000 mujeres.¹

Generalmente sucede con mayor frecuencia en los países en desarrollo y es practicado en condiciones no seguras o peligrosas por personas no profesionales, en donde cada año 7 millones de mujeres terminan siendo hospitalizadas por complicaciones como traumatismos del tracto genital y órganos internos, provocando hemorragias no controladas llegando a shock hipovolémico e infecciones que podrían acabar en septicemia.¹

Así mismo en un 4,7% a un 13,2% de la mortalidad materna por año, es atribuible a un aborto en condiciones inseguras. Debido a embarazos no deseados que pueden ser evitados.¹

En nuestro país se llegan a realizar 371 420 abortos por año, de manera clandestina. Llegando recién a los hospitales por complicaciones; se estima que 28, 652 mujeres fueron hospitalizadas en el año 2013. ²

En el Hospital de Ventanilla existe una alta tasa de incidencia en cuanto a abortos y sobre todo los de tipo incompletos, por lo cual, es importante determinar los factores de riesgo, ya que en su mayoría suelen ser modificables y sobre todo prevenibles mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces y educación sexual adecuada. En los casos de abortos no inducidos, lo correcto y seguro es que sea practicado por personal profesional (ginecólogo obstetra), para así evitar complicaciones futuras y reducir la tasa de mortalidad materna.

Cabe mencionar que en diversos estudios se evidencian los factores epidemiológicos y/o sociodemográficos y muy poco o casi nada, los factores gineco obstétricos que condicionan a un aborto incompleto, por tal motivo resulta importante identificarlos y ver la correlación que pudiese existir, para así aportar más información.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018?
- ¿Cuáles son los factores gineco obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación Teórica

Este trabajo aporta conocimientos mediante la determinación de los factores de riesgo que conllevan a aborto incompleto, dado que es un problema social que va en aumento, siendo practicado muchas veces en condiciones peligrosas e inclusive ocasionando muertes maternas.

Justificación Práctica

El presente trabajo se realiza porque existe la necesidad de identificar qué factores predisponen a las cifras tan elevadas de aborto incompleto, para que así, teniendo el conocimiento adecuado se tome interés en ellos y se pueda mejorar a futuro.

Justificación Metodológica

La información o los datos requeridos para el estudio, se encuentran en las historias clínicas realizadas en el periodo 2018 y por medio de una ficha de recolección de datos, que ha sido previamente aprobada y validada por los expertos (metodólogo, estadístico y un ginecólogo-obstetra), fueron anotados. De esta manera se logró los objetivos de la investigación.

Justificación Económica Social

El aborto es considerado un problema social y/o de salud pública, que va en aumento, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Por lo que, la carga social y económica se incrementan de lo que es en la actualidad, así que se debe tomar interés en ello y mejorar dicha problemática. A través de este estudio se identificó los factores de riesgo que condicionan a un aborto incompleto, lo cual le servirá al personal médico como a la paciente afectada, ya sea explicando o

cambiando ciertas conductas dañinas. Así se evitarían nuevos casos, reincidencias o complicaciones que terminan en muerte materna muchas veces. Por lo tanto, la carga aminoraría y esto resultaría beneficioso.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO

- Delimitación Espacial: Hospital de Ventanilla (Servicio de ginecología-obstetricia).
- Delimitación Temporal: Se llevará a cabo en el periodo 2018.
- Delimitación del Universo: Mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) que hayan presentado abortos incompletos o no.
- Delimitación del Contenido: Se tratará fundamentalmente: Factores de riesgo para aborto incompleto.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Falta de veracidad por parte de las pacientes para suministrar información en la historia clínica a revisar.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar los factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Establecer los factores sociodemográficos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

- Identificar los factores gineco obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

1.7. PROPÓSITO

Poder identificar los factores de riesgo para aborto incompleto, tanto sociodemográficos como gineco obstétricos, ya que en trabajos anteriores no toman mucho interés en estos últimos. Así mismo para tener un panorama de la situación actual y se tome interés en ello, para que así se eviten nuevos casos, reincidencias o complicaciones que pudiesen llegar a muertes maternas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Antecedentes Internacionales

Gelaye *et al.* (2014) Estudio descriptivo, transversal, donde se evaluó a 493 estudiantes de la Universidad de Wolaita Sodo(Etiopía). La tasa de abortos fue de 65 por 1000 mujeres y los factores asociados con el aborto: antecedentes de consumir alcohol (OR=3,95; IC 95%; 1,63-11,11), cursar primer año(OR=3,98; IC 95%; 1,50-10,53) y los que están en facultades de sociales y derecho (OR=2,48; IC 95%; 1,09-5,66).Por lo que se concluyó que existe un alto índice de abortos, la mitad lo hace de forma insegura y el conocimiento sobre lugares de borto legal es pobre.³

Feodor *et al.* (2014) Estudio observacional, donde participaron 91,427 embarazadas. Se realizó en Dinamarca y los factores de riesgo para aborto espontáneo pre- embarazo fueron: edad de 30 años a más (HR=3,72; IC 95%; 2,81-4,93), bajo peso (HR=1,27; IC 95%; 1,08-1,50) y obesidad (HR=1,15; IC 95%; 1,01-1,31). Mientras que los factores que condicionan aborto espontáneo durante el embarazo fueron: Consumo de alcohol (HR=2,81; IC 95%; 2,25-3,50), levantamiento de peso mayor a 20 kg. Diarios (HR=1,31; IC 95%; 1,15-1,38) y trabajo nocturno (HR=1,27; IC 95%; 0,89-1,82).⁴

Arambepola *et al.* (2014) Estudio de casos y controles, en donde participaron 171 mujeres atendidas en nueve hospitales de ocho distritos(India) luego de un aborto inseguro(casos) y 600 mujeres atendidas en los mismos hospitales por un embarazo a término no deseado (controles). Se obtuvo como resultado que los casos fueron significativamente menos educadas (OR=1,7; IC 95%; 1,2-2,4), empleadas (OR=2,1; IC 95%; 1,4-2,9), solteras (OR=12,9; IC 95%; 6,3-27) y primíparas (OR=1,7; IC95%; 1,1-2,6) en comparación con los controles. Todas

conocían el estado ilegal del aborto, por los medios de comunicación. Al tomar una decisión, el riesgo de un aborto inseguro fue significativo en las que buscaron asistencia y confiaron en fuentes no médicas (pareja, amigo, vecino y familia) (OR=1,7; IC 95%; 1,2-2,4), así mismo las que lo hablaron con mujeres con experiencia previa de aborto inducido (OR= 1,6; IC 95%; 1,1-2,4) y el hecho de no haber tomado la decisión final con la pareja (OR=3,4; IC 95%; 2,4-4,8). También se encontró que en un 29.5% influía la inestabilidad económica y un 14% el poco apoyo de la pareja. La mayoría de los abortos fueron realizados por persona no profesionales. Se concluyó que los abortos inseguros de las mujeres se dieron por fuentes de información no confiables en la toma de decisiones, pobre acceso a servicios de aborto y su inestabilidad económica.⁵

Zheng *et al.* (2017) Estudio transversal con datos de referencia de un estudio cohorte (basado en una población de 10 aéreas de China, con 0,5 millones de personas, entre los años 2004 y 2008). Se obtuvieron datos de 84,531 mujeres de 35 a 45 años. El riesgo para aborto espontáneo fue vivir en zonas rurales que en zonas urbanas (OR=1,68; IC 95%; 1,54-1,84), mujeres con ingresos bajos (OR= 0,90; IC 95%; 0,84-0,97), bajo nivel educativo (OR=0,90; IC 95%; 0,82-0,98). El riesgo se redujo en ser trabajador de fábrica (OR=0,59; IC 95%; 0,53-0,66) y trabajador profesional (OR=0,75; IC 95%; 0,66-0,84).⁶

Gebretsadik *et al.* (2018) Estudio transversal, donde se evaluó a 186 mujeres que sufrieron aborto y fueron atendidas en el Hospital General de Yirgalem. Se determinaron como factores de riesgo asociados con los resultados del manejo del aborto incompleto: Edad gestacional mayor a 12 semanas (OR=3,39; IC 95%; 1,29-8,89) y el tiempo mayor de 72 hs. en la búsqueda de atención después del inicio de síntomas (OR=3,08; IC 95%; 1,08 -8,78). Por lo tanto, la búsqueda de la atención médica debe ser lo más antes posible para obtener resultados favorables.⁷

Antecedentes Regionales

Pérez *et al.* (2016) Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en donde se revisaron 207 historias clínicas de mujeres atendidas por aborto incompleto en el Hospital Gervasio Vera Custodio de Upata, Venezuela. Los aspectos clínico - epidemiológicos que se encontraron fueron que en un 42% la prevalencia de la edad era de 21 a 30 años, en un 50 % la edad gestacional más frecuente fue de 1 a 8 semanas y el 93,5% de estas mujeres no cumplieron con el control prenatal adecuado, también en un 98,5% el tipo de aborto más frecuente resultó ser el espontáneo, así mismo al 97 % se le practicó legrados uterinos y presentaron complicaciones en un 8,5 %. Finalmente al relacionar la edad materna con la edad gestacional se evidenció diferencias estadísticamente significativas.⁸

Antecedentes Nacionales

Ríos *et al.* (2018) Estudio ambispectivo, descriptivo y de cohorte transversal, en donde 28 pacientes con diagnóstico de aborto fueron atendidas en el Hospital I. Florencia de Mora- Essalud, durante el periodo 2016 y 2017. Se encontró que el 100% de los abortos en el 2016 y el 77,7% de los practicados en el 2017, se dieron mayormente en la adolescencia tardía, en nulíparas en un 59% (2016) y en un 66,7%(2017), así mismo se dio en las que fueron transferidas a Virú en un 40% y 33,3%, respectivamente. También se observó que el aborto se daba en solteras en un 70% y 61,1%, respectivamente, con nivel educativo secundario en un 80% y 77,7%. En un 61,1 % en las pacientes sin controles prenatales, obreras de ocupación en un 50% y 38,9%. Todas presentaron desconocimiento de métodos anticonceptivos. La edad gestacional promedio en la que se realizaron el aborto fue de 7,5 ($\pm 0,7$) semanas para el año 2016, mientras que para el siguiente año fue de 8,6 ($\pm 0,8$) semanas. El aborto que predominó fue el incompleto en un 90% para el año 2016 y en 83,3% para el siguiente. Se evidenciaron así mismo complicaciones y el tratamiento empleado fue el legrado uterino en un 100% e histerectomía abdominal, practicado solo una vez.⁹

2.2. BASES TEÓRICAS

El aborto es la interrupción precoz y/o término de la gestación cuando este no puede sobrevivir por sí mismo, clasificándose en provocado, recurrente y espontáneo; ocurriendo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor de 500 gr. o menor de 25 cm. de longitud céfalo caudal.¹⁰

Etiología

Existen causas genéticas, uterinas, endocrinas, infecciosas, inmunológicas, ambientales, entre otras (edad materna y otra endometriosis).¹¹

Edad

A mayor edad mayor es el riesgo de presentar un aborto. Es decir, los embarazos terminan en aborto espontáneo en más de la tercera parte de las mujeres mayores de 40 años y estos embriones en su mayoría presentan un número anormal de cromosomas.¹¹

Factores uterinos

La prevalencia de anomalías uterinas congénitas en mujeres infértiles es de 6,7% a 7,3% y de 16,7% en las que presentan abortos recurrentes. Con la histerosalpingografía se puede detectar esta anomalía, al igual que con la ultrasonografía 3D. El manejo es por resección histeroscópica de tabiques, adherencia y miomas submucosos.¹¹

Factores endocrinos

Se puede ver afectado uno de los componentes del eje sistema nervioso central-hipotálamo-hipófisis-ovario, así como también en la tiroides, glándulas

suprarrenales, prolactina, insulina, etc. Este factor debe ser tratado antes del embarazo.¹¹

Factores infecciosos

Entre las bacterias se incluyen a la listeria, campylobacter, salmonella, brucella, clamidia y treponema, en los virus(citomegalovirus, rubeola, herpes, viruela, VIH, varicela), micoplasmas (urealiticum, hominis) y parásitos(toxoplasma y plasmodium)¹¹

Factores inmunológicos

Tanto los defectos como los excesos en las defensas del sistema inmunológico pueden causar pérdidas del embarazo recurrente y/o infertilidad.¹¹

Factores ambientales y nutricionales

Son modificables e incluyen el consumir café, cigarrillo, alcohol. Así mismo la deficiencia ácido fólico, selenio, enfermedad celiaca, el estrés, etc. Condicionan a una mujer a tener un aborto.¹¹

Endometriosis

Son implantes ectópicos de tejido endometrial. Afecta al 10-15% de las mujeres y en un 30-40% en las mujeres infértiles. Genera dolor pélvico, infertilidad, defecto de la fase lútea, embarazos ectópicos, mayor número de abortos y mortinatos. Se emplea tratamiento médico o quirúrgico, para su manejo adecuado.¹¹

Clasificación

Aborto Provocado

El aborto provocado o inducido se define como la interrupción artificial por medios mecánicos (legrado uterino, AMEU) o el uso de medicamentos (mifepristona, metotrexato, misoprostol, etc.); este tipo de aborto también es utilizado de manera terapéutica o eugenésica, cuando existe una supuesta incompatibilidad para la vida intrauterina o extrauterina, como en las anomalías cromosómicas compatibles (trisomía 21) o incompatible (trisomía 13 y 18) con la vida extrauterina.¹²

Aborto Recurrente

Se define como la presencia de 2 o 3 abortos de manera involuntaria y que son de forma consecutiva, teniendo o no en cuenta como antecedente un embarazo vivo a término.¹² Las causas que pueden provocarlo son factores genéticos, endocrinos, infecciones, inmunológicos y ambientales, aunque en más de 50% de estos no se encuentra causas aparentes; pudiendo ser:

- Edad a partir de 40 años aumenta la probabilidad de aborto.
- Factores Uterinos: Útero Arcuato.
- Factores Endocrinológicos: “Eje Sistema Nervioso Central – Hipotálamo – Hipófisis – Ovario”, Patologías de tiroides, glándula suprarrenal, prolactina, insulina.
- Síndrome de Ovario Poliquístico Infecciones por bacterias (listeria, campylobacter, salmonella, brucella, clamidia, treponema), virus (citomegalovirus, rubeola, herpes, virus de inmunodeficiencia humana, varicela y viruela), micoplasmas (urealiticum, hominis) y parásitos (toxoplasma, plasmodium).¹³

Aborto Espontáneo

Aquel embarazo que acaba antes de alcanzar una viabilidad en la edad gestacional; con una incidencia del 8 al 20% de los embarazos, siendo su mayor pico antes de la semana doce.¹⁴

El aborto espontáneo se clasifica en:

Amenaza de Aborto

Sangrado abundante durante el embarazo, es el primer signo acompañado de orificio cervical cerrado, surgiendo en un tiempo de días u horas el dolor, muy característico a un cólico ubicado en la línea media del vientre.¹⁵

Aborto Inminente

Se define como aumento de las contracciones uterinas, acompañado de hemorragia con coágulos, el cual puede llegar al aborto Inevitable en donde existe una fuga del líquido amniótico por el cuello uterino dilatado.¹⁵

Aborto Incompleto

Expulsión parcial de restos embrionarios acompañados de moderada cantidad de sangre y coágulos, el orificio cervical interno se encuentra abierto permitiendo así la expulsión del contenido uterino; antes de la 10 semana la placenta puede salir expulsada conjuntamente con el embrión, pasada dicha semana se eliminarán separadamente.¹⁵

Para el manejo de aborto incompleto aún se siguen realizando la técnica del legrado uterino, en la que se realiza la extracción de productos de la concepción o restos ovulares por medio de un instrumental metálico, actualmente también existe una alternativa llamada técnica de aspiración que posee el mismo objetivo

que el curetaje y fue ideada por los doctores Shanghai Yuantai y Xianzhen Wu; así pues no son los únicos métodos también se puede utilizar los medicamentos como es el misoprostol.¹⁶

Aborto Consumado o Completo

Se define como la expulsión total de contenido intrauterino (feto y membrana ovulares), cesando el dolor pélvico y disminuyendo el sangrado genital; a diferencia del aborto incompleto el orificio cervical se encuentra cerrado y a comenzado la involución del mismo.¹⁵

Aborto Retenido

Se define como gestación interrumpida en donde no existe la expulsión de la concepción, el cérvix se encuentra cerrado, con una medida uterina de menor tamaño asociado a la amenorrea; el diagnóstico se realiza mediante una ecografía donde no se evidencia actividad cardíaca.¹⁵

Aborto Séptico

Cualquier aborto mencionado con anterioridad puede terminar en aborto séptico, dado que es la infección del útero, producido por una cervicovaginitis, retención de restos abortivos, perforación del útero o por una mala técnica aséptica.

En relación con la flora vaginal endógena, es una infección polimicrobiana, y suele aislarse E. Coli, enterobacter aerogenes, Proteus vulgaris. El Clostridium perfringens puede dar un cuadro de Sepsis postaborto, liberando una potente alfatoxina, tras 24 a 48 horas de incubación, por lo que es extremadamente grave, produciéndose hemolisis severa, trastornos de coagulación con shock o hipotensión refractaria, CID, acidosis metabólica e Insuficiencia Renal Aguda (Síndrome de Mondor).¹⁵

Diagnóstico

Se realiza mediante síntomas y signos, lo cuales son presencia de dolor pélvico tipo cólico acompañado de metrorragia con expulsión de tejido ovular o fetal.

Al examen ginecológico se evidencia el cérvix dilatado (orificio interno abierto) y un aumento del tamaño uterino. Así mismo se solicitan exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes (HCGB, hemograma, grupo sanguíneo y factor RH, examen de orina, rpr o vdrl, prueba de elisa para VIH y ecografía transvaginal) los cuales sirven de apoyo al diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo, embarazo ectópico, enfermedad del trofoblasto, lesiones del canal vaginal, patología de cuello uterino y vaginal.

Tratamiento

Misoprostol

Es una prostaglandina E1 que presenta biodisponibilidad por vía oral, sublingual, bucal, vaginal y rectal. El misoprostol produce un aumento en el tono uterino, a partir de 1 a 2 horas de haber sido aplicado por vía vaginal y dura por lo menos 4 horas. Así mismo es usado ampliamente ya que reblandece el cuello uterino previo a la inducción del trabajo de parto y/o a la evacuación quirúrgica del contenido uterino.

Se podría considerar un tratamiento ambulatorio inicial en pacientes con edad gestacional de hasta 12 semanas, sin signos de infección y con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de salud.¹⁷

AMEU

Mediante el uso de jeringas con válvulas sencillas y dobles y cánula de Karman, se extrae el contenido uterino, siendo considerado un método seguro y eficaz. Está indicado sobre todo para abortos incompletos donde el útero debe presentar una edad gestacional de hasta 12 semanas. Además se emplea en aborto séptico, pero después de 6 u 8 horas de haber iniciado el tratamiento antibiótico previo.

Este método es preferible al legrado uterino, ya que disminuye el dolor pélvico, la hemorragia y el tiempo de duración del procedimiento.¹⁷

Legrado uterino

Procedimiento por el cual se retira o elimina la capa endometrial y/o tejidos del trofoblasto, mediante instrumentos que permiten la realización del curetaje. Se indica en cualquier presentación de aborto, mayor a 12 semanas. También en casos de retención de tejidos o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

Se evidencian así mismo complicaciones como perforación uterina, lesión cervical, trauma abdominal, síndrome de Asherman y hemorragia con una morbilidad de 2,1%.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Existen diversos factores que conllevan a un aborto incompleto y estos son los siguientes:

Factores sociodemográficos:

- Edad

La edad materna resulta ser importante, esto se da en mujeres mayores de 35 años, siendo consideradas como alto riesgo obstétrico ya que en esa edad se dan la mayoría de complicaciones materno-perinatales. Es decir, mientras más edad tenga mayor es el riesgo de presentar un aborto.¹⁷

- Estado civil

Para malos resultados perinatales es considerado un factor de riesgo. Sin embargo el efecto no es lo suficientemente válido como para catalogarlo un factor fundamental que predisponga a que se presente un aborto. Son situaciones de bajo riesgo potencial, el estar casada o convivir, ya que tienen estabilidad emocional y económica, además cuentan con el apoyo de su pareja, por lo que tendrían menos complicaciones materno-perinatales.¹⁸

- Procedencia

El vivir en una zona rural, predispone a sufrir mayor riesgo de abortos que el hecho de vivir en una zona urbana.⁶

- Grado de instrucción

El no contar o tener un nivel bajo de instrucción, condiciona a la mujer a un desarrollo lento, así mismo la educación sexual es pobre, por lo que se genera un mayor índice de embarazos no deseados, abortos y otras complicaciones.¹⁹

- Ocupación

Aún se mantienen en gran porcentaje las mujeres “amas de casa”, las cuales, no son capaces de asegurar su independencia económica.

No hay estudios que expresen explícitamente que este factor constituye un riesgo para aborto incompleto, pero si se ha evidenciado que tienen antecedentes de aborto las mujeres que tienen profesiones de riesgo.²⁰

Factores gineco obstétricos:

- Uso de métodos anticonceptivos

No aumenta la incidencia de abortos, en cuanto al uso de anticonceptivos orales o espermicidas. Pero cuando las mujeres poseen un DIU y este no evita el embarazo, aumenta considerablemente el riesgo de aborto.¹⁷

- Edad gestacional

Este factor suele ser importante, ya que en las primeras 12 semanas ocurre el mayor porcentaje de los abortos espontáneos, en el que se dan el aborto sub clínico, siendo ocasionados por anomalías cromosomales y detectado por una prueba de embarazo (HCG β).^{21, 22}

- Número de gestaciones

Las mujeres que tienen 3 o más hijos presentan un riesgo mayor de 23 veces de tener una interrupción en su embarazo a diferencia de las que no tienen hijos.²³

- Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Durante el embarazo condicionan o causan abortos espontáneos, por lo que son de especial importancia. Además el riesgo a abortar es de 3,3 veces mayor

en aquellas gestantes que tienen como antecedente alguna ITS en contraste a las que no lo tuvieron alguna vez.²⁴

- Antecedentes de aborto

Las parejas que se encuentran en plena edad fértil, el 1 - 3% ya han pasado por abortos anteriores y si este se da de manera continua en más de 3 oportunidades se considera como un aborto recurrente.²⁵

- Antecedentes de procedimientos realizados

Procedimientos realizados como el AMEU, Legrado, Conización o Cauterización del cuello uterino, dañan el cérvix, que es una parte fundamental para la fecundación, por lo que podría verse afectado, generando una mala implantación y finalmente un aborto.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

H1: Existen factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

H0: No existen factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

2.4.2. ESPECÍFICAS

- Hipótesis específica N° 01:

H1: Existen factores sociodemográficos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

H0: No existen factores sociodemográficos para aborto incompleto en el pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

- Hipótesis específica N° 02:

H1: Existen factores gineco obstétricos para incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

H0: No existen factores gineco obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

2.5. VARIABLES

- **Variable Dependiente:**

Aborto incompleto

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: -Si

-No

- **Variables Independientes:**

- Factores sociodemográficos**

- Edad

Tipo: Cuantitativa

Escala: Continua

Indicador: -Abierto en años

- Estado civil

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: -Sin pareja

-Con pareja

- Procedencia

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: -Zona Urbana

-Zona Rural

– Grado de instrucción

Tipo: Cualitativa

Escala: Ordinal

Indicador: -Sin estudios

-Primaria

-Secundaria

-Superior

– Ocupación

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: -Estudiante

-Ama de casa

-Profesional

Factores gineco obstétricos

– Uso de métodos anticonceptivos

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: -Ninguno

-Anticonceptivos orales

-Anticonceptivos de Barrera

-Anticonceptivos Hormonales

– Edad gestacional

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: - Menor e igual a 12 semanas

-Mayor a 12 semanas

- Número de Gestaciones (Paridad)
Tipo: Cuantitativa
Escala: Discreta
Indicador: - 1 a 2
 - 3 a más

- Infecciones de transmisión sexual
Tipo: Cualitativa
Escala: Nominal
Indicador: -Si
 -No

- Antecedentes de aborto
Tipo: Cualitativa
Escala: Nominal
Indicador: -Si
 -No

- Antecedentes de procedimientos realizados (AMEU, Legrado uterino, Cauterización de cuello uterino, Conización, etc.)
Tipo: Cualitativa
Escala: Nominal
Indicador: -Si
 -No

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Aborto: Fin de la embarazo antes de las 22 semanas y con un peso menor de 500 gramos.

Aborto provocado: Interrupción del embarazo por medios artificiales como el uso de medicamentos o por medios mecánicos.

Aborto recurrente: Término de la gestación de manera involuntaria y consecutiva de 2 a 3 veces.

Aborto espontáneo: Detención de la gestación previo a las 12 semanas, cuando aún no se alcanza la viabilidad embrionaria.

Amenaza de aborto: Sangrado abundante durante la gestación, con presencia de orificio cervical cerrado.

Aborto inminente: Presencia de hemorragia y aumento de las contracciones uterinas que conllevan al fin de la gestación.

Aborto incompleto: Expulsión de los restos embrionarios, de forma parcial, con el orificio cervical interno abierto.

Aborto completo: Expulsión total de los restos embrionarios fuera de la cavidad uterina.

Aborto retenido: Es el feto o embrión muerto que no puede ser expulsado de la cavidad uterina.

Aborto séptico: Infección poli microbiana por complicaciones de cualquier tipo de aborto, ya sea por retención de restos, cervicovaginitis, perforación uterina o mala técnica aséptica.

Paridad: Número de embarazos o gestaciones que haya presentado una mujer.

Fecundación: Fusión de dos gametos durante la reproducción humana, creando un nuevo ser.

Anticonceptivos: Cualquier método por lo cual se evita el embarazo.

AMEU: Procedimiento médico que se realiza por una cánula y jeringa grande para extraer el contenido uterino.

Legrado uterina: Intervención quirúrgica en el que se retiran tejidos de la cavidad uterina.

Cauterización de cuello uterino: Tratamiento que consiste en la quemadura del cérvix para extraer parte de él.

Conización: En forma de cono, mediante un bisturí quirúrgico, se extrae tejido del cuello uterino.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Según el número de variables de interés es de tipo explicativa o analítica, porque pone a prueba y plantea la hipótesis, en donde se analizaron los factores de riesgo para aborto incompleto, en dos grupos, uno de casos y el otro de controles.
- Según el número de mediciones a la variable de estudio es de tipo transversal, porque una sola vez las variables fueron medidas y se hizo el análisis de estas inmediatamente, es decir que de ambos grupos se midieron los factores de riesgo en el año 2018, sin tomar en cuenta otro lapso de tiempo.
- Según el periodo en el que se capta la información es de tipo retrospectivo, porque los datos que se colocaron en las fichas de recolección, se realizó previa revisión de las historias clínicas.
- Según la intervención del investigador en el control de las variables es de tipo observacional, ya que no se manipularon las variables para determinar la correlación que existe unas con otras.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional, ya que con el presente estudio se determinó el grado de relación que existió entre las variables como los factores sociodemográficos y gineco obstétricos con el aborto incompleto.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Pacientes con diagnóstico de aborto incompleto y gestación (N=812), atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

Criterios de inclusión

- Mujeres cuyas edades oscilen entre los 15 y 44 años.
- Mujeres con aborto incompleto o con embrión viable.
- Mujeres usuarias del Hospital de Ventanilla, que acudan al servicio de ginecología-Obstetricia.

Criterios de exclusión

- Mujeres cuyas edades oscilen por debajo de los 15 años o más de los 44 años.
- Mujeres con otro tipo de aborto (inminente, completo, retenido, séptico), embarazo molar o embarazo ectópico.
- Mujeres usuarias del Hospital de Ventanilla, que acudan a otros servicios.

Muestra:

En el presente estudio se consideró detectar un Odds ratio de 2.308 ²⁶, considerando que el 50 % de los controles están expuestos a las variables de riesgo con un nivel de confianza del 95% y un error del 20%. La muestra estimada es de 252 participantes en total, teniendo 126 casos y 126 controles.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó autorización al Director General del Hospital de Ventanilla, para poder acceder a los diferentes servicios y/o departamentos requeridos (Ginecología-obstetricia, estadística y archivos). Obteniendo el permiso, en estadística me brindaron el número de la población con diagnóstico de aborto incompleto y gestantes durante el periodo 2018, así mismo la relación de estos pacientes. Una vez identificado los casos y controles, en archivos se solicitó las historias clínicas y se revisaron las variables de interés, las que fueron recolectadas en una ficha de colección de datos previamente validada por 3 juicios de expertos, conformado por un médico especializado en ginecología y obstetricia, un metodólogo y una estadista, en donde se puso a prueba la confiabilidad, validez de contenido, criterio y constructo del mismo. (ANEXO 2)

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La ficha de recolección de datos fue dividida en tres partes y se incluyó 12 ítems, de los cuales 5 pertenecieron a los factores socio demográficos (edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción y ocupación), 7 a los factores gineco obstétricos (uso de métodos anticonceptivos, edad gestacional, número de gestaciones, infección de transmisión sexual, antecedentes de abortos y antecedentes de procedimientos realizados) y finalmente si presentaban aborto incompleto o no.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboró en Microsoft Office Excel una base de datos, en donde se registró la información obtenida de la ficha de recolección de datos, el cual fue exportado al programa SPSS Statistics 25.0 (Statistical Package for Social Science).

En donde se usaron estadísticas descriptivas y analíticas. En el análisis descriptivo para las variables cualitativas (estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, uso de métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, antecedente de abortos, antecedente de procedimientos realizados, edad gestacional y número de gestaciones), se estimó la distribución por frecuencias. En cuanto a la variable cuantitativa (edad) se estimó medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar).

Para dar respuesta a la hipótesis, la correlación entre el estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, uso de métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, antecedentes de aborto, antecedentes de procedimientos realizados, edad gestacional y número de gestaciones con el aborto incompleto se empleó el test chi-cuadrado. Para la correlación entre la edad con el aborto incompleto, se empleó la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados fueron presentados en tablas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo es retrospectivo, por lo que no se usó consentimiento informado, ya que mediante la revisión de las historias clínicas, los datos fueron colectados en una ficha de recolección. Así mismo no se ha identificado a ninguna paciente y se ha guardado la confidencialidad de los datos.

Cabe decir que este trabajo de investigación ha sido presentado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Tabla N°1: Factores sociodemográficos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

Factores sociodemográficos	Aborto Incompleto		Gestaciones Normales		P valor
	X(±DE)		X(±DE)		
Edad (años)	28(±7,7)		26,4(±6,9)		0,107*
	N	%	N	%	
Estado civil					0,015**
Sin pareja	61	24,2	42	16,7	
Con pareja	65	25,8	84	33,3	
Procedencia					0,028**
Urbana	96	38,1	80	31,7	
Rural	30	11,9	46	18,3	
Grado de instrucción					0,018**
Sin estudios	7	2,8	10	4	
Primaria	15	6	9	3,6	
Secundaria	74	29,4	55	21,8	
Superior	30	11,9	52	20,6	
Ocupación					0,035**
Estudiante	41	16,3	40	15,9	
Ama de casa	74	29,4	61	24,2	
Profesional	11	4,4	25	9,9	
TOTAL	126	100	126	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos – Historias clínicas del Hospital de Ventanilla del año 2018.

p<0,05= Asociación significativa.

*Hallado con U Mann Whitney para 2 muestras independientes de dos grupos.

**Hallado con Chi² para variables cualitativas nominales dicotómicas o politómicas.

Interpretación: El promedio de las edades de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto fue de 28 con DE de $\pm 7,7$. En las mujeres con gestación normal fue menor de 26,4 con DE de $\pm 6,9$. A pesar de la diferencia no fue estadísticamente significativa. Cuando se contrastaron los factores sociodemográficos entre las pacientes con aborto incompleto y las gestantes, se evidenció que existieron diferencias estadísticamente significativas en el estado civil, en donde el 24,2% de las mujeres con aborto incompleto no tienen pareja estable en contraste al 16,7% de las gestantes ($p=0,015$), así mismo la procedencia, en donde el 38,1% de las pacientes con aborto incompleto provienen de la zona urbana a diferencia del 31,7% de las gestantes ($p=0,028$). En cuanto al grado de instrucción, el 29,4% de las mujeres con aborto incompleto tenían nivel educativo secundario en contraste al 21,8% de las pacientes con gestación normal ($p=0,018$), finalmente en ocupación, el 29,4% de las pacientes con aborto incompleto fueron amas de casa a diferencia del 24,2% de las pacientes con gestación normal.

Tabla N° 2: Factores gineco obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

Factores gineco obstétricos	Aborto Incompleto		Gestaciones Normales		P valor
	N	%	N	%	
Uso de métodos anticonceptivos					0,092*
Ninguno	23	9,1	22	8,7	
Anticonceptivos orales	18	7,1	18	7,11	
Anticonceptivos de barrera	53	21	37	14,7	
Anticonceptivos hormonales	32	12,7	49	19,4	
Edad gestacional					0,528*
Mayor igual a 12 semanas	70	27,8	65	25,8	
Menor a 12 semanas	56	22,2	61	24,2	
Número de gestaciones					0,001*
1 a 2	57	22,6	83	32,9	
3 a más	69	27,4	43	17,1	
Infección de transmisión sexual					0,019*
Si	88	34,9	70	27,8	
No	38	15,1	56	22,2	
Antecedentes de abortos					0,367*
Si	80	31,7	73	29	
No	46	18,3	53	21	
Antecedentes de procedimientos realizados					0,003*
Si	96	38,1	74	29,4	
No	30	11,9	52	20,6	
TOTAL	126	100	126	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos – Historias clínicas del Hospital de Ventanilla del año 2018.

p<0,05= Asociación significativa.

*Hallado con Chi² para variables cualitativas nominales dicotómicas o politómicas.

Interpretación: Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con aborto incompleto y gestación normal con respecto al número de gestaciones, en donde el 27,4% de las mujeres con aborto incompleto habían

tenido de 3 a más gestaciones en contraste al 17,1% de las mujeres gestantes ($p=0,001$). Así mismo la infección de transmisión sexual, en donde el 34,9% de las pacientes con aborto incompleto han tenido infecciones de transmisión sexual a diferencia del 27,8% de las pacientes con diagnóstico de gestación ($p=0,019$). En los antecedentes de procedimientos realizados, el 38,1% de las mujeres con aborto incompleto si se han realizado algún procedimiento en contraste al 29,4% ($p=0,003$).

No existieron diferencias estadísticamente significativas en el uso de métodos anticonceptivos, edad gestacional y antecedentes de abortos.

Tabla N°3: Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

Factores de riesgo	OR	IC 95%	
		Menor	Mayor
Estado civil			
Sin pareja	1,87	1,128	3,123
Con pareja	1		
Procedencia			
Urbana	1,84	1,064	3,181
Rural	1		
Grado de instrucción			
Sin estudios	1,21	0,418	3,520
Primaria	2,88	1,127	7,400
Secundaria	2,33	1,320	4,119
Superior	1		
Ocupación			
Estudiante	2,32	1,103	5,354
Ama de casa	2,75	1,256	6,250
Profesional	1		
Número de gestaciones			
1 a 2	1		
3 a más	2,33	1,405	3,886
Infección de transmisión sexual			
Si	1,85	1,104	3,110
No	1		
Antecedentes de procedimientos realizados			
Si	2,24	1,308	3,867
No	1		

Fuente: Ficha de recolección de datos – Historias clínicas del Hospital de Ventanilla del año 2018.

Interpretación: Las pacientes que no cuentan con pareja y proceden de una zona urbana tienen un 1,8 veces mayor probabilidad de presentar aborto incompleto en comparación con aquellas mujeres que tienen pareja o proceden de una zona rural, también se observa que el tener un nivel de educación primario

o secundario tienen un riesgo de 2,8 y 2,3 veces, respectivamente, de presentar un aborto incompleto a diferencia de las que cuentan con nivel superior. Con respecto a la ocupación, el ser estudiante o ama de casa tienen una probabilidad mayor de 2,3 y 2,7 veces, respectivamente, de presentar un aborto incompleto que aquellas mujeres que sean profesionales. Las mujeres que han tenido de 3 a más gestaciones tienen mayor probabilidad de 2,3 veces de tener aborto incompleto en contraste a las que solo han tenido de 1 a 2 gestaciones. Así mismo las pacientes que han presentado alguna infección de transmisión sexual tienen un riesgo de 1,8 veces de presentar aborto incompleto en comparación a las que no lo tuvieron y el haber pasado por algún procedimiento previo tienen una probabilidad mayor de 2,2 veces de presentar aborto incompleto que aquellas mujeres que no lo han realizado.

4.2. DISCUSIÓN

En este estudio se determinó la relación entre los factores socio demográficos y gineco-obstétricos con el aborto incompleto y se identificaron a los diversos riesgos de este mismo, en una población peruana; si bien se ha logrado encontrar pocos estudios científicos publicados en revistas médicas sobre aborto incompleto tanto en nacionales como en regionales, existen investigaciones en donde cambia la población en los diferentes tipos de abortos, así como sus factores desencadenantes de alto riesgo.

Se evidenciaron en este estudio, los factores asociados al aborto incompleto, los cuales fueron el estado civil, siendo el grupo con mayor riesgo las mujeres sin parejas como las solteras o las divorciadas (OR=1,8; IC 95%; 1,1-3,1), y el grado de instrucción, siendo el grupo con educación primaria (OR= 2,88; IC 95%; 1,1-7,4), el de mayor posibilidad de presentar un aborto incompleto, seguido del nivel secundario (OR=2,3-; IC 95%; 1,3-4,1); estos resultados guardan relación con el estudio realizado por Arambepola *et al.*, (2014), en donde sus casos significantes fueron las solteras (OR=12,9; IC 95%; 6,3-27) y las menos educadas (OR=1,7; IC 95%; 1,2-2,4), esto puede deberse a la similitud que presentaron ambas poblaciones que están estrechamente ligadas a la pobreza y a la falta de apoyo tanto de sus familiares como de sus parejas; en lo que no se relacionó el presente estudio con el de Arambepola *et al.* fue que las primíparas tienen un mayor riesgo de aborto en contraste con el resultado obtenido en donde se mostró que a mayor de 3 gestaciones presentaban un riesgo mayor, esto puede deberse a que en el estudio del 2014, el mayor número de casos de aborto fue provocado por madres adolescentes, las cuales no deseaban estar embarazadas y recurrían al aborto como solución inmediata.⁵

En cuanto al estudio realizado por Feodor *et al.*, (2014), se obtuvo que la edad mayor de 30 años a más, resulta ser un factor de riesgo para el aborto. Si bien la

edad en este estudio no tuvo un valor de asociación significativa se puede resaltar que el porcentaje donde mayor aborto incompleto presentó fue en las edades comprendidas entre 34 – 44 años, esto puede deberse a que el aborto puede asociarse a mayor edad mayor riesgo de padecer aborto, o también por la carga genética.⁴

Como se mencionó anteriormente, el grado de instrucción obtuvo una asociación significativa, teniendo en cuenta que el grupo con mayor riesgo de padecer aborto incompleto fueron las que cursaban el año de primaria (OR= 2,88; IC 95%; 1,1-7,4) y en segundo lugar las que se encontraban en nivel secundaria (OR=2,3-; IC 95%; 1,3-4,1), caso distinto sucedió en el estudio realizado por Gelaye *et al.*, (2014), en donde describió como resultado que las que sufren un mayor riesgo de padecer aborto fueron las que cursaban el primer año de la carrera universitaria (OR=3,98; IC 95%; 1,50-10,53), esto puede deberse a la introducción a un mundo nuevo que es el consumir alcohol para algunas, siendo esta misma la salida de sus problemas personales y descuidándose en su control; si bien en los años de primaria en comparación con las secundarias no hay tanta ingesta de alcohol esto podría desencadenar el aumento de la tasa, por ser embarazos no deseados.³

Otro de los factores de riesgo asociados al aborto, en este estudio, fue la procedencia urbana (OR=1,8; IC 95%; 1-3,1). Este resultado se contradice al obtenido por Zheng *et al.*, (2017), en donde se observó que el vivir en zonas rurales (OR=1,68; IC 95%; 1,54-1,84) constituyó un factor de riesgo para el aborto, lo cual puede deberse a que la producción del país en vías de desarrollo como lo es Perú, está dado por la población urbana, la cual está sometida al estrés laboral o económico, en cambio en el país desarrollado como China, las mujeres del área rural a pesar de su estado de gestación se dedican a sus labores, ya sea a la agricultura u otras actividades. Además en este estudio, se evidenció que el tener un bajo nivel educativo (OR=0,90; IC 95%; 0,82-0,98)

resulta un factor protector a diferencia del obtenido en el presente trabajo de investigación. Esto puede ser interpretado como que a menor conocimiento tengan las mujeres sobre el aborto, menor es la posibilidad de provocárselo.⁶

En un estudio realizado por Gebretsadik *et al.*, (2018), sostuvo que los factores de riesgo para un aborto incompleto fueron la edad gestacional mayor de 12 semanas (OR=3,39; IC 95%; 1,29-8,89) y un tiempo mayor de 72 hs. en la búsqueda de atención después del inicio de síntomas; caso contrario con el presente estudio en donde la edad gestacional mayor o igual a 12 semanas no resultó ser estadísticamente significativa, lo cual puede deberse a que en el primer estudio se tenía como condición que hubieran sufrido un aborto a diferencia del estudio realizado en donde se incluyó tanto a las que habían presentado aborto y las que no.⁷

En el estudio realizado por Pérez *et al.*, (2016), se informó una alta incidencia de aborto dentro de los 21 a 30 años(42%) con una edad gestacional de 1 a 8 semanas(50%)y como procedimiento realizado fue el legrado uterino (97%), caso similar ocurrió con el presente estudio en donde la tasa de aborto incompleto comenzó a aumentar a partir de los 27 años(11,9%) y con una edad gestacional mayor o igual a 12 semanas(27,8%), si bien en este estudio ambos factores gineco obstétricos no presentaron asociación significativa, el que si lo presentó fue el antecedente de procedimientos realizados, siendo el de mayor uso el legrado uterino, esto puede ser porque en todos los centros de salud no se cuenta muchas veces con materiales, instrumentos o áreas para llevar a cabo un procedimiento como lo es el AMEU, por lo que el legrado uterino es el que está más al alcance; otro de los motivos también puede ser la informalidad de los abortos siendo el legrado uterino el que se realice en consultorios ambulatorios colocando en peligro la vida de las pacientes que se encuentran mal asesoradas e informadas.⁸

En el estudio realizado por Ríos *et al.*, (2018), se encontró que el estado civil de soltera(siendo un 70 % en el año 2016 y 61,1% en el 2017), el grado de instrucción secundaria (en un 80% en el año 2016 y 77,7% en el 2017)y la edad de adolescencia tardía(en un 100% en el 2016 y 77,7% en el siguiente) fueron los que mayormente se presentaron con el aborto, en comparación con el presente estudio, que solo se iguala el estado civil y el grado de instrucción, ambas presentaron asociación significativa y un riesgo de 1,87 y 2,33 veces, respectivamente, esto puede deberse a maltrato de sus parejas ocasionales y a la falta de madurez de las mismas.⁹

Por último, en el estudio realizado se demostró que los factores asociados a aborto incompleto son el estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, número de gestaciones, infección de transmisión sexual y antecedentes de procedimientos realizados; si bien estos son numerosos existe uno que se repite en muchos estudios y se debería tener cuidado para el aumento de tasas de abortos, este es el grado de instrucción que se presenta en cada una de las poblaciones diferentes.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el hospital de Ventanilla durante el periodo 2018 son el estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, número de gestaciones, infección de transmisión sexual y antecedentes de procedimientos realizados.
- Entre los factores socio demográficos para aborto incompleto, se evidenció que el estar sin pareja y proceder de una zona urbana incrementó el riesgo en 1,8 veces en comparación a las pacientes que si tenían pareja y provenían de zonas rurales. Así mismo el no contar con un nivel educativo primario o secundario incrementaron el riesgo en 2,8 y 2,3 veces, respectivamente, en comparación con las pacientes con un grado de instrucción superior. Además el ser estudiante o ama de casa incrementó el riesgo en 2,3 y 2,7 veces, respectivamente, en relación a las pacientes con profesión.
- En cuanto a los factores gineco-obstétricos para aborto incompleto, se observó que el tener 3 o más gestaciones incrementó el riesgo en 2,3 veces en comparación a las pacientes que tuvieron 1 o 2 gestaciones. Además el haber tenido alguna infección de transmisión sexual incrementó el riesgo en 1,8 veces a diferencia de las que no lo tuvieron y el haberse practicado algún procedimiento previo aumentó el riesgo en 2,2 veces en relación a las pacientes que no se realizaron anteriormente algún procedimiento.

5.2. RECOMENDACIONES

- Teniendo conocimiento sobre cuáles son los factores de riesgo predisponentes para tener un aborto incompleto, deberían de ser evitados o prevenidos, por parte de las pacientes o el personal médico a cargo, mediante charlas o consejería, para que así estas mujeres continúen con una exitosa gestación o en tal caso no presenten embarazos no deseados.
- Las pacientes deberían tomar conciencia y mejorar sus condiciones de vida, buscando superarse cada día, ya sea culminando sus estudios escolares y complementarlos con estudios superiores, lo cual les brindaría mayor conocimiento y no se conformarían. Así mismo podrían informarse mejor sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos, para así evitar el incremento de las gestaciones a tan temprana edad y sin estabilidad conyugal o económica. Esto podría generar mayor número de abortos, lo cual resulta modificable, siempre y cuando la persona lo desee.
- Todo el personal de salud, en especial los que se encuentran en el servicio de gineco obstetricia tienen la responsabilidad y el deber de concientizar a las gestantes desde su primera gestación, dado que ellos conocen los factores de riesgo para un aborto, de esta manera al educar a las gestantes se reduce la tasa de incidencia en aborto incompleto así como la tasa de natalidad mediante charlas educativas en las postas de su localidad por el programa de planificación familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Prevención del aborto peligroso. [Internet]. 2018. [Citado:4 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
2. CDD. Situación del aborto clandestino en el Perú. [Internet]. 2012. [Citado:4 de enero de 2019] Disponible en: <http://www.cddperu.org/informacion/hoja-informativa/situaci%C3%B3n-del-aborto-clandestino-en-el-per%C3%BA>.
3. A , Taye K , Mekonen T. Magnitude and risk factors of abortion among regular female students in Wolaita Sodo University, Ethiopia. *BMC Womens Health* 2014; 14: 50.
4. Feodor N, Andersen P, Strandberg-Larsen K, Nybo A. Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. *BJOG* 2014; 121:1375-84.
5. Arambepola C, Rajapaksa L. Decision making on unsafe abortions in Sri Lanka: a case-control study. *Reprod Health* 2014; 11:91.
6. Zheng D, Li C, Wu T, Tang K. Factors associated with spontaneous abortion: a cross-sectional study of Chinese populations. *Reprod Health* 2017; 14: 33.
7. Gebretsadik A. Factors Associated with Management Outcome of Incomplete Abortion in Yirgalem General Hospital, Sidama Zone, Southern Ethiopia. *Obstet Gynecol Int* 2018; 2018: 3958681.
8. Pérez E, Godoy D, Quiroz D, Quiroz D, Tovar C, Romero A, et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upatá. Estado Bolívar-Venezuela. *Rev Biomed* 2016; 27:3-9.
9. Ríos C, Vera R, Mantilla V. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. *EsSalud*. Enero 2016 – Diciembre 2017. *Rev méd Trujillo* 2018;13:140-56.

10. De Brito P, Banazeski A, Bedin R, Gasparin V. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. *Enferm glob* 2016; 15: 439-451.
11. Pacheco J, Michelena M, Orihuela P. Enfoque actual del aborto recurrente. *An Fac med*. 2009; 70:123-34.
12. Donoso E, Vera C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2016; 81: 534 – 545.
13. Bolívar A, Calvo L, Roberto S, Contreras G. Aborto recurrente de etiología aloinmune. *Rev Méd Risaralda* 2013; 19:81-85.
14. Pacheco J, Michelena M, Orihuela P. Enfoque actual del aborto recurrente. *An Fac med* 2009;70: 123-34.
15. Arraztoa J, Serra R, Mayo G., Olivares F, Gabler C, Ramírez A et al. El intervalo entre aborto espontáneo y una nueva concepción no afecta el resultado perinatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77: 423 – 427.
16. Moscoso L, Montero W. Casos De Aborto Provocado, Causalidad Y Metodos Utilizados En Pacientes Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Municipal Universitario Japonés, De Marzo A Agosto De 2008. *Univ Cienc So* 2009; 1: 5-11.
17. Gutiérrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev peru ginecol obstet* 2015; 61:57-64.
18. Sotero G, Sosa C, Domínguez A, Alonso J, Medina R. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. *Rev Med Uruguay* 2006; 22: 59-65.
19. Kaufman A. Counseling women on options for management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician* 2012; 85: 547.
20. MINSA. Boletín Epidemiológico de Lima. [Internet]. 2016. [citado: 15 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
21. Manzur A. Aborto Recurrente. *Rev Med Clin Condes* 2010; 21: 416 – 423.

22. Guevara E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Rev Per Ginecol Obstet* 2010; 56:10-17.
23. Ruiz M, Ivanez L, García F. Características socio demográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanit.* 2012; 26:504–51.
24. Berdasquera D, Fariñas A, Ramos I. Las enfermedades de transmisión sexual, un riesgo para las embarazadas y los recién nacidos. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2001; 39:110-4.
25. Sánchez L, Guerra P. Factores que influyen en el proceso de decidir la interrupción del embarazo en un grupo de mujeres de la Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar* 2012; 14: 87-91.
26. Maina B, Mutua M, Sidze E. Factors associated with repeat induced abortion in Kenya. *BMC Public Health* 2015; 15:1048.

ANEXOS

Anexo Nº 1: Operacionalización de variables

ALUMNO: RAMOS RIVAS, KELLY ALEXANDRA

ASESOR: PINTO OBLITAS, JOSEPH

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL PERIODO 2018.

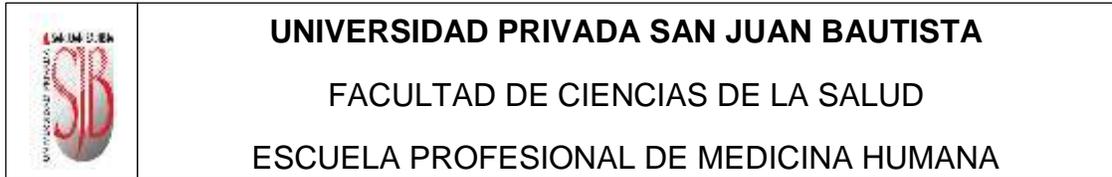
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
EDAD (AÑOS)	ABIERTO	VARIABLE CUANTITATIVA-CONTINUA	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA CON PAREJA	VARIABLE CUALITATIVA-NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PROCEDENCIA	URBANA RURAL	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN ESTUDIOS PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	VARIABLE CUALITATIVA - ORDINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OCUPACIÓN	ESTUDIANTE AMA DE CASA PROFESIONAL	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	NINGUNO ACO ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
EDAD GESTACIONAL	MAYOR DE 12 SEMANAS MENOR DE 12 SEMANAS	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
NÚMERO DE GESTACIONES	1 A 2 3 A MÁS	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL	SI NO	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ANTECEDENTE DE ABORTO	SI NO	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANTECEDENTE DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	SI NO	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
--	----------	--------------------------------	-------------------------------

VARIABLE DEPENDIENTE: ABORTO INCOMPLETO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
ABORTO INCOMPLETO	SI NO	VARIABLE CUALITATIVA - NOMINAL	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo N° 2: Instrumento



Título: Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.

Autor: Kelly Alexandra Ramos Rivas.

Fecha:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de Recolección de Datos N° FICHA: ----- N° H.C: -----

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:.....años.

2. Estado civil:

Sin pareja () Con pareja ()

3. Procedencia:

Urbana () Rural ()

4. Grado de instrucción:

Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()

5. Ocupación:

Estudiante () Ama de casa () Profesional ()

Anexo N° 3: Validez del instrumento-Consulta de expertos

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: PINTO OLIVAS JOSEPH

1.2 Cargo e institución donde labora: Docente - UPSTE

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.5 Autor del instrumento: RAMOS RIVAS, KELLY ALEXANDRA

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo para aborto incompleto.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo para aborto incompleto.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación: Analítico, transversal, retrospectivo y observacional. Casos y controles.					X

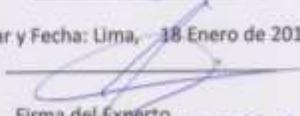
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

BUENA (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2019


 Firma del Experto
 D.N.I. N° 9005504
 Teléfono

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: AGUIÑO DOLORES SARA
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE - UPSJB.
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 1.5 Autor del instrumento: RAMOS RIVAS, KELLY ALEXANDRA

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo para aborto incompleto.				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer LOS factores de riesgo para aborto incompleto.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación: Analítico, transversal, retrospectivo y observacional. Casos y controles.				80%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

ES APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, 19 Enero de 2019
 SARA GIBELA AGUIÑO DOLORES
 (DESPE 23)
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto
 D.N.I Nº 07498001
 Teléfono 993083992

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Poocecho Ayala Benjamin*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Jefe del servicio de Ginecología - Obstetricia, Hospital de Verbanella*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**
 1.5 Autor del instrumento: **RAMOS RIVAS, KELLY ALEXANDRA**

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					97
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					96
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo para aborto incompleto.					97
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo para aborto incompleto.					97
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					97
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación: Analítico, transversal, retrospectivo y observacional. Casos y controles.					98

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

97.3%

Lugar y Fecha: Lima, 8 Enero de 2018



DR. BENJAMIN POOCECHO AYALA
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
 HOSPITAL DE VERBANELLA

Firma del Experto *[Handwritten Signature]*
 D.N.I N° 66254174
 Teléfono 998809091

Anexo N° 4: Matriz de consistencia

ALUMNO: RAMOS RIVAS, KELLY ALEXANDRA

ASESOR: PINTO OBLITAS, JOSEPH

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL PERIODO 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuáles son los factores socio demográficos para aborto</p>	<p>General: OG: Determinar los factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.</p> <p>Específicos: OE1: Determinar los factores socio demográficos para aborto incompleto en</p>	<p>General: HG: Existen factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.</p> <p>Específicas: HE1: Existen factores socio demográficos para</p>	<p>Variables</p> <p>Independientes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores sociodemográficos <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Estado civil -Procedencia -Grado de instrucción -Ocupación

<p>incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018?</p>	<p>pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.</p> <p>OE 2: Determinar los factores gineco-obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.</p>	<p>aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.</p> <p>HE2: Existen factores gineco-obstétricos para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores gineco obstétricos <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uso de métodos anticonceptivos -Edad gestacional -Número de gestaciones -Infecciones de transmisión sexual -Antecedente de aborto -Antecedente de procedimientos realizados <p>Variable</p> <p>Dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aborto incompleto <p>Indicadores:</p> <p>Si o No.</p>
---	--	---	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel : Correlacional, casos y controles.</p> <p>- Tipo de Investigación: Analítico, transversal, retrospectivo y observacional.</p>	<p>Población: Pacientes con diagnóstico de aborto incompleto y gestación (N= 812), atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres cuyas edades oscilen entre los 15 y 44 años. • Mujeres con aborto incompleto y embrión viable. • Mujeres usuarias del Hospital de Ventanilla, que acudan al servicio de ginecología-Obstetricia. <p>N= 252 (Población Objetiva)</p>	<p>Técnica:</p> <p>Revisión de Historias clínicas.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>

	<p>Tamaño de muestra: 252 pacientes en total, 126 casos y 126 controles.</p> <p>Muestreo: Aleatorio simple.</p>	
--	---	--