

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**VARIABLES ASOCIADAS AL ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL
SANTA MARIA DEL SOCORRO – DURANTE EL PERIODO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

MARTÍNEZ ALCÁNTARA MARÍA PÍA

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

ICA – PERÚ

-2021-

ASESOR

DR. PINTO OBLITAS JOSEHP ARTURO

AGRADECIMIENTO

El actual estudio presentado fue ejecutado bajo la supervisión del Dr. Pinto Oblitas Joseph, al cual deseo expresar mi más sincero agradecimiento.

DEDICATORIA

Dedico con infinito amor a mi familia que han sido mis pilares fundamentales forjándome como la persona que soy en la actualidad y orientarme por el mejor camino, brindándome los mejores deseos.

Gracias a Dios por concederme a la mejor familia.

RESUMEN

Introducción: El aborto afecta a nivel global, el 56% de los embarazos no planeados terminan en abortos inducidos. En nuestro país, se describe cerca de 1 millón de mujeres embarazadas anuales y que un tercio de estas terminan en aborto, encabezando así la lista de casos de abortos describiendo su mayor número, ya que esta entidad es una gran problemática que está creciente, lo cual hace necesario el poder identificar las principales variables que están asociadas con el fin de poder tomar medidas preventivas y efectuar acciones de control.

Objetivo: Demostrar las variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI– Perú, durante el periodo del 2018.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, transversal, retrospectivo, cuya muestra estuvo conformada por 192 pacientes seleccionadas mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue principalmente bivariado, para lo cual se utilizó el Odds Ratio (OR), considerándose estadísticamente significativo un $p < 0,05$. Además, se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: La muestra estuvo caracterizada por una edad promedio de 27 años, con predominancia de nivel de instrucción secundaria y de ocupación de ama de casa. Se encontró que el número de embarazos previos fue de casi 2 por cada paciente, además el 39% tuvo un aborto previo. Respecto a las características sociodemográficas, el nivel de instrucción, estado civil y ocupación, elevaron 3, 1,5 y 2 veces más el riesgo de padecer un aborto, respectivamente. En cuanto a las características gineco-obstétricas, la edad gestacional menor a 38 semanas y la ausencia de controles prenatales elevaron el riesgo en 17 y 2,5 veces, respectivamente. Por último, se

determinó que el historial médico no aumentó significativamente el riesgo de aborto.

Conclusiones: El nivel de instrucción, estado civil, ocupación, edad gestacional menor a 38 semanas y la falta de controles prenatales fueron factores de riesgo asociados al aborto.

Palabras clave: Aborto, factores de riesgo, características sociodemográficas, características gineco-obstétricas.

ABSTRACT

Introduction: Abortion affects globally, 56% of unplanned pregnancies end in induced abortion. In our country, it is described that about 1 million pregnant women per year and that a third end in abortion, heading the list of abortion cases describing its highest number, since this entity is a great problem that is growing, which makes it necessary to be able to identify the main variables that are associated in order to be able to take preventive measures and carry out control actions.

Objective: To demonstrate the risk variables associated with abortion in patients attended in the department of obstetrics and gynecology at the Hospital Santa María Del Socorro during the period 2018.

Methodology: An observational, analytical, retrospective, cross-sectional, retrospective, case-control study was carried out, whose sample consisted of 192 patients selected by simple random probability sampling. A data collection form was used as an instrument. The statistical analysis was mainly bivariate, for which the Odds Ratio (OR) was used, with a $p < 0.05$ being considered statistically significant. Descriptive statistics were also used.

Results: The sample was characterized by an average age of 27 years, with a predominance of high school education and housewife occupation. It was found that the number of previous pregnancies was almost 2 for each patient, and 39% had a previous abortion. With respect to sociodemographic characteristics, educational level, marital status and occupation increased 3, 1.5 and 2 times the risk of having an abortion, respectively. Regarding gynecological-obstetric characteristics, gestational age less than 38 weeks and the absence of prenatal controls increased the risk by 17 and 2.5 times, respectively. Finally, medical history was found not to significantly increase the risk of abortion.

Conclusions: Educational level, marital status, occupation, gestational age less than 38 weeks and lack of prenatal controls were risk factors associated with abortion.

Keywords: Abortion, risk factors, sociodemographic characteristics, gynecologic-obstetric characteristics.

INTRODUCCIÓN

Los estudios relacionados al aborto son escasos en nuestro medio y en la región de Latinoamérica, debido a que gran parte de estos se realizan de forma clandestina, lo que genera un vacío científico sobre esta entidad. Por lo que resulta importante conocer cuáles son los factores de riesgo asociados a esta entidad para así prevenirlos o modificarlos oportunamente.

El objetivo de esta investigación fue demostrar las variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI– Perú, durante el periodo del 2018, de acuerdo con los hallazgos del presente estudio se pudo encontrar que existen ciertas características sociodemográficas y gineco-obstétricas que están significativamente asociadas al riesgo de padecer un aborto; las cuales deben ser tomadas en consideración para disminuir la morbilidad materna, teniendo como pregunta de investigación ¿Cuáles son las variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018?

En cuanto a la estructura del trabajo de tesis este consta de V capítulos:

En el capítulo I, contiene el planteamiento del problema, formulación del problema (general y específicos), la justificación, la delimitación del área de estudio, las limitaciones de la investigación, los objetivos (general y específicos) y el propósito del porqué del estudio de la investigación.

En el capítulo II, detalla los antecedentes bibliográficos, la base teórica, el marco conceptual, las hipótesis (general y específicas), las variables y la definición operacional de términos.

En el capítulo III, está conformado por el diseño metodológico, la población, la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento, análisis de datos y los aspectos éticos de la investigación.

En el capítulo IV, se ha considerado describir en análisis de los resultados y la discusión.

En el capítulo V, en último capítulo contiene las conclusiones y las recomendaciones obtenidas de la investigación.

Finalmente, para hacer referencia de la bibliografía y adjuntar los diferentes anexos.

ÍNDICE

ASESOR.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
DEDICATORIA.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VIII
ÍNDICE.....	X
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	3
1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6.1 GENERAL.....	6
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	6
1.7 PROPÓSITO.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	7
2.2 BASES TEÓRICAS.....	12
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.4 HIPÓTESIS.....	26
2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	26

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	27
2.5. VARIABLES	27
2.6 DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	29
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	32
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	32
3.2.2 MUESTRA	33
3.3 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	34
3.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS	35
3.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	35
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	37
4.1. RESULTADOS	37
4.2 DISCUSIÓN.....	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1. CONCLUSIONES	45
5.2. RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS.....	48
ANEXO 01: CUADRO DE OPREACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	48
ANEXO 02: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
ANEXO 03: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS.....	53
ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA	56

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA – PERÚ, DURANTE EL PERIODO DEL 2018.	37
TABLA N°2: CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS PARA EL ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL SMSI – PERÚ, DURANTE EL PERIODO DEL 2018.	38
TABLAN°3: RIESGO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA EL ABORTO EN ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO GINECO – OBSTETRICIA EN EL HSMSI – PERÚ, DURANTE EL PERIODO DEL 2018.	39
TABLA N°4: RIESGO DE LAS CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS PARA ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL SMSI– PERÚ, DURANTE EL PERIODO DEL 2018.	40
TABLA N°5: RIESGO DEL HISTORIAL MÉDICO PARA ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO GINECO – OBSTETRICIA EN EL HSMSI – PERÚ, DURANTE EL PERIODO DEL 2018.	41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES Error!
Bookmark not defined.

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOSError! Bookmark not defined.

ANEXO 4: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS (METODOLÓGICO)
Error! Bookmark not defined.

ANEXO 5: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS (ESPECIALISTA)..... 54

ANEXO 6: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS (ESTADÍSTICO)..... 55

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....Error! Bookmark not defined.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto se define como la interrupción del embarazo aproximadamente antes de llegar a la semana 20 - 22 de gestación en donde el feto no es viable fuera del vientre materno.⁽¹⁾ Existen diferentes tipos de abortos, entre ellos tenemos el aborto terapéutico que según las leyes legislativas en la mayoría de los países se permite cuando la vida de la madre se ve amenazada o el niño presenta retraso mental o malformaciones genéticas, el aborto séptico ya sea inducido o espontáneo que está asociado a la infección del tracto genital superior y el aborto inducido que se caracteriza por la extracción del feto mediante diversas técnicas, siendo esta en muchos países considerada un delito. Actualmente el aborto toma gran importancia como un problema de salud pública y representa un gran reto para los profesionales de la salud debido a las complicaciones que pueden padecer producto de ellas llegando a provocar incluso la muerte.⁽²⁻³⁾

A nivel mundial, se estima una media de 39 abortos por cada 1 mil mujeres, siendo mayor en Asia occidental y el norte de África con una tasa de 53 abortos por cada mil mujeres, seguido de Asia central y meridional con 46 abortos, Asia oriental y sudoriental con 43 abortos y los habitantes de Oceanía no pertenecientes a Australia y Nueva Zelanda con una tasa de 34 abortos por cada mil mujeres.⁽⁴⁾

En América Latina existe una tasa de 32 abortos por cada 1000 mujeres entre 15 y 49 años y una tasa de 47 abortos debido a embarazos no deseados por cada 1000 mujeres de la misma edad, además, en los últimos 30 años, la región ha sufrido un aumento del 26% de embarazos no deseados que terminaron en aborto.⁽⁵⁾

En Perú, un estudio realizado en la ciudad de Loreto determinó la prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años en el Hospital Regional de Loreto; se diagnosticaron a 232 mujeres con una mayor prevalencia entre 15

a 20 años que correspondió al 31%, el 43,12% presentaron entre 2 a 3 gestaciones, el 95,7% de las pacientes sufrieron de 1 aborto anteriormente y el mayor porcentaje de aborto incompleto lo tuvieron las primigestas con 39,2%.⁽⁶⁾ Así mismo, en otro estudio se encontró un mayor porcentaje de abortos antes de las 12 semanas de gestación con un porcentaje de 78,4% y el 69,3% de mujeres había presentado una experiencia previa de aborto, siendo estas las más propensas en volver a sufrir o repetir el episodio ⁽⁷⁾

En el Hospital Santa María De Socorro pude apreciar como las pacientes mujeres ingresan con diagnóstico de aborto, estas mujeres presentan un nivel económico bajo, por lo que acuden con motivo de emergencia al servicio en donde se encuentra graves patológicas como hemorragias e infecciones siendo esto causa de los casos de abortos. En la gran mayoría de situaciones deben de presentarse de inmediato al Hospital, sin embargo, las pacientes acuden al servicio de emergencia cuando el caso es más crónico acompañado de una infección grave, todo ello causa una gran problemática al Hospital. De esta manera se obtiene el interés dar a conocer formas de prevención y múltiples medidas para promocionar la salud a las pacientes mujeres.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – ¿Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de Gineco–Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018?
- ¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018?
- ¿Cuáles es el historial médico de riesgo asociado al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En nuestra realidad consideramos al aborto como unas de las causantes de muerte materna, siendo esto un gran reto planteado para afrontar la problemática en los casos, así mismo se obtuvo información para estudiar el presente trabajo que ayudara para un mejor desarrollo del tema, con ello también ayudar a confrontar los múltiples casos con gran éxito, ya que se necesita de una intervención adecuada.

1.3.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Detallamos las variables asociadas, donde se propuso diversas formas de actividades preventivas y promocionales; con la finalidad de ayudar así en la disminución de los alarmantes niveles presentes en las estadísticas sobre causas de muerte materna a producto de los abortos.

1.3.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

En este estudio justifico la importancia de colocar ciertos datos socio demográficos en dicho documento médico para poder facilitar información valiosa para futuros estudios de investigación científica y poder así incrementar la evidencia científica en este campo de la medicina.

1.3.4 JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL

Describimos una orientación social, en donde es considerado como una de las primordiales causantes de muertes en pacientes mujeres en los casos de aborto que, en la actualidad, presentan un incremento en el número de casos. Mientras este problema no se trate con su requerida importancia observaremos altos índices de mortalidad que incrementan. Encontramos hospitales saturados por la problemática de pacientes en este estado, reclamando su atención por que lamentablemente la calidad brindada es incompleta; no se hace suficiente por la gran demanda.

En la orientación económica, una paciente que presenta el caso aborto está expuesta a múltiples complicaciones, por ende, debe adoptar medidas para evitar hemorragias, infecciones y hasta la misma muerte, generando todo ello gastos económicos altos, siendo así un gasto para la familia y hospitales, ya que en algunos casos asume ciertos gastos necesarios.

1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Podemos describir que se desarrolló en el servicio de Gineco- Obstetricia del HSMSI– Perú.

1.4.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Se describió que los datos recolectados para este estudio fueron en el periodo del año 2018, delimitando solo a la población de mujeres que fueron atendidas durante este tiempo acordado.

1.4.3 DELIMITACIÓN SOCIAL

Podemos detallar que el estudio tuvo como unidades fundamentales a las mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del HSMSI para su debida atención.

1.4.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Se describe que el estudio que se ejecutó manejo las variables socio demográficas, Gineco-obstétricas del aborto. Asimismo, se comunica que el estudio se mantuvo en un nivel relacional para el análisis de dichas variables.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Detallamos en el trabajo que solo se realizó en las pacientes mujeres atendidas en el área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018, quedando fuera las pacientes mujeres del servicio de emergencia, y que presenten los criterios instaurados para valoración de dicha afección.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 GENERAL

Demostrar las variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de Gineco – Obstetricia en el HSMSI– Perú, durante el periodo del 2018.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI– Perú, durante el periodo del 2018.
- Determinar las características gineco-obstétricas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018.
- Determinar el historial médico de riesgo asociado al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018.

1.7 PROPÓSITO

Lo principal en el presente estudio fue encontrar la asociación entre nuestras variables en cuestión y así poder ofrecer más información a la comunidad de manera más puntual y precisa sobre el aborto mediante los resultados del estudio, también aumentar los niveles de conocimientos sobre las variables asociadas presentes en el aborto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Durante toda nuestra historia detallamos gran cantidad de material bibliográfico que se publicaron, de carácter científico con el propósito de mantener la averiguación demostrada en hechos evidentes para la toma de decisiones médicas sobre este campo.

2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES

En nuestro territorio, muchos investigadores, en especial un gran número de estudiantes de las ciencias médicas, han presentado múltiples investigaciones sobre la epidemiología del aborto en las distintas áreas de nuestro país. Aun así, este es un tema que requiere una constante actualización con respecto a los factores y características epidemiológicas que están presentes en este tema médico.

Choquecota *et al.* (2019), presentó un estudio en el cual fue realizado en, en Perú, en su tesis titulada *“Factores asociados con la amenaza de aborto en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Moquegua, enero – junio 2019”*, cuyo objetivo fue identificar las principales características de riesgo asociados a amenaza de aborto. El estudio fue no experimental, descriptivo, correlacional, prospectivo de corte transversal; con una muestra de 64 pacientes; el instrumento utilizado fue la historia clínica. Los hallazgos fueron que los factores asociados estadísticamente al aborto fueron provenir de zonas rurales ($p < 0,05$), nivel de instrucción secundaria ($p < 0,05$), oficio de trabajadora del hogar ($p < 0,05$), consumo de drogas lícitas como el alcohol ($p < 0,05$), antecedentes patológicos de diabetes mellitus e ITU ($p < 0,05$). Las conclusiones fueron que existen factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y patológicos asociados a amenaza de aborto.⁽⁸⁾

Calla *et al.* (2020), realizó un estudio en nuestro territorio peruano en donde su tesis titulada *“Factores de riesgo para aborto en gestantes adolescentes*

atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019” cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo asociados a aborto. El estudio fue descriptivo, casos y controles de corte transversal; con una muestra de 99 pacientes con aborto y 99 sin aborto, siendo la muestra final un promedio de 198 pacientes; el instrumento utilizado fue la historia clínica. Los resultados fueron que se identificó asociación estadísticamente significativa entre aborto y pareja estable ($p < 0,05$), tener un embarazo previo ($p < 0,05$) y antecedentes de aborto ($p < 0,05$). La conclusión fue que se evidenció la asociación de factores sociodemográficos y de origen materno asociados al aborto.⁽⁹⁾

Adama, Acosta & Cruzado *et al.* (2019), realizó otro estudio en la capital del Perú, donde artículo titulado *“Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para aborto recurrente en el primer trimestre de embarazo: estudio de casos y controles”* cuyo objetivo fue identificar la asociación entre el periodo intergenésico como factor de riesgo para aborto. El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo, casos y controles de corte transversal; el instrumento utilizado fue la historia clínica; la muestra estuvo conformada por 80 casos de aborto y 160 controles, constituyendo la muestra final un total de 220 pacientes. Los hallazgos fueron que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre edad materna o gestacional y grado de instrucción; se halló asociación estadísticamente significativa entre aborto y periodo intergenésico relativamente corto ($p < 0,05$). La conclusión fue el periodo intergenésico corto es un factor de riesgo para el desarrollo de aborto.⁽¹⁰⁾

Alva & Espínola *et al.* (2019) realizó un estudio en una localidad del norte de nuestro país donde presento el artículo titulado *“Edad materna avanzada como factor de riesgo de aborto recurrente en el hospital belén de Trujillo entre el año 2013-2018”* cuyo objetivo fue determinar la posible asociación entre edad materna avanzada y el desarrollo de aborto. Diseño de tipo observacional, retrospectivo, analítico de corte transversal; con una muestra de 344 gestantes; se utilizó como instrumento la historia clínica. Los hallazgos, fueron

que se halló relación estadísticamente significativa entre edad avanzada y aborto ($p = 0,000$) siendo la semana 19 la más frecuente donde se evidenció el aborto. Las conclusiones fueron que la edad avanzada se comporta como un factor sociodemográfico asociado a aborto.⁽¹¹⁾

Quispe *et al.* (2019) Se realizó otro de los estudios en la población de Perú, en su tesis titulada “*Factores de riesgo relacionados al aborto espontaneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia Hospital Carlos Monge Medrano 2018.*” cuyo objetivo fue identificar los principales factores asociados al desarrollo de aborto de tipo espontáneo. El estudio fue descriptivo, cuantitativo, prospectivo de corte transversal; con una muestra de 113 casos; el instrumento utilizado fue un cuestionario. Los hallazgos principales fueron que se halló asociación estadísticamente significativa entre aborto y edad mayor a 35 años ($p < 0,05$) con una frecuencia de 58.4%; nivel académico secundario ($p < 0,05$) con 50.4%; de oficio trabajadora del hogar ($p < 0,05$) con 49.6%; edad gestacional entre 13 a 22 semanas ($p < 0,05$) con 76.1%; multiparidad ($p < 0,05$) con 68.1%. La conclusión fue que se identificó factores sociodemográficos y gineco-obstétricos que se asociaron a aborto.⁽¹²⁾

2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En el enfoque internacional, muchos científicos y agrupaciones relacionadas a la investigación, incluyendo las instituciones que se dedican a la investigación científica tanto estatales como del sector privado, han publicado estudios referentes a los factores epidemiológicos de este tema médico tan preocupante.

Patiño & Porzio *et al.* (2020), se presenta uno de los estudios en el campo internacional, realizado en Paraguay. En su artículo titulado “*Frecuencia de abortos espontáneos en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Clínicas*” cuyo objetivo fue determinar la frecuencia con la cuál las mujeres acuden al centro hospitalario por abortos espontáneos. El diseño de estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo de corte

transversal; la muestra estuvo conformada por 262 participantes; el instrumento utilizado fue la historia clínica. Los hallazgos fueron que se registró que el 98,5% contó con un factor de riesgo como mínimo, resaltando la aspiración manual endouterina con 87,0% seguida de legrado uterino instrumental con 11,0%; además, se identificó que el 38,9% tenían IMC normal seguida de 31,3% con IMC sobrepeso. Se concluyó que el 11,82% tuvo un aborto espontáneo y se identificaron factores asociados. ⁽¹³⁾

How *et al.* (2020) realizó otro estudio esta vez en Estados Unidos, en su artículo titulado *“Pregnancy outcomes, risk factors, and cell count trends in pregnant women with essential thrombocythemia”* cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al aborto, además, la tendencia del recuento celular. El estudio fue descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 121 participantes; el instrumento utilizado fue la historia clínica. Los hallazgos fueron que la complicación más frecuente de las embarazadas fue el aborto (48,7%); los factores que se asociaron estadísticamente a aborto fueron el consumo de aspirina ($p < 0,05$) y antecedente de aborto ($p < 0,05$). La conclusión fue que se identificó factores de riesgo asociados a complicaciones durante el embarazo, la más importante, el aborto.⁽¹⁴⁾

Moradinazar *et al.* (2020) se realizó una investigación en Irán, en su artículo titulado *“Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study”* cuyo objetivo fue hallar los factores de riesgo y la prevalencia de abortos espontáneos. El estudio fue descriptivo, cohorte de corte transversal; con una muestra de 4831 mujeres; se utilizó como instrumento una base de datos. Los hallazgos fueron que el 25,7% ya contaba con antecedente de haber sufrido un aborto espontáneo; se halló mayores probabilidades de aborto en aquellas mujeres con hipertensión arterial ($p < 0,05$), nivel de educación ($p < 0,05$), edad avanzada ($p < 0,05$). La conclusión fue que se identificaron factores sociodemográficos y gineco-obstétricos asociados a aborto.⁽¹⁵⁾

López, Morales & Ramos *et al.* (2020) Publicó un informe con resultados de un estudio que se realizó en México, en su artículo titulado “*Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo*” cuyo objetivo fue determinar las principales características de riesgo asociadas a aborto. Diseño de tipo metaanálisis; con una muestra de 100 estudios; se utilizó como instrumento bases de datos. Los hallazgos fueron que se lograron identificar factores de riesgo asociados al aborto como alteraciones a nivel cromosómico ($p < 0,05$) y polimorfismos ($p < 0,05$), así como también, factores socioeconómicos ($p < 0,05$), alteraciones endocrinas ($p < 0,05$), antecedentes de aborto ($p < 0,05$). La conclusión fue que se identificaron factores sociodemográficos y gineco-obstétricos asociados a aborto.⁽¹⁶⁾

Flores & Sánchez *et al.* (2019), liderando un grupo de investigadores publicaron un estudio en Ecuador, en su tesis titulada “*Factores de riesgo de aborto en madres adolescentes*” cuyo objetivo fue identificar las principales características de riesgo que se asocian a aborto. El estudio fue cuantitativo, no experimental, correlacional, retrospectivo, analítico de corte transversal; con una muestra de 102 pacientes; el instrumento utilizado fue la historia clínica. Los hallazgos principales fueron que como factores sociodemográficos más frecuentes a mujeres de edades entre 15 a 19 años en el 93,1%, estado civil como unión libre en el 50%, grado de instrucción secundaria en el 69,6%, sin educación en el ámbito sexual (72,5%); el factor gineco-obstétrico más frecuente fue la edad gestacional entre 11 a 22 semanas. La conclusión fue que existen factores sociodemográficos y gineco-obstétricos asociados a aborto.⁽¹⁷⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

ABORTO: Es la interrupción espontánea del embarazo cuando el feto no puede ser viable en la vida extrauterina y antes de la semana 20 de gestación o cuando el peso del feto es inferior a 500 gramos.⁽¹⁸⁾

AMENAZA DE ABORTO: Se produce cuando se tiene al producto vivo acompañado de contracciones uterinas, con presencia o no de sangrado uterino y un cuello cerrado.⁽¹⁹⁾

ABORTO EN CURSO (INEVITABLE): Se da en aquellas mujeres que tienen un dolor progresivo, contracciones uterinas o la presencia de hemorragia, acompañada de modificación en la zona cervical o cuando las membranas se rompen.⁽²⁰⁾

ABORTO INCOMPLETO: Es la expulsión parcial de los tejidos fetales, de la placenta o líquido amniótico a través del cuello uterino que ha sido modificado anatómicamente o por la patología misma.⁽²¹⁾

ABORTO COMPLETO: Es la expulsión total del feto y de los anexos ovulares. En dicho caso la sintomatología de la mujer que varía en intensidad al inicio va disminuye conforme pasa el tiempo.⁽²²⁾

ABORTO DIFERIDO: Se caracteriza por la retención del feto o embrión muerto dentro de la cavidad uterina o cuando se tiene un embarazo de curso normal, pero con sangrad de magnitud variable.⁽²³⁾

ABORTO SÉPTICO: Es el tipo de aborto que puede producirse por encima de cualquier otro tipo de aborto y está asociado a una grave infección que ha comprometido de manera sistémica a la mujer y ha hecho inviable el producto.⁽²⁴⁾

ABORTO TERAPÉUTICO: Es la finalización del embarazo a manos del personal de salud para prevenir lesiones o complicaciones mayores en la embarazada, o cuando comprometerá sustancialmente la vida materna.⁽²⁵⁾

ABORTO RECURRENTE: Se produce cuando la mujer ha sufrido más de dos abortos a lo largo de su vida, ya sea de manera secuencial o de manera alternada. Asociado a procedimientos quirúrgicos de aborto previos o a factores patológicos.⁽²⁶⁾

FACTOR DE RIESGO: Según la OMS, un factor de riesgo es una característica de riesgo que predisponen a un individuo de padecer una patología con mayor frecuencia en comparación con aquellos que no la tienen.⁽²⁷⁾

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 ABORTO

Según la OMS presenta como definición del aborto como una interrupción que puede ser espontánea o provocada de un feto que se encuentra en proceso de gestación sabiendo que no podrá sobrevivir fuera del lecho materno. Además, se considera una edad gestacional que debe de encontrarse con un rango de inferior 20 a 22 semanas (feto con menos de 500 gramos).⁽²⁸⁾

2.3.2 EPIDEMIOLOGÍA

El aborto en condiciones de riesgo fue y sigue siendo un problema grave de la salud pública, sobre todo en los países aún en vías de desarrollo. De las distintas clasificaciones del aborto, el espontáneo se ha convertido en el más común de ellos. Se ha determinado que uno de cada cinco embarazos termina en abortos espontáneos durante el primer trimestre de gestación debió a anomalías a nivel cromosómico; un 22% equipara al aborto inducido. Las complicaciones pueden derivar en hemorragias, infecciones que pueden llevar a la sepsis, perforación de órganos, entre muchas otras.⁽²⁹⁾

Se ha identificado que, del total de número de embarazos verdaderos, 30% terminan en abortos por fallas en la implantación, 30% son preclínicos, 10% son clínicos y solo el 30% terminan la gestación y nacen vivos. La mayoría de los abortos espontáneos se dan a tempranas edades gestacionales, de ese

modo, el 80% se da antes de las 12 semanas y el 20% desde la semana 12 hasta la 20; además, 1% del total de mujeres presentará abortos recurrentes. Con respecto a la edad materna, se ha observado que el 10 a 12% pertenece a mujeres adolescentes, dicha incidencia se cuadruplica a partir de los 40 años y el porcentaje va en aumento conforme aumenta la edad.⁽³⁰⁾

Los embarazos, en un 15 a 20%, son diagnosticados de manera clínica durante el primer trimestre o a inicios del segundo sin afectación de la madre. En casi las dos terceras partes de los abortos, la causa más frecuente son las alteraciones a nivel cromosómico, específicamente las alteraciones en el desarrollo fetal, tanto en la clínica como en la subclínica; el resto equivale a dimorfismos. Se identificó que un 30 a 50% de los abortos espontáneos tienen anomalías a nivel citogenético, de ellas, las anomalías en el cariotipo suelen ser las más frecuentes con un 50% alrededor de las semanas 8 a 11 de gestación, y un 30% entre las semanas 16 a 19.⁽³¹⁾

Entre el 11 a 15%, de mujeres que nunca ha abortado, tienen un riesgo de desarrollar aborto espontáneo; dicha incidencia va en aumento conforme al número de abortos: un aborto 16%, dos abortos 25%, tres abortos 45% y 4 abortos 54%, y así sucesivamente. El embarazo puede detectarse de manera cuantitativa gracias a la medición de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana o a través de métodos de imagen como el ultrasonido, estos últimos, también sirven para clasificar al aborto como temprano o tardío.⁽³²⁾

El aborto incompleto se asocia significativamente a un aborto inseguro en la mayoría de los países del mundo, la importancia radica en que, con esto, se incrementan los factores para el desarrollo de complicaciones y, por ende, la mortalidad materna. Por ello, asegurar una intervención adecuada podría ayudar a disminuir la incidencia de complicaciones.⁽³³⁾

El manejo abarca desde un simple tratamiento expectante hasta intervenciones quirúrgicas o medicamentosas. No suele optarse el tratamiento

expectante (evacuación uterina espontánea), porque se ha identificado que tiene poca eficacia y su principal inconveniente es que no se puede predecir en que tiempo se expulsará el producto de manera espontánea. El protocolo de evacuación uterina va a depender de acuerdo con el escenario en el que uno se encuentre, de todas formas, terminará consistiendo en la evacuación del saco gestacional, así como también, de restos de óvulos adheridos a la cavidad del endometrio, proceso que se llevará a cabo con anestesia general o local. La tasa de efectividad de los procedimientos quirúrgicos es alta, pero requiere una gran demanda de personal especializado e insumos adecuados para su realización. ⁽³⁴⁾

El manejo integral del aborto no solo consiste en la intervención médica, sino en la instrucción y asesoría de la paciente sobre métodos anticonceptivos según las necesidades que se adapten a cada persona. De esa manera, se garantiza el derecho a decir sobre su propio cuerpo y sobre como desea llevar su vida sexual y reproductiva en adelante. Con ello, también se busca disminuir el puente entre la fecundidad que una desea y la que uno observa, reducir riesgos y complicaciones que surgen más en lugares inseguros, y más importante, la morbilidad y mortalidad materna. ⁽³⁵⁾

2.3.3 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

Existen muchas formas de clasificarlo, entre las más frecuentes tenemos: 1) Según el origen pueden ser espontáneos o inducidos (ya sea de manera terapéutica o electiva); 2) según la edad gestacional, embrionarios (cuando la edad gestacional es menor a 8 semanas), fetal temprano (edad gestacional entre 8 a 12 semanas), fetal tardío (después de la semana 12 de gestación); 3) según su evolución: amenaza de aborto, aborto en curso (inevitable e inminente), incompleto, completo, o retenido; 4) según la morbilidad, no complicada y séptico; 5) otras formas clínicas, habitual o recurrente. ⁽³⁶⁾

ABORTO ESPONTÁNEO:

Este tipo de aborto es el que se produce sin la intervención de algún individuo, incluyendo la madre. En este caso se produce el deceso embrionario o fetal antes de las 20va semana del proceso gestacional. La incidencia de este tipo de abortos es del 15% al 20% del total de embarazos confirmados. En muchas circunstancias estos abortos suelen pasar desapercibidos y son confundidos con un simple sangrado cuando se da en fases muy tempranas del embarazo.⁽³⁶⁾

ABORTO PROVOCADO O INDUCIDO:

En el aborto inducido si se produce la intervención de algún individuo, el cual utiliza maniobras y métodos para producir el fallecimiento y evacuación del feto u óbito. El 40% de casos en pacientes con gestación no deseado al final terminan con el diagnostico de aborto de este tipo y alrededor del 90% de estos tipos de abortos se llevan a cabo dentro del primer trimestre. Estos procedimientos pueden ser de tipo farmacológico o quirúrgico. ⁽³⁶⁾

ABORTO TERAPÉUTICO

Dentro de los abortos inducidos, se encuentran los abortos de tipo terapéuticos, los cuales tienen la finalidad salvar la vida a la madre y disminuir un alto sufrimiento del feto o bebe si es que logra nacer. Esta medida se suele tomar cuando existen anomalías congénitas en el feto que, aun logre nacer, no podrá sobrevivir o conseguir una vida de calidad; otros casos descritos en la madre es cuando su vida se encuentra en alto riesgo al seguir con el proceso de gestación. ⁽³⁶⁾

2.3.4 ETIOLOGÍA

Se consiguió clasificar las primordiales causantes de aborto, que a continuación se describen con amplitud. ⁽³⁷⁾

A) CAUSAS FETALES:

- **ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS:**

Las estadísticas han mostrado que, del número total de abortos, el 50% al 60% son ocasionados por anomalías genéticas en los fetos, por lo que es considerado la principal causa de aborto espontáneo. Esto puede deberse a una carga de mutaciones genéticas aportadas por los padres.

(37)

B) CAUSAS MATERNAS:

- **ANOMALÍAS UTERINAS:**

Anomalías de la estructura de la cavidad uterina puede producir abortos. Estas alteraciones estructurales y/o fisiológicas del útero brindan un ambiente hostil para el embrión que busca implantarse y empezar su desarrollo. Entre las anomalías más comunes están las cicatrizaciones, los pólipos, miomas o tabiques uterinos. (38)

- **INFECCIONES**

Es muy conocido que las infecciones del tracto urinario están relacionadas con abortos tempranos o prematuridad. Algunas infecciones bacterianas, virales, hongos o parásitos que se logran dar en los genitales femeninos pueden llevar a un aborto espontáneo, especialmente en mujeres gestantes que se encuentra cursando el segundo trimestre. Las infecciones más conocidas con las de citomegalovirus, estreptococos o toxoplasmosis. (38)

- **ENFERMEDADES SISTÉMICAS:**

Las enfermedades sistémicas causan efectos sobre el embarazo y viceversa, estos efectos suelen ser negativos, llegando a dañar el estado de salud en la madre y él bebe. Estas patologías suelen producir

variaciones fisiológicas que terminan desenlazándose en un parto temprano, complicaciones renales en la madre, anomalías vasculares, entre otros. Entre los más comunes tenemos la pre eclampsia, diabetes mellitus, diabetes gestacional.⁽³⁸⁾

- **ENFERMEDADES AUTOINMUNES:**

Se han asociado múltiples enfermedades de carácter inmunitario con la prevalencia de abortos espontáneos. La presencia de ciertos anticuerpos maternos puede llegar a ser extremadamente peligrosos para el feto. Uno de los más conocidos son los anticuerpos anticoagulantes lúpico en la enfermedad de lupus eritematoso. Otro ejemplo viene a ser el síndrome antifosfolipídico el cual desencadena la preeclampsia, seguida de la eclampsia y terminando en un desprendimiento placentario. Un ejemplo más es la esclerosis sistémica, el cual en el 20% de los casos llega a empeorarse a consecuencia del embarazo.⁽³⁸⁾

- **PROBLEMAS DE COAGULACIÓN:**

La trombofilia es una de las causas más comunes de los abortos. En pacientes con abortos recurrentes se suele buscar respuesta en esta área. El riesgo recae en que el coagulo se desplace hasta una arteria o vena de gran importancia en algún órgano vital, el cual terminaría por producir una embolia desenlazándose en la mortalidad de la paciente y del feto. Esta patología puede ser congénita o adquirida y en varios casos se puede tratar dando como resultado una correcta evolución de proceso gestacional.⁽³⁸⁾

2.3.5 FACTORES DE RIESGO

Se ha determinado que las mujeres tienen una incidencia aumentada de aborto cuando tienen anomalías anatómicas del útero; cuando la intervención quirúrgica ha logrado disminuir las pérdidas recurrentes del primer trimestre; cuando tienen pólipos mayores de 2 centímetros; cuando

los miomas uterinos son de gran tamaño, esto porque dificultan la implantación y la irrigación al feto, afectando su crecimiento y desarrollo culminando en aborto. ⁽³⁹⁾

Las mujeres con antecedentes de aborto tienen una incidencia de 5% de sufrir otro aborto; la presencia de alteraciones cromosómicas como la aneuploidía, se ven más en las mujeres mayores y, con ello, aumentan la probabilidad de aborto. La presencia de anticuerpos antifosfolipídicos y anticardiolipina, se asocian significativamente a aborto con una alta incidencia y prevalencia. ⁽⁴⁰⁾

El antecedente de diabetes mellitus como factor patológico incrementan el riesgo de desarrollo de aborto. Se ha demostrado que niveles no controlados de aborto incrementan la incidencia de aborto en mujeres a diferencia de aquellas que si controlan la patología adecuadamente. ⁽⁴¹⁾

Por otro lado, algunos estudios han determinado la presencia de factores sociodemográficos que se asocian a aborto. Entre ellos, el nivel de instrucción, la edad de la madre, la edad, la zona de procedencia y el estado civil. Son algunos de los factores identificados con mayor frecuencia. ⁽⁴²⁾

2.3.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La amenaza de aborto se pone de manifiesto cuando aparece amenorrea de tipo secundaria, se ha identificado efectivamente la presencia de embarazo por cuantificación de la hCG se ha identificado que el feto es viable, aparición de sangrado uterino de magnitud variable, dolor variable ubicado en el hipogastrio, y el volumen del útero acorde con la amenorrea sin acompañamiento de dilatación cervical clínicamente evidente. ⁽⁴³⁾

El aborto inevitable viene acompañado con un volumen de útero igual o inferior al esperado por la amenorrea; sangrado vaginal abundante; ruptura de membranas acompañada de pérdida de líquido amniótico. En estos

casos puede o no puede asociarse a dilatación cervical clínicamente evidente. ⁽⁴⁴⁾

El aborto incompleto se evidencia cuando el producto obtenido después de la concepción, se expulsa de manera parcial; el sangrado uterino y el dolor en hipogastrio son de magnitud variable; el volumen uterino no va acorde a la amenorrea; hay presencia de dilatación uterina evidente. ⁽⁴⁵⁾

Por el contrario, el aborto completo es cuando el producto obtenido después de la concepción se expulsa de manera completa; tanto el sangrado uterino como el dolor en hipogastrio van disminuyendo en intensidad; cuando se examine a la paciente es frecuente encontrar un orificio cervical cerrado. ⁽⁴⁶⁾

El aborto en evolución o también llamado intermitente viene acompañado de una expulsión evolutiva del tejido del óvulo; dolor variable en hipogastrio, insidioso y progresivo; volumen de la cavidad uterina inferior al previsto por la amenorrea; el sangrado uterino alcanza la magnitud de moderada cantidad durante el proceso; la dilatación uterina es ostensible. ⁽⁴⁷⁾

El aborto séptico puede ponerse de manifiesto en cualquier tipo de las formas de aborto relacionado a la presencia de una infección grave: puede existir la presencia de secreciones hematológicas y purulentas intrauterinas que discurren por el cérvix con un olor fétido; cuantificación de fiebre sin encontrar algún otro tipo de fuente de infección; la zona suprapúbica se vuelve muy sensible; cuando se intenta movilizar el cérvix y el útero la paciente siente un dolor abdomino-pélvico; y manifestaciones sistémicas de la propia sepsis. ⁽⁴⁸⁾

En la amenaza de aborto la metrorragia se observa de un color oscuro y es casi escasa, las contracciones uterinas dolorosas se encuentran frecuentes, la modificación cervical más frecuente es el cuello cerrado, el desprendimiento y expulsión de contenido se encuentran ausentes. Por

otro lado, la ecografía puede mostrar hemorragia decidual, coágulos a nivel subcorial, y presencia de un embrión vivo en la cavidad intrauterina. ⁽⁴⁹⁾

En el aborto inminente la metrorragia es roja, abundante y continua; las contracciones uterinas son insidiosas y progresivas; la modificación cervical más frecuente es la de encontrar un canal permeable; el desprendimiento y la expulsión se identifican por una protrusión parcial del cigoto; la ecografía puede denotar una expulsión en curso. ⁽⁵⁰⁾

En el aborto incompleto la metrorragia es clasificada como persistente; al igual en las contracciones uterinas que son mantenidas y persistentes, con intensidades variables; las modificaciones cervicales más frecuentes son las de encontrar un cuello abierto o restos de tejido ovular en el útero o vagina; se tienden a retener anexos y la expulsión del contenido es en dos tiempos. La ecografía muestra restos endocavitarios y vaginales. ⁽⁵¹⁾

En el embarazo completo la metrorragia tiende a ser mínima; las contracciones uterinas que inicialmente eran dolorosas comienzan a disminuir en intensidad y frecuencia; la modificación cervical más frecuente es la de encontrar un cuello cerrado; desprendimiento de huevo y anexos con expulsión total del contenido. La ecografía puede encontrar un útero involucionado y vacío. ⁽⁵²⁾

2.3.7 DIAGNÓSTICO

Es predominantemente clínico acompañado de la adecuada realización de una buena historia clínica y un examen físico dirigido. Cuantificación de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana para identificar evidentemente un embarazo. Un método complementario es la ecografía para identificar las características antes descritas y descartar algún otro tipo de patología que produzca sintomatología similar. ⁽⁵³⁾

2.3.8 MANEJO

En el presente trabajo de estudio describimos un tratamiento que recibe una paciente femenina con diagnóstico de aborto es dependiente del tipo, estado y situación legal con el que se ha diagnosticado.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO

Se describe que el fármaco Misoprostol como vía administración no presenta un incremento en los niveles de éxito del esquema al tratamiento, algunos ECAs refieren la administración por vía vaginal que presentan niveles altos en eficacia. Refiere éxito cuando se administra e Misoprostol 600 µg por vía oral y por vía sublingual 400 µg en casos de aborto incompleto. ⁽⁵⁴⁾

VENTAJAS:

- Presenta comodidad de administración por la no hospitalización.
- No se realiza cirugías
- No se requiere anestesias
- Menos costosa y natural.

DESVENTAJAS:

- Presencia de sangrado posterior al procedimiento.
- Presenta cólicos
- Requiere tiempo para concluir.

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU):

Este procedimiento se realiza cuando el número de semanas de gestaciones inferior a 12. Se utiliza dilatadores para y poder abrir el cérvix, luego se procede a introducir un tubo conectado a una aspiradora

o bomba con la que se extraerá el contenido uterino, incluyendo el embrión. ⁽⁵⁴⁾

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

Se practica en mujeres que se encuentran cursando la última fase del primer trimestre hasta las primeras semanas del segundo trimestre. El procedimiento consiste en introducir una cuchilla afilada que ayuda a desprender todo el contenido uterino para luego ser aspirada y depositado en un recipiente externo. ⁽⁵⁴⁾

2.3.9 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Aquellos métodos anticonceptivos son de medidas de importancia que las personas sexualmente activas toman como opción para evitar la concepción. Estas medidas o estrategias pueden ser temporales y definitivas, entre las más comunes tenemos a las siguientes. ⁽⁵⁵⁾

Estos métodos se pueden clasificar según la duración de sus efectos en los siguientes:

TEMPORALES

- **NATURALES:**

Son los métodos anticonceptivos en donde no se utiliza de artefactos, farmacología o procesos quirúrgicos para lograr una planificación familiar. En estos métodos está incluido el método del ritmo, temperatura basal, secreción vaginal y el coito interrumpido. ⁽⁵⁵⁾

- **BARRERA:**

Estos son los métodos que impiden la llegada del espermatozoide al óvulo logrando así la fecundación. Existen múltiples métodos de barrera, entre los más conocidos tenemos al preservativo masculino,

preservativo femenino, los dispositivos intrauterinos y los espermicidas.⁽⁵⁵⁾

- **HORMONALES:**

En estos métodos se hace uso de la farmacología para suministrar cargas hormonales que permitan modificar el ciclo ovárico y así conseguir evitar la concepción. Es un método muy seguro, aunque puede llegar a tener efectos secundarios a causa de la carga hormonal. Entra los principales métodos anticonceptivos tenemos a las píldoras anticonceptivas diarias, el parche transtermino, implante subdérmico, píldora de emergencia y las inyecciones de hormonas.⁽⁵⁵⁾

PERMANENTES O DEFINITIVOS

- **LIGADURA DE TROMPAS:**

Este una forma de prevenir quirúrgicamente de complejidad intermedia para las mujeres también es conocido como Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina (AQVF). Este método es usado por aquellas mujeres que desean dar fin a la posibilidad de la procreación. La eficacia de esta intervención es significativamente alta, además de inmediata y permanente, asimismo esta intervención quirúrgica no interviene de ninguna forma sobre el deseo y desempeño sexual. Previo a la intervención se realizan, normalmente, dos sesiones de consejería en la cual se muestran las distintas alternativas alternas, se explica los riesgos y los beneficios que presenta el procedimiento quirúrgico El procedimiento quirúrgico comprometen a las trompas de Falopio donde existe una oclusión. Es claro resaltar que esta medida no completamente segura contra la exposición a patologías como las

infecciones transmitidas en el acto sexual. Si bien no tiene efectos colaterales, hay un margen de error del 0,5%. ⁽⁵⁵⁾

- **VASECTOMÍA:**

Se llama así al método anticonceptivo optado de forma voluntaria que toma el varón cuando desea dar por terminado a sus posibilidades de poder procrear. Este método es permanente con una eficacia alta e inmediata. Esta es considerada una cirugía menor y consiste en la oclusión de los conductos deferentes en los genitales masculinos donde se le hará posible la liberación de los espermatozoides. Este método no interfiere en ninguna forma sobre el deseo y rendimiento sexual, así como tampoco evita la liberación de hormonas por parte de los testículos. Al igual que la ligadura de trompas, este procedimiento requiere sesiones de consejería preveía donde se brinda toda la información que el paciente debe tener antes de tomar la decisión final. ⁽⁵⁵⁾

2.3.10 COMPLICACIONES

Se ha identificado ruptura del útero asociado a procedimientos quirúrgicos del aborto, especialmente en aquellas mujeres con más de 20 semanas de gestación, el riesgo es menor equivaliendo a 1 por cada mil casos. La incidencia disminuye cuando la edad gestacional es inferior a las 20 semanas. En estos últimos, hay complicaciones poco frecuentes como la hemorragia severa que requiere tratamiento urgente con reposición globular (transfusiones), con un riesgo bajo de 1 por cada mil casos. Dicho riesgo aumenta a 4 por cada mil habitantes cuando la edad gestacional supera las 20 semanas. ⁽⁵⁶⁾

La presencia de trauma cervical después de la cirugía equivale a 1 por cada 100 casos de mujeres, esta incidencia disminuye conforme más inferior sea la edad gestacional. Las mujeres deben ser informadas de los

efectos adversos de la cirugía que podría influenciar para un nuevo embarazo, es decir, se asocia a aborto recurrente. También, que en el 1% de las intervenidas se deberá volver a realizar un procedimiento con fines terapéuticos. ⁽⁵⁷⁾

Deben ser informadas que corren el riesgo de sufrir de infecciones después de realizar la intervención que varía en gravedad y severidad, que usualmente es causado por algún foco de infección ya presente. Con esto, el riesgo es desarrollar sepsis que comprometa la vida, por ello, el uso profiláctico de antibióticos y descarte de infecciones de la transmisión sexual es fundamental antes de desarrollar el procedimiento. ⁽⁵⁸⁾

Se debe también informar acerca de ciertas supersticiones, como que el aborto no incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de mama, que después del procedimiento quedarán infértiles o se les será muy difícil volver a concebir. El riesgo de aborto recurrente incrementa cuantos más abortos se realizar una mujer. ⁽⁵⁹⁾

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

H1: Existen variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

H0: No existen variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

A) HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

HE1: Si existe características sociodemográficas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

HE0: No existen características sociodemográficas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

B) HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

HE2: Si existe características gineco-obstétricas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

HE0: No existe características gineco-obstétricas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

C) HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

HE3: Si existe riesgo asociado al aborto según el historial médico de pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

HE0: No existe riesgo asociado al aborto según el historial médico de pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.

2.5. VARIABLES

2.5.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Ocupación
- Consumo de alcohol
- Procedencia

- CARACTERÍSTICAS GINECO – OBSTÉTRICOS

- Número de embarazos
- Número de controles prenatales
- Edad gestacional en el último embarazo
- Número de abortos
- Método utilizado para el aborto

- HISTORIAL MÉDICO

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Hemorragias
- Anemias

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Aborto

2.6 DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: Son aquellos eventos relacionados al factor social y demográfico de las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro durante el periodo 2018. Dichas características componen la edad, el nivel de instrucción, estado civil, procedencia, ocupación y consumo de alcohol.

EDAD: Es el número de años de vida que tuvieron las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro durante el periodo 2018. Los valores que presentarán serán considerados como menor igual a 30 o mayor de 30 años.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Representa al nivel educativo que tienen las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Dicho nivel de instrucción será dividido en primaria, secundaria y superior.

ESTADO CIVIL: Se presenta como la situación social de la persona en base la sociedad, el cual será propio de las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. El estado civil tomara los valores de soltera, casada o conviviente.

PROCEDENCIA: Es el lugar de donde vienen las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Debido a donde se aplicará el estudio la variable tomará los valores naturales de Ica u otros.

OCUPACIÓN: Se presenta como la actividad que le genera un ingreso económico a las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Presentará los siguientes valores: con empleo o sin empleo

CONSUMO DE ALCOHOL: Es la presencia de ingesta de alcohol en las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Y se considerara como presente o ausente.

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICOS: Son aquellos eventos relacionados al factor ginecológico y obstétrico de las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Son las siguientes: Número de embarazos, edad gestacional, controles prenatales, número de abortos, tipo de aborto y método utilizado para el aborto.

NÚMERO DE EMBARAZOS: Es la cantidad de veces que quedaron embarazadas las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. El numero será menor igual a 3 o mayor a 3.

EDAD GESTACIONAL: Lo calcularemos con la altura uterina o una ecografía en las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Sera de menor 38 semanas o mayor de 38 semanas.

CONTROLES PRENATALES: Es el número de veces que la paciente acudió a un cuidado previo durante la gestación: Y será considerado como con control prenatal o sin control prenatal.

NÚMERO DE ABORTOS: Es la cantidad de abortos que presentaron las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018.

TIPO DE ABORTO: Es la razón por la cual se le practicó el aborto a las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Que será inducido, espontaneo o terapéutico.

MÉTODO UTILIZADO PARA EL ABORTO: Es el mecanismo por el cual se indujo al aborto en las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Sera considerado como farmacológico o quirúrgico.

HISTORIAL MÉDICO: Son los antecedentes relacionados a la salud de las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI el periodo 2018. Comprenderá la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hemorragias y anemia.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Es una condición patología propia de las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Esta variable será registrada como presente o ausente.

DIABETES MELLITUS: Es una condición patología de las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Caracterizada por una alta concentración de glucosa en la sangre la cual es confirmada por un hemogluco-test o hemoglobina glicosilada. Y tendrá los valores como presente o ausente.

HEMORRAGIA: Sera considerado el sangrado abundante que se produzca en las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro durante el periodo 2018. Se considerará como presente o ausente

ANEMIA: Son los valores bajos de la hemoglobina el cual afecta el funcionamiento normal de las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018. Considerado como presente o ausente.

ABORTO: Es el fin de la gestación en las pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el HSMSI durante el periodo 2018.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Podemos describir que se realizó un trabajo de tipo analítico con casos y controles, donde se detalla los siguientes puntos.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Según la manipulación de variables:** Observacional
- **Según la intención de análisis:** Analítico (casos-controles)
- **Según los momentos de medición:** Transversal
- **Según la naturaleza de los datos:** Retrospectivo

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Para las características presentes en esta investigación es de tipo correlacional, porque detallo la evaluación diferentes variables asociados y tipos de riesgos con el aborto.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El trabajo de investigación se realizó en el HSMSI, teniendo en cuenta como ubicación al departamento de Ica, que se encuentra al centro oeste del país. Cuenta con 850 000 habitantes de acuerdo con el censo. Podemos describir que la población correspondiente a estudio fue específicamente todas las mujeres que han asistido al servicio de Ginecología y Obstetricia del HSMSI, para su correspondiente atención, que fue durante el periodo del 2018, Basándose en el reporte del servicio de estadística, este departamento atendió a 1576 gestantes y se han reportado 166 abortos en dicho periodo.

3.2.1.1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Esta investigación, debido a que tiene un diseño de casos y controles, se ha establecido dos subpoblaciones: La población de controles,

conformada por todas las gestantes que no llegaron a presentar aborto; y la población de casos, conformada por todos los casos de abortos. Se estableció que ambas subpoblaciones cumplan los siguientes criterios de elegibilidad:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que han asistido al servicio de Gineco-obstetricia del HSMSI durante el periodo del 2018.
- Mujeres con o sin antecedentes de aborto.
- Mujeres que se atendieron en el lapso del año 2018.
- Mujeres con al menos 1 control prenatal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres con historial de patologías neoplásicas.
- Mujeres con historial de infección durante la gestación.
- Mujeres con residencia principal fuera del Perú.
- Mujeres que han sufrido abortos a raíz de algún traumatismo

3.2.2 MUESTRA

Debido a la amplia dimensión de la población a investigar se ha establecido estudiar a una muestra para ambas subpoblaciones. Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula para estudios con diseños de casos y controles. La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(m+1)\hat{p}(1-\hat{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{mP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{m(P_1 - P_2)^2}$$

Donde:

- $Z_{1-\alpha/2}$ = Nivel de confianza $\rightarrow 1,96$ (95%)
- $Z_{1-\beta}$ = Potencia estadística $\rightarrow 0,842$ (80%)
- OR = Odds Ratios $\rightarrow 3,00$
- m = Razón de controles por casos $\rightarrow 1$
- P_1 = Proporción hipotética de exposición entre los casos $\rightarrow 0,261$
- P_2 = Proporción hipotética de exposición entre los controles $\rightarrow 0,105$
- \hat{p} = Proporción mancomunada $\rightarrow 0,183$

Reemplazando los valores establecidos en la fórmula se obtiene lo siguiente:

$$n = \frac{(1,96\sqrt{(1+1) \times 0,183 \times (1-0,183)} + 0,842\sqrt{1 \times 0,261 \times (1-0,261) + 0,105(1-0,261)})^2}{1 \times (0,261 - 0,105)^2}$$
$$n = 96$$

Luego de realizar los cálculos respectivos se obtuvo la investigación trabajaría con una muestra conformada por 96 casos y 96 controles; la muestra total fue de 192 pacientes.

3.3 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Tomando en cuenta una literatura previa, se elaboró una **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**, que antes de ejecutarlo ha sido verificado correctamente por especialistas, ellos ayudaron a la suma de información y conocimientos para la mejoría de la investigación, respaldando así una debida información. El instrumento fue ejecutado por el investigador realizando una revisión muy amplia y exhaustiva de las historias clínicas en

donde se obtuvo información sobre las variables estudiadas referentes al aborto; el instrumento consta de 14 ítems. (**Ver anexo 2**).

3.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

- El estudio inició con la aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista (CIEI-USPJB).
- Luego se procedió a realizar las coordinaciones correspondientes con el Hospital Santa María del Socorro para que se presente el proyecto de investigación y se autorice su ejecución; asimismo, se brinde la autorización para el acceso a las fuentes de información necesarias.
- A continuación, se coordinó con el servicio de estadística para obtener el listado de historias clínicas de las pacientes que cumplían los criterios de elegibilidad para cada subpoblación.
- Se procedió a coordinar con el responsable del archivo para tener acceso a las historias clínicas de las pacientes seleccionadas.
- Se realizó el levantamiento de datos a través del instrumento.
- Las fichas de recolección llenadas fueron almacenadas en un archivador para su posterior digitalización y análisis.
- Se tabulará las fichas en el software informático Microsoft Excel 2016 para crear la base de datos con la que se realizará un estudio estadístico.
- Posteriormente toda la información recopilada fue exportada al software estadístico R Studio, donde todo lo manifestado fue examinado en base a análisis estadísticos.
- Los resultados del estudio estadístico serán mostrados en tablas y/o gráficos que faciliten su deducción y entendimiento.

3.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

A continuación, detallaremos los siguientes análisis estadísticos:

3.5.1 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS:

En el presente estudio se describe que, de acuerdo con los tipos de variables consideradas en el trabajo, con respecto a las variables cualitativas se efectuara una distribución por frecuencia. Por el otro lado con respecto a las variables cuantitativas se emplearán dos tipos de medida, que son medidas de tendencia central y las medidas de dispersión como es la desviación estándar.

3.5.2 ESTADÍSTICAS ANALÍTICAS:

Describimos que para probar que la edad, el N° de embarazos, el N° de abortos, el N° de controles prenatales y la edad gestacional están asociada al aborto se utilizará la prueba de T de student. Asimismo, para probar que el nivel de instrucción, estado civil, ocupación, hábitos nocivos, procedencia, el tipo de aborto y el método utilizado para el aborto está asociado con el aborto se utilizará la prueba del X^2 .

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue presentado y debidamente evaluada por el comité de ética de la UPSJB, debido a que el trabajo no involucra un trato con pacientes por ser de carácter retrospectivo no se requerirá un consentimiento informado. Asimismo, toda la información obtenida de las historias clínicas fue tratada con total cuidado y confidencialidad para mantenernos enmarcados dentro de los principios éticos acordados plasmados en el Informe de Belmont.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N°1: Características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – Perú, durante el periodo del 2018.

Características sociodemográficas	Frecuencia (n=192)	
	N	%
Edad(promedio)	27,16 (DE±6,617)	
Nivel de instrucción		
Analfabeta	3	1,4
Primaria	15	7,0
Secundaria	138	64,8
Superior	36	16,9
Estado Civil		
Soltera	44	20,7
Conviviente	130	61,0
Casada	17	8,0
Viuda	1	0,5
Procedencia		
Ica	192	100,0
Otros	0	0,0
Ocupación		
Ama de casa	135	63,4
Estudiante	34	16,0
Comerciante	12	5,6
Profesional	11	5,2
Consumo de alcohol		
Ausente	188	88,3
Presente	4	1,9

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Santa María Del Socorro, 2018.

INTERPRETACIÓN: En relación con la edad se encontró un promedio de las participantes fue de 27,1 años, teniendo la mayor parte un nivel de instrucción secundaria con 64,8% y un estado civil de convivencia con 61,0%. La totalidad de la muestra provino de Ica y el 63,4% se dedicó a ser ama de casa, además, el 1,9% consumió alcohol.

TABLA N°2: Características gineco-obstétricas para el aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el Hospital SMSI – Perú, durante el periodo del 2018.

Características gineco-obstétricas	Frecuencia (n=192)	
	N	%
Cantidad de embarazos(promedio)	1,96(DE±1,048)	
Edad gestacional(promedio)	22,30(DE±9,810)	
Controles prenatales (promedio)	3,65(DE±2,304)	
Cantidad de abortos		
Ninguno	96	45,1
1 aborto	83	39,0
2 abortos	13	6,1
Tipo de aborto		
Ninguno	96	45,1
Completo	14	6,6
Incompleto	73	34,3
Inevitable	5	2,3
Frustrado	3	1,4
Séptico	1	0,5
Método utilizado para el aborto		
Ninguno	188	88,3
MVA	1	0,5
Medicamentos	3	1,4

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Santa María Del Socorro, 2018.

INTERPRETACIÓN: En relación con el número de embarazos previos fue de casi 2 por cada participante en promedio, además, la edad gestacional y el número de controles prenatales medios fue de 22,3 y 3,6 respectivamente. Por otra parte, el 39,0% tuvo 1 aborto previo y el 6,1% tuvo 2 previos, donde el 34,3% fue de tipo incompleto. Finalmente, el 1,4% utilizó un método abortivo mediado por medicamentos.

TABLA N°3: Riesgo de las características sociodemográficas para el aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018.

Características sociodemográficas	Aborto				Total		Odds ratio (IC 95%)
	Ausente		Presente		N	%	
	N	%	N	%			
Edad							
Menor a 30	61	31,8	62	32,3	123	64,1	0,956 (0,530-1,724)
De 30 a más	35	18,2	34	17,7	69	35,9	
Nivel de instrucción							
Primaria-Secundaria	84	45,2	66	35,5	150	80,6	3,309 (1,491-7,345)
Superior	10	5,2	26	14,0	36	19,4	
Estado civil							
Soltera	26	13,6	18	9,4	44	23,0	1,589 (0,803-3,144)
Conviviente-casada	70	36,6	77	40,3	147	77,0	
Ocupación							
Sin empleo	88	45,8	81	42,2	169	88,0	2,037 (0,820-5,059)
Con empleo	8	4,2	15	7,8	23	12,0	
Consumo de alcohol							
Ausente	92	47,9	96	50,0	188	97,9	0,489 (0,423-0,566)
Presente	4	2,1	0	0,0	4	2,1	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Santa María Del Socorro, 2018.

INTERPRETACIÓN: Se evidenció que el nivel de instrucción aumentaba 3 veces el riesgo de padecer un aborto, mientras que el estado civil y la ocupación aumentaban el riesgo en 1,5 y 2 veces respectivamente, por otra parte, la edad y el consumo de alcohol no mostraron variar el riesgo del evento.

TABLA N°4: Riesgo de las características gineco-obstétricas para aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el Hospital SMSI– Perú, durante el periodo del 2018.

Características gineco-obstétricas	Aborto				Total		Odds ratio (IC 95%)
	Ausente		Presente		N	%	
	N	%	N	%			
Número de embarazos							
Menor a 3	69	35,9	79	41,1	148	77,1	0,550 (0,277-1,094)
De 3 a más	27	14,1	17	8,9	44	22,9	
Edad gestacional							
Menor a 38							17,593
De 38 a más	95	49,5	81	42,2	176	91,7	(2,274-136,089)
	1	0,5	15	7,8	16	8,3	
Control prenatal							
Ausente							2,524 (2,083-3,058)
Presente	33	17,2	0	0,0	33	17,2	
	63	32,8	96	50,0	159	82,8	
Método utilizado para el aborto							
Ninguno							0,489 (0,423-0,566)
Medicamentos	92	47,9	96	50,0	188	97,9	
	4	2,1	0	0,0	4	2,1	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Santa María Del Socorro, 2018.

INTERPRETACIÓN: En las participantes, la edad gestacional menor a 38 semanas aumento el riesgo de aborto en hasta 17 veces, mientras que la ausencia de controles prenatales elevó el riesgo en hasta 2,5 veces, por otra parte, el número de embarazos y el método utilizado en abortos previos no modificó el riesgo.

TABLA N°5: Riesgo del historial médico para aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018.

Historial médico	Aborto				Total		Odds ratio (IC 95%)
	Ausente		Presente		N	%	
	N	%	N	%			
Diabetes Mellitus							
Ausente	91	47,4	94	49,0	185	96,4	0,387 (0,073-2,047)
Presente	5	2,6	2	1,0	7	3,6	
HTA							
Ausente	92	47,9	94	49,0	186	96,9	0,489 (0,087-2,737)
Presente	4	2,1	2	1,0	6	3,1	
Hemorragias							
Ausente	83	43,2	93	48,4	176	91,7	0,206 (0,057-0,748)
Presente	13	6,8	3	1,6	16	8,3	
Anemia							
Ausente	82	42,7	89	46,4	171	89,1	0,461 (0,177-1,198)
Presente	14	7,3	7	3,6	21	10,9	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Santa María Del Socorro, 2018.

INTERPRETACIÓN. Se observó que el historial médico no aumentaba significativamente el riesgo de aborto en las participantes, siendo la Hipertensión Arterial y la Anemia las que obtuvieron el valor más alto en el Odds ratio con 0,489 y 0,461 respectivamente.

4.2 DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio destacan una edad promedio de 27,16 años con grado de instrucción secundaria (64,8%), estado civil conviviente (61,0%), procedentes de Ica (100,0%), de ocupación ama de casa (63,4%) y que consumían alcohol (88,3%). Con respecto a las características gineco-obstétricas destacan antecedentes de ningún aborto (45,1%), sin ningún tipo de aborto (45,1%) seguido de tipo incompleto (34,3%), sin métodos para el aborto (88,3%) seguido de uso de medicamentos (1,4%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre aborto y nivel de instrucción, estado civil y ocupación; pero no con edad y consumo de alcohol, en los factores sociodemográficos. Con respecto a los gineco-obstétricos, se halló relación entre aborto y edad gestacional menor a 38 semanas y ausencia de controles prenatales; pero no con número de embarazos y abortos previos. Tampoco se evidenció asociación de aborto y comorbilidades.

Du Fossé *et al*⁽⁶⁰⁾ identificó a la edad materna avanzada como un factor de riesgo para el aborto. Mientras que, en el presente estudio, la edad no fue significativa. Strumpf *et al*⁽⁶¹⁾ encontró que el uso de medicación para evitar la concepción y presencia de altas morbilidades, se asociaron estadísticamente con el aborto. Woolner *et al*⁽⁶²⁾ halló que el antecedente familiar de aborto predispuso a las mujeres un riesgo de aborto. Por el contrario, los resultados del presente estudio no se encontró asociación entre antecedente de aborto y aborto. Cavalcante *et al*⁽⁶³⁾ encontró que el sobrepeso y la obesidad se comportaron como factores de riesgo nutricionales para el desarrollo de aborto. Ippolito *et al*⁽⁶⁴⁾ que las mujeres expuestas a situaciones de alta demanda de estrés tuvieron mayor propensión a sufrir de un aborto. Dickson, Adde & Ahinkorah⁽⁶⁵⁾ determinaron que asociación entre aborto y grado de instrucción primaria ($p < 0,05$), grupo etario mayor ($p < 0,05$), pertenecer a una religión cristiana ($p < 0,05$) y sin oficio ($p < 0,05$). Al igual que en el presente estudio, donde se halló relación con grado de instrucción, estado civil y ocupación.

Fukuta *et al*⁽⁶⁶⁾ encontró que la cirugía para extirpar pólipos, pólipos mayores de 12mm y pólipos deciduales, se asociaron con el desarrollo de aborto. Oliveira *et al*⁽⁶⁷⁾ halló que la edad materna superior a 25 años ($p < 0,05$) y nivel de instrucción bajo ($p < 0,05$) fueron factores de riesgo sociodemográficos asociados a aborto. En el presente estudio, solo hubo asociación con el grado de instrucción más no con la edad. Saavedra, Schiavon & Darney⁽⁶⁸⁾ identificó que mujeres con antecedentes de aborto ($p < 0,05$), vivían con sus padres ($p < 0,05$) o convivían con una pareja de grado de instrucción superior ($p < 0,05$) se asociaron como factores de riesgo sociodemográficos para el aborto. Al contrario del presente trabajo, donde el antecedente de aborto no tuvo asociación significativa.

Megersa *et al* determinó que los factores sociodemográficos como estado civil soltera ($p < 0,05$), grado de instrucción primaria ($p < 0,05$), vida sexual entre los 15 a 19 años ($p < 0,05$) y tener dos hijos ($p < 0,05$), se asociaron con aborto. De misma forma, en los resultados del presente estudio que tuvieron asociación con el estado civil y grado de instrucción, pero no con número de gestaciones.⁽⁶⁹⁾

El objetivo del presente estudio fue demostrar la asociación de factores de riesgo sociodemográficos, gineco-obstétricos y médicos, con el desarrollo de aborto en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2019. El diseño de investigación fue de tipo observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo de corte transversal. La muestra fue estadísticamente significativa por lo que los resultados pueden extrapolarse a otra población que cumpla las mismas características que las pacientes del presente estudio.

La limitación del estudio se basa en las limitaciones propias de los estudios retrospectivos, es decir, sobre el adecuado llenado de las historias clínicas para conocer datos más precisos, de mismo modo, no hay manera como medir dicho parámetro de veracidad. Por otro lado, la pandemia por el COVID-

19 pone límites para el llenado adecuado de la información que se solicita, cabe la posibilidad que se hayan omitido datos durante el tiempo de recolección hasta el periodo actual, lo que generaría sesgos en los resultados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se encontró que el nivel de instrucción, el estado civil y la ocupación, fueron factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro durante el periodo 2018.
- Se determinó que la edad gestacional menor a 38 semanas y la falta de controles prenatales, fueron factores de riesgo gineco-obstétricos asociados al aborto en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro durante el periodo 2018.
- No se halló relación estadísticamente significativa entre el historial médico y el aborto en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro durante el periodo 2018.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las pacientes adultas jóvenes con un grado de instrucción de nivel secundaria, siendo el grupo más afectado, que recurran a un establecimiento más cercano o algún establecimiento en la que tengan acceso y se les brinde información sobre planificación familiar para evitar embarazos no deseados.
- En las pacientes con un estado civil de convivencia, siendo esto en la gran mayoría de casos es un factor determinante por lo que se recomienda una formalización legal, para evitar inestabilidad familiar.
- Se recomienda al personal de salud un seguimiento riguroso de las pacientes, con respecto a los controles prenatales, para que puedan seguir un embarazo normal sin complicaciones.
- Se recomienda al personal de salud poner énfasis y más cuidado en aquellas mujeres con menos de 38 semanas de gestación y estar al pendiente de factores de riesgo que puedan provocar un aborto.
- Se recomienda al personal de salud la realización de charlas preventivo-promocionales para las embarazadas e intentar disminuir la incidencia del aborto.
- Se recomienda a las embarazadas acudir a todos sus controles prenatales y a las charlas que realicen los personales de salud, para de ese modo estar al cuidado de algún tipo de sintomatología que se asocie a amenaza de aborto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rollero MB. Las interrupciones del embarazo en la práctica obstétrica: recurso terapéutico vs aborto provocado. *Acta Bioeth* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2021 Jun 22];22(2):169–78. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200003
2. Goodarzi P, Falahzadeh K, Aghayan H, Payab M, Larijani B, Alavi-Moghadam S, et al. Therapeutic abortion and ectopic pregnancy: alternative sources for fetal stem cell research and therapy in Iran as an Islamic country. Vol. 20, *Cell and Tissue Banking*. Springer Netherlands; 2019. p. 11–24.
3. Udoh A, Effa EE, Oduwole O, Okusanya BO, Okafo O. Antibiotics for treating septic abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jul;2016(7).
4. Reyes C, Gavilán O, Mallma T. Aborto terapéutico en el Perú: Una revisión sobre el enfoque actual. . *Rev méd panacea* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 22];7(2):74–7. Available from: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/31/31>
5. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Apr 13];8(9):e1152–61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20303156>
6. Brandy Lozano Pilco. Prevalencia de Aborto incompleto en mujeres de 15 - 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016. [Internet]. [Loreto]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana ; 2017 [cited 2021 Jun 22]. Available from: https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/4852/Brandy_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Jackson Alexander Sandoval Angulo. Prevalencia de aborto en usuarias atendidas en el centro de salud I-4 Santa Clotilde - Rio Napo entre enero y setiembre del 2017. [Internet]. [Loreto]: Universidad Científica del Perú; 2017 [cited 2021 Jun 22]. Available from: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/442/SANDOVAL-1-Trabajo-Prevalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Choquecota J. Factores asociados con la amenaza de aborto en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Moquegua, enero – junio 2019 [Internet]. [Trujillo]: Universidad César Vallejo; 2020 [cited 2021 Jun 21]. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55923/Choquecota_AJD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Calla J. Factores de riesgo para aborto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2020 [cited 2021 Jun 21]. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57851/Calla_AJLL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Adama D, Acosta O, Cruzado S. Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para aborto recurrente en el primer trimestre de embarazo: estudio de casos y controles. Acta Médica Orreguiana Hampi Run [Internet]. 2019 Jan 3 [cited 2021 Jun 21];19(1):63–70. Available from: <http://doi.org/10.22497/ActaMéd.OrreguianaHampiRuna.191.19107>
11. Alva Heidi C, Espínola Fiorella R. Edad materna avanzada como factor de riesgo de aborto recurrente en el hospital belén de Trujillo entre el año 2013-2018. Acta Médica Orreguiana Hampi Run [Internet]. 2019 Jan 3 [cited 2021 Jun 21];19(1):29–41. Available from: <http://doi.org/10.22497/ActaMéd.OrreguianaHampiRuna.191.19103>
12. Quispe M. Factores de riesgo relacionados al aborto espontaneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia Hospital Carlos Monge Medrano 2018. [Internet]. [Juliaca]: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019 [cited 2021 Jun 21]. Available from: http://www.repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/4646/T036_47569770_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Patiño E, Porzio M. Frecuencia de abortos espontáneos en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Clínicas. Med clín soc [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 21];5(2):76–9. Available from: <https://www.medicinaclicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/203/194>
14. How J, Leiva O, Bogue T, Fell GG, Bustoros MW, Connell NT, et al. Pregnancy outcomes, risk factors, and cell count trends in pregnant

- women with essential thrombocythemia. *Leuk Res* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Jun 21];98:106459. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145212620301648>
15. Moradinazar M, Najafi F, Nazar ZM, Hamzeh B, Pasdar Y, Shakiba E. Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study. *J Pregnancy* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 21];2020:8. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2020/4871494/>
 16. Lopez-Hernandez DY, Morales-Martinez MI, Ramos-Contreras GM. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. *Rev Int Salud Matern Fetal* [Internet]. 2020 Dec 31 [cited 2021 Jun 21];5(4). Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/193>
 17. Flores K, Sánchez C. Factores de riesgo de aborto en madres adolescentes [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2019 [cited 2021 Jun 21]. Available from: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/43313/1/CD_2890-FLORES_ALBAN_KARINA_MARIBEL%2C_SANCHEZ_VALENCIA_CECILIA_YANINA.pdf
 18. Shaw D, Norman W V. When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Jun 21];62:49–62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693419300550>
 19. Salas A, Gastón B, Barrenetxea J, Sendino T, Jurado M, Alcázar J. Predictive value of hyperglycosylated human chorionic gonadotropin for pregnancy outcomes in threatened abortion in first-trimester viable pregnancies. *An del Sist Sanit Navarra* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 21];44(1):23–31. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7911241>
 20. Donovan M. Righting the Course: What Congress and the Biden-Harris Administration Must Do for Abortion Access in the United States. *Guttmacher* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 21];24:29–35. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr2402921.p

df

21. Islam N, Furuya-Kanamori L, Mahmood S, Thalib L. Prophylactic antibiotics for preventing genital tract infection in women undergoing surgical procedures for incomplete abortion: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2021 Jun 21];128(8):1273–81. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.16637>
22. Moseson H, Jayaweera R, Raifman S, Keefe-Oates B, Filippa S, Motana R, et al. Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study. *Reprod Health* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jun 21];17(1):164. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01016-4>
23. Dizajmehr SG, Fakari FR, Jahangard S, Rajabi E, Ghasemian M. Is sinus bradycardia a side effect of clindamycin in treatment of septic abortion? A case report. *Jundishapur J Nat Pharm Prod* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2021 Jun 21];15(1):e68865. Available from: <https://sites.kowsarpub.com/jjnpp/articles/68865.html>
24. Mahdavi SA, Jafari A, Azimi K, Dehghanizadeh N, Barzegar A. Therapeutic abortion in Iran: an epidemiologic study of legal abortion in 2 years. *BMC Res Notes* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 21];13(261):6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05098-y>
25. Martínez O, Gonzáles G, Carrasco D, Parodi K. Eficacia del misoprostol como tratamiento en abortos menores a 12 semanas en un Hospital Materno Infantil de Honduras, 2019. *Rev Int Salud Matern Fetal* [Internet]. 2020 Apr 12 [cited 2021 Jun 21];5(1):11–7. Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/147>
26. Mansour L, Alkhuriji A, Babay ZA, Alqadheeb S, Al-Khulaifi F, Al-Talhi R, et al. Association of killer immunoglobulin-like receptor and human leukocyte antigen class I ligand with recurrent abortion in Saudi Women. *Genet Test Mol Biomarkers* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2021 Jun 21];24(2):78–84. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/gtmb.2019.0224>
27. Nayeri T, Sarvi S, Moosazadeh M, Amouei A, Hosseininejad Z, Daryani A. The global seroprevalence of anti-toxoplasma gondii antibodies in women who had spontaneous abortion: A systematic review and meta-

- analysis. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2021 Jun 21];14(3):e0008103. Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008103>
28. Clarke D, Mühlrad H. Abortion laws and women's health. J Health Econ [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 Jun 21];76:102413. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629620310596>
 29. Yousefi M, Mohammadi AA, Yaseri M, Amir C, Mahvi H. Epidemiology of drinking water fluoride and its contribution to fertility, infertility, and abortion: an ecological study in west Azerbaijan province, Poldasht county, iran. Res Rep Fluoride [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 21];50(3):343–53. Available from: <http://fluoridealert.org/wp-content/uploads/yousefi-2017.pdf>
 30. Skuster P. Legal Epidemiology for a Clearer Understanding of Abortion Laws and Their Impact. Temple Law Rev [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 21];92. Available from: <https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/temple92&id=962&div=&collection=>
 31. Dastoorpoor M, Idani E, Goudarzi G, Khanjani N. Acute effects of air pollution on spontaneous abortion, premature delivery, and stillbirth in Ahvaz, Iran: a time-series study. Environ Sci Pollut Res [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Jun 21];25(6):5447–58. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11356-017-0692-9>
 32. Wang L, Yang Y, Liu F, Yang A, Xu Q, Wang Q, et al. Paternal smoking and spontaneous abortion: A population-based retrospective cohort study among non-smoking women aged 20-49 years in rural China. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 Jun 21];72(9):783–9. Available from: <https://jech.bmj.com/content/72/9/783.abstract>
 33. Silva Oliveira MT, Oliveira CNT, da Silva LSC, Braga Martins Oliveira H, Sousa Freire R, Marques LM, et al. Relationship between Mollicutes and spontaneous abortion: An epidemiological analysis . World J Obstet Gynecol [Internet]. 2021 Feb 10 [cited 2021 Jun 21];10(1):1–15. Available from: <https://www.wjgnet.com/2218-6220/full/v10/i1/1.htm?s=qc>
 34. Diao J, Luo L, Li J, Zhang S, Li Y, Qin J. Maternal homocysteine and

- folate levels and risk of recurrent spontaneous abortion: A meta-analysis of observational studies. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jun 21];46(12):2461–73. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.14500>
35. Bogan M, Al B, Kul S, Zengin S, Oktay M, Sabak M, et al. The effects of desert dust storms, air pollution, and temperature on morbidity due to spontaneous abortions and toxemia of pregnancy: 5-year analysis. *International Journal of Biometeorology* [Internet]. 2021 Apr 7 [cited 2021 Jun 21];1–7. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00484-021-02127-8>
 36. Gibbs SE, Oakley LP, Harvey SM. Development and validation of a claims-based measure of abortion services. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Jun 21];26(5):1383–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.13315>
 37. GÜRBÜZ T, TANRIDAN OKÇU N. Hematolojik Parametrelerin Geçikmiş Düşük Etiyolojisindeki Rolü. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg* [Internet]. 2020 Oct 27 [cited 2021 Jun 21];18(1):691–5. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/jgon/issue/61171/751162>
 38. Baser E, Kırmlız DA, Turksoy VA, Onat T, Çaltekin MD, Kara M, et al. Environmental Exposures in the Etiology of Abortion: Placental Toxic and Trace Element Levels. *Z Geburtshilfe Neonatol* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jun 21];224(6):339–47. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1263-1698>
 39. Demontigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Coté I. Protective and risk factors for women’s mental health after a spontaneous abortion. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 Sep 7 [cited 2021 Jun 21];28:1–11. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XYnPPrJZzwN3zBynRHHQ4NN/?lang=es>
 40. Villalba A, Sánchez M. Maternal Mortality in Paraguay tendencies and risk factors: 2004-2015. *Eur J Public Health* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Jun 21];30(5). Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/30/Supplement_5/ckaa166.292/5915087
 41. Sevinç F, Oskovi-Kaplan ZA, Çelen Ş, Ozturk Atan D, Topçu HO. Identifying the risk factors and incidence of Asherman Syndrome in

- women with post-abortion uterine curettage. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Jun 21];47(4):1549–55. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.14667>
42. Hinkosa L, Tamene A, Gebeyehu N. Risk factors associated with hypertensive disorders in pregnancy in Nekemte referral hospital, from July 2015 to June 2017, Ethiopia: Case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 Jan 6 [cited 2021 Jun 21];20(1):1–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-019-2693-9>
 43. Yap M, Debenham L, Kew T, Chatterjee SR, Allotey J, Stallings E, et al. Clinical manifestations, prevalence, risk factors, outcomes, transmission, diagnosis and treatment of COVID-19 in pregnancy and postpartum: A living systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Dec 2 [cited 2021 Jun 21];10(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7712931/>
 44. Xiao J, Zhang C, Zhang Y, Zhao F, Yang J, Li G, et al. Ultrasonic manifestations and clinical analysis of 25 uterine rupture cases. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Jun 21];47(4):1397–408. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.14666>
 45. Meichen Y, Jing F, Lingyun Z, Jianwei Z. Two cases of angular pregnancy with incomplete abortion treated with hysteroscopy: a case report and review of literature. *BMC Surg* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Jun 21];21(1):1–6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12893-021-01077-7>
 46. Alves C, Rapp A. Spontaneous Abortion (Miscarriage) [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020 [cited 2021 Jun 21]. 1–11 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>
 47. Vafaei H, Ajdari S, Hessami K, Hosseinkhani A, Foroughinia L, Asadi N, et al. Efficacy and safety of myrrh in patients with incomplete abortion: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical study. *BMC Complement Med Ther* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 21];20(145):8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02946-z>
 48. Mojgan M, Monajemi A, Yaghmaei M. Clinical Narratives: Bridging the Gap between Medical Texts and Clinical Practice | International Journal of Body, Mind and Culture. *Int J Body, Mind Cult* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 21];7(3):119–25. Available from:

<https://ijbmc.org/index.php/ijbmc/article/view/268>

49. Kukielka E. An Analysis of Patient Safety Events Submitted by Abortion Facilities in Pennsylvania 2017–2019. *Patient Saf* [Internet]. 2020 Dec 17 [cited 2021 Jun 21];2(4):62–71. Available from: <https://patientsafetyj.com/index.php/patientsaf/article/view/abortion-facilities-analysis>
50. Tolmacheva EN, Kashevarova AA, Nazarenko LP, Minaycheva LI, Skryabin NA, Lopatkina ME, et al. Delineation of clinical manifestations of the inherited xq24 microdeletion segregating with sxc1 in mothers: Two novel cases with distinct phenotypes ranging from ube2a deficiency syndrome to recurrent pregnancy loss. *Cytogenet Genome Res* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Jun 21];160(5):245–54. Available from: <https://www.karger.com/Article/Abstract/508050>
51. Kaluarachchi A, Tissera S, Jayatilleke A, Suranga S, Guest P, Srinivasan K, et al. Service provider perceptions of the trend in severity of symptoms and complications in women admitted following an incomplete abortion. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 21];7(6):1521. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6293891/>
52. Makenzius M, Oguttu M, Klingberg-Allvin M, Gemzell-Danielsson K, Odero TMA, Faxelid E. Post-abortion care with misoprostol-equally effective, safe and accepted when administered by midwives compared to physicians: A randomised controlled equivalence trial in a low-resource setting in Kenya. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Jun 21];7(10):16157. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016157.abstract>
53. Barnhart KT, Simhan H, Kamelle SA. Diagnostic accuracy of ultrasound above and below the beta-hCG discriminatory zone. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1999 Oct 1 [cited 2021 Jun 21];94(4):583–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029784499003476>
54. Kalogiannidis I, Tsakiridis I, Dagklis T, Kapetanios G, Mamopoulos A, Athanasiadis A. Comparison of the efficacy and safety of two combined misoprostol regimens for second trimester medical abortion. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 21];26(1):42–7. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625187.2020.1830966>

55. Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2021 Jun 21];126(1):S52–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729214001532>
56. Singh S, Hussain R, Shekhar C, Acharya R, Stillman M, Moore AM. Incidence of treatment for postabortion complications in India, 2015. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2020 Jul 19 [cited 2021 Jun 21];5(7):2372. Available from: <https://gh.bmj.com/content/5/7/e002372.abstract>
57. Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Heal* [Internet]. 2021 Feb 4 [cited 2021 Jun 21];0:1–6. Available from: https://srh.bmj.com/content/early/2021/02/04/bmj.srh-2020-200976?utm_campaign=bmj.srh&utm_content=consumer&utm_medium=cpc&utm_source=trendmd&utm_term=usage-042019
58. Baldwin MK, Bednarek PH, Russo J. Safety and effectiveness of medication and aspiration abortion before or during the sixth week of pregnancy: A retrospective multicenter study. *Contraception* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Jun 21];102(1):13–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782420301074>
59. Cai Y, Huang H, Zhai J, Feng B. Clinical Observation of Misoprostol before and after Painless Induced Abortion. *Pharmacol & Pharm* [Internet]. 2021 May 31 [cited 2021 Jun 21];12(5):91–9. Available from: <https://www.scirp.org/journal/doi.aspx?doi=10.4236/pp.2021.125009>
60. du Fossé NA, van der Hoorn MLP, van Lith JMM, le Cessie S, Lashley EELO. Advanced paternal age is associated with an increased risk of spontaneous miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Jun 21];26(5):650–69. Available from: <https://academic.oup.com/humupd/article/26/5/650/5827629>
61. Strumpf E, Lang A, Austin N, Derksen SA, Bolton JM, Brownell MD, et al. Prevalence and clinical, social, and health care predictors of

- miscarriage. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Jun 21];21(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03682-z>
62. Woolner AMF, Nagdeve P, Raja EA, Bhattacharya S, Bhattacharya S. Family history and risk of miscarriage: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jun 21];99(12):1584–94. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13940>
 63. Cavalcante MB, Sarno M, Peixoto AB, Araujo Júnior E, Barini R. Obesity and recurrent miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2021 Jun 21];45(1):30–8. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.13799>
 64. Ippolito AC, Seelig AD, Powell TM, Conlin AMS, Crum-Cianflone NF, Lemus H, et al. Risk Factors Associated with Miscarriage and Impaired Fecundity among United States Servicewomen during the Recent Conflicts in Iraq and Afghanistan. *Women's Heal Issues* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2021 Jun 21];27(3):356–65. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1049386716304078>
 65. Dickson KS, Adde KS, Ahinkorah BO. Socio - economic determinants of abortion among women in Mozambique and Ghana: Evidence from demographic and health survey. *Arch Public Heal* [Internet]. 2018 Jul 19 [cited 2021 Jun 21];76(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0286-0>
 66. Fukuta K, Yoneda S, Yoneda N, Shiozaki A, Nakashima A, Minamisaka T, et al. Risk factors for spontaneous miscarriage above 12 weeks or premature delivery in patients undergoing cervical polypectomy during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 Jan 9 [cited 2021 Jun 21];20(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2710-z>
 67. Oliveira MTS, Oliveira CNT, Marques LM, Souza CL, Oliveira MV. Factors associated with spontaneous abortion: A systematic review. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Jun 21];20(2):361–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
 68. Saavedra-Avendano B, Schiavon R, Darney BG. Relationship Between

Abortion at First Pregnancy and Live Births by Young Adulthood: A Population-Based Study Among Mexican Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2021 Jan 21 [cited 2021 Jun 21]; Available from: [sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1083318821000097](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1083318821000097)

69. Megersa BS, Ojengbede OA, Deckert A, Fawole OI. Factors associated with induced abortion among women of reproductive age attending selected health facilities in Addis Ababa, Ethiopia: A case control study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020 Sep 3 [cited 2021 Jun 21];20(1):1–11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-020-01023-4>

ANEXOS

ANEXO 01: CUADRO DE OPREACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

ALUMNO: María Pía Martínez Alcántara

ASESOR: Dr. Pinto Oblitas Joseph

LOCAL: Ica-Perú

TEMA: Variables Asociadas del aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco-Obstetricia en el Hospital Santa María del Socorro – durante el periodo del 2018.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nombre de la variable	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Características sociodemográficas	No aplica	Edad	Cuantitativa discreta	Escala de razón	<ul style="list-style-type: none">• Número de años
		Nivel de instrucción	Cualitativa politómica	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none">• Primaria• Secundaria• Superior
		Estado civil	Cualitativa politómica		<ul style="list-style-type: none">• Soltera• Conviviente• Casada
		Procedencia	Cualitativa dicotómica		<ul style="list-style-type: none">• Ica• Otros

		Ocupación	Cualitativa dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Con empleo • Sin empleo
		Consumo de alcohol	Cualitativa dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
Características gineco-obstétricas	No aplica	Número de embarazos	Cuantitativa discreta	Escala de razón	<ul style="list-style-type: none"> • Número de embarazos
		Edad gestacional	Cuantitativa discreta	Escala de razón	<ul style="list-style-type: none"> • Número de semanas
		Controles prenatales	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con controles prenatales • Sin controles prenatales
		Número de abortos	Cuantitativa discreta	Escala de razón	<ul style="list-style-type: none"> • Número de abortos
		Tipo de aborto	Cualitativa politómica	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Inducido • Espontáneo • Terapéutico
		Método utilizado para el aborto	Cualitativa dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Farmacológico • Quirúrgico
Historial médico	No aplica	Hipertensión arterial	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
		Hemorragias	Cualitativa dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
		Diabetes mellitus	Cualitativa dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
		Anemia	Cualitativa dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente

VARIABLE DEPENDIENTE:

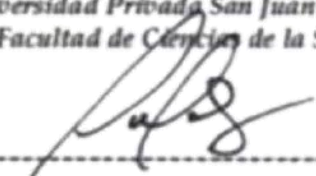
Aborto	No aplica	Presencia de aborto	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none">• Presente• Ausente
---------------	-----------	---------------------	------------------------	----------------	--



.....
Dr. Pinto Oblitas Joseph
ASESOR



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud



.....
Mg. JOSE LUIS CORDOVA TELLO

.....
DR. José Luis Córdova Tello
ESTADÍSTICO

ANEXO 02: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO: Variables Asociadas del aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco-Obstetricia en el Hospital Santa María del Socorro – durante el periodo del 2018.

AUTOR: María Pía Martínez Alcántara

FECHA:

FICHA DE RECOLECCIÓN DATOS

Ficha de Recolección de Datos N° Ficha..... N° H.C.....

Factores sociodemográficos

1. Edad Materna (en años)

≤ 30 años	()
> 30 años	()

2. Nivel de Instrucción

- a) () Primaria
- b) () Secundaria
- c) () Superior

3. Estado Civil

- d) () Soltera
- e) () Casada
- f) () Conviviente

4. Zona de procedencia

- g) () Ica
- h) () Otros

5. Consumo de alcohol

- i) () Presente
- j) () Ausente

6. Ocupación

- k) () Con empleo
- l) () Sin empleo

Características gineco-obstétricas e historial médico

7. Número de embarazos:

- _____
- m) ≤ 3 ()
 - n) > 3 ()

8. Edad gestacional

- o) ≤ 38 semanas ()
- p) >38 semanas ()

Controles prenatales: N° de controles: ()		
<input type="checkbox"/> Con controles	<input type="checkbox"/> Sin controles	
Número de abortos: N° de abortos: ()		
Tipo de aborto		
<input type="checkbox"/> Inducido	<input type="checkbox"/> Espontaneo	<input type="checkbox"/> Terapéutico
Método utilizado de aborto		
<input type="checkbox"/> Farmacológico	<input type="checkbox"/> Quirúrgico	
Diabetes mellitus Valores de glucosa: ()		
<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Hipertensión arterial Valores de presión arterial ()		
<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Hemorragias		
<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Anemias Valores de hemoglobina ()		
<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Aborto		
<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	

ANEXO 03: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I.-DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: DR. Pinto Oblitas Joseph

1.2 Cargo e institución donde labora: UPSJB

1.3 Tipo de experto: Metodológico Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Variables Asociadas del Aborto en pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro – Durante El Periodo 2018

1.5 Autora del instrumento: Martínez Alcántara María Pía

ii.ASPECTOS DE VALIDACION:

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 la mortalidad neonatal.					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 asociados a la mortalidad neonatal.					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.					X

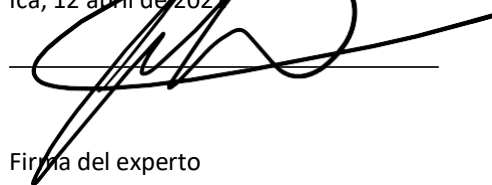
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....APLICABLE.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

950/0

Ica, 12 abril de 2021



Firma del experto

D.N.I....40055154
TELEFONO: 984322395

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I.-DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: DR. Jorge Luis Ybaseta Medina

1.2 Cargo e institución donde labora: GINECOLOGO DEL HSMS

1.3 Tipo de experto: Metodológico Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Variables Asociadas del Aborto en pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro – Durante El Periodo 2018

1.5 Autora del instrumento: Martínez Alcántara María Pía

ii.ASPECTOS DE VALIDACION:

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 la mortalidad neonatal.					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 asociados a la mortalidad neonatal.					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.					X

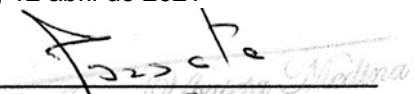
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....APLICABLE.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

95%

Ica, 12 abril de 2021


 Firma del Experto
 D.N.I Nº: _____
 Teléfono: _____
GINECOLOGO - OBSTETRA
 DOCTOR EN MEDICINA
 C.M. 27345 R.N.E. N° 14383

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I.-DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: DR. José Luis Córdova Tello

1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE EPMH - UPSJB

1.3 Tipo de experto: Metodológico Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Variables Asociadas del Aborto en pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro – Durante El Periodo 2018

1.5 Autora del instrumento: Martínez Alcántara María Pía

ii.ASPECTOS DE VALIDACION:

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 la mortalidad neonatal.					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 asociados a la mortalidad neonatal.					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.					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....APLICABLE.....

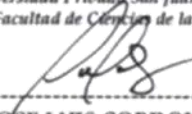
IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

87 %

Ica, 12 abril de 2021



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud



 Mg. JOSE LUIS CORDOVA TELLO

Firma del experto

D.N.I.....

ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: María Pía Martínez Alcántara

ASESOR: Dr. Pinto Oblitas Joseph

LOCAL: Ica

TEMA: Variables Asociadas del aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco-Obstetricia en el Hospital Santa María del Socorro – durante el periodo del 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
General: ¿Cuáles son las variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital Santa María Del Socorro durante el periodo 2018?	General: Demostrar las variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018.	General: Existen variables de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018. Específicos:	Variables de Independiente Factores sociodemográficos Indicadores: - Edad - Nivel de instrucción - Estado civil - Ocupación - Consumo de alcohol

<p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia en el Hospital</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE1: Determinar las características sociodemográficas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018.</p> <p>OE 2: Determinar las características gineco-obstétricas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco –</p>	<p>HE 1: Si existen características sociodemográficas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.</p> <p>HE 2: Si existen características gineco-obstétricas de riesgo asociadas al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.</p> <p>HE 3: Si existen riesgo asociado al aborto según el historial médico de pacientes atendidas en el departamento Gineco –</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procedencia <p>Factores Gineco – Obstétricos</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de embarazos - Edad gestacional - Controles prenatales - Número de abortos - Método utilizado para el aborto. <p>Historial médico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Hemorragias - Anemias
---	---	--	---

<p>Santa María Del Socorro durante el periodo 2018?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles es el historial médico de riesgo asociado al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco-Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018?</p>	<p>Obstetricia en el HSMSI– Perú, durante el periodo del 2018.</p> <p>OE 3: Determinar el historial médico de riesgo asociado al aborto en pacientes atendidas en el departamento Gineco – Obstetricia en el HSMSI – Perú, durante el periodo del 2018.</p>	<p>Obstetricia en el HSMSI durante el periodo del 2018.</p>	<p>Variables de Dependiente</p> <p>Indicadores:</p> <p>Aborto</p>
<p>DISEÑO METODOLÓGICO</p>	<p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p>	<p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p>	
<p>Nivel de investigación:</p> <p>Estudio de nivel Analítico</p> <p>Tipo de Investigación:</p>	<p>Población:</p> <p>El trabajo de investigación se realizó en el HSMSI, teniendo en cuenta como ubicación al departamento de Ica, que se</p>	<p>Técnica de análisis de datos:</p> <p>Cuando se realizó este trabajo de investigación, se emitió un documento a la dirección general del HSMSI solicitando un acceso a las historias clínicas (HC). Posteriormente al tener una respuesta aprobatoria de la</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Es analítico por el número de variables propuestas. - Es transversal por tipo de mediciones de las variables. - Es retrospectivo pues datos recopilados serán de los años 2017-2018. - Es observacional porque en nuestro rol de investigador no se intervendrá en el control de las variables. 	<p>encuentra al centro oeste del país. Cuenta con 850 000 habitantes de acuerdo con el censo. Podemos describir que la población correspondiente a estudio fue específicamente todas las mujeres que han asistido al servicio de Ginecología y Obstetricia del HSMSI, para su correspondiente atención, que fue durante el periodo del 2018, Basándose en el reporte del servicio de estadística, este departamento atendió a 1576 gestantes y se han reportado 166 abortos en dicho periodo.</p> <p>Criterios de inclusión</p>	<p>dirección general, se solicitó al encargado del área de estadística los números de HC de los neonatos requeridos para esta investigación. Seguidamente se solicitó al encargado de archivo de dichas HC, para poder recopilar toda la información necesaria y plasmar los datos requeridos en la ficha de recolección de datos. Una vez terminado este proceso todos los datos contenidos en dicha ficha, fueron trasladados a una base de datos de Exel. Posteriormente toda la información recopilada fue exportada al software estadístico R-Sudio, donde todo lo manifestado fue examinado en base a análisis estadísticos.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
--	--	---

	<p>Mujeres que han asistido al servicio de Gineco-obstetricia del HSMSI durante el periodo del 2018.</p> <p>Mujeres con o sin antecedentes de aborto.</p> <p>Mujeres que se atendieron en el lapso del año 2018.</p> <p>Mujeres con al menos 1 control prenatal.</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>Mujeres con historial de patologías neoplásicas.</p> <p>Mujeres con historial de infección durante la gestación.</p> <p>Mujeres con residencia principal fuera del Perú.</p> <p>Mujeres que han sufrido abortos a raíz de algún traumatismo</p>	
--	--	--

	<p>- Muestra:</p> <p>Debido a la amplia dimensión de la población a investigar se ha establecido estudiar a una muestra para ambas subpoblaciones. Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula para estudios con diseños de casos y controles.</p> <p>Luego de realizar los cálculos respectivos se obtuvo la investigación trabajaría con una muestra conformada por 96 casos y 96 controles; la muestra total fue de 192 pacientes.</p>	
--	---	--

--	--	--

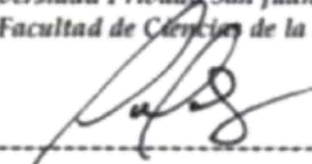


.....

Dr. Pinto Oblitas Joseph
ASESOR



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud



Mg. JOSE LUIS CORDOVA TELLO

.....

Dr. José Luis Córdova Tello
ESTADÍSTICO

