



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICION
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y GINECO-
OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO
EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
HUAYCAN, 2017.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

AUTOR:

Bach. SANTISTEBAN CHAPOÑAN MARIA ALEJANDRA

LIMA – PERU

2018

ASESOR DE TESIS

.....
Dr. GÓMEZ GONZALES WALTER

JURADO EXAMINADOR

DRA. BARRETO MUNIVE MARCELA ROSALINA

Presidente

MG. AYALA PERALTA FELIX DASIO

Secretario

MG. VARGAS GRANADOS LUZMILA

Vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios en primer lugar, por darme la fuerza necesaria para salir adelante día a día. A mis padres y hermanas, en especial a mi madre por la motivación constante en cada paso que he dado en mi vida, por su apoyo y compañía en momentos difíciles que me ayudaron a no rendirme y estar más cerca de mi objetivo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que contribuyeron de una manera u otra al desarrollo de esta tesis. A mi madre, por su apoyo constante desde el inicio de mi carrera y por acompañarme en cada paso que he dado. A las obstetras Mercedes Mendoza, Mercedes Soldevilla, Haydee Salhuana, Mercedes Flores, Giovanna Vasconcelos y Jenny López, quienes ayudaron con sus conocimientos obtenidos a lo largo de su carrera. Al personal de la Clínica Vesalio por su colaboración para la realización del instrumento del presente estudio. Al personal de la oficina de Archivo del Hospital de Huaycan, agradecer por su paciencia y colaboración. Al comité de investigación del Hospital de Huaycan, quienes brindaron comentarios constructivos para con el presente trabajo de investigación y finalmente al asesor de tesis, el Dr. Walter Gómez Gonzales, por guiar el desarrollo de esta investigación.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Maria Alejandra Santisteban Chapoñan, identificada con DNI N° 72040987, bachiller de la carrera de Obstetricia, informo que he elaborado la tesis titulada “Factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan, 017”, para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude, plagio, auto plagio, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Privada Telesup.

Maria Alejandra Santisteban Chapoñan
DNI: 72040987

RESUMEN

El objetivo es Identificar los factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.

Se realizó un estudio de casos y controles. El estudio se realizó en pacientes con edad gestacional menor a 22 semanas con diagnóstico de aborto incompleto (casos) atendidas en el Hospital de Huaycan, 2017 y pacientes con gestación viable menor a 22 semanas (controles) atendidas en el Hospital de Huaycan, 2017. La muestra estuvo constituida por 140 casos y 140 controles. Se realizó la transcripción de datos a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Se realizó el análisis de los resultados mediante el programa SPSS versión 23. Se obtuvieron las frecuencia de los factores, para su asociación y el grado de significancia con el aborto incompleto se aplicó la base de cálculo del Odds ratio, valor $p < 0,05$ e intervalos de confianza del 95%.

Los factores socioculturales asociados al aborto incompleto fueron: Edad materna ≤ 19 años (OR: 3.31 y $p < 0.0076$), >35 años (OR: 3.47 $p < 0.0005$), estado civil conviviente (OR: 2.06 $p < 0.0227$), nivel de instrucción superior (OR: 2.37 $p < 0.04$) y consumo de Alcohol (OR: 2,02 $p < 0,04$). El factor gineco-obstetrico asociado al aborto incompleto fue: Edad gestacional (OR: 5,92 $p < 0,000$).

La edad materna <19 años y >35 años como factor sociocultural y la edad gestacional como factor gineco-obstetrico, presentaron una fuerte asociación estadísticamente significativa al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan, 2017.

Palabras clave: Aborto, aborto incompleto, factores socioculturales, factores gineco-obstetricos.

ABSTRACT

The objective is identify the socio-cultural and gynecological-obstetric factors associated with incomplete abortion in patients treated at the Huaycan-2017 Hospital.

A case-control study was carried out. The study was conducted in patients with gestational age less than 22 weeks with a diagnosis of incomplete abortion (cases) attended at the Huaycan-2017 Hospital and patients with viable gestation less than 22 weeks (controls) attended at the Hospital de Huaycan-2017. The sample consisted of 140 cases and 140 controls. Transcription of data was made to a Microsoft Excel 2013 spreadsheet. Results were analyzed using the SPSS program, version 23. The frequency of the factors was obtained, for their association and the degree of significance with incomplete abortion the Odds Ratio calculation basis was applied, p value <0.05 and 95% confidence intervals.

The sociocultural factors associated with incomplete abortion were: Maternal age ≤ 19 years (OR: 3.31 and p <0.0076), > 35 years (OR: 3.47 p <0.0005), cohabiting civil status (OR: 2.06 p <0.0227), level of higher education (OR: 2.37 p <0.04) and alcohol consumption (OR: 2.02 and p <0.04). The gynecological-obstetric factor associated with incomplete abortion was: gestational age (OR: 5.92 and p <0.000).

Maternal age <19 years and> 35 years as a sociocultural factor and gestational age as a gynecological-obstetric factor, presented a strong statistically significant association to incomplete abortion in patients attended at the Huaycan-2017 Hospital.

Keywords: Abortion, incomplete abortion, socio-cultural factors, gynecological-obstetric factors.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
ASESOR DE TESIS.....	ii
JURADO EXAMINADOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
I. PROBLEMA DE INVESTIGACION	15
1.1.Planteamiento del problema	15
1.2.Formulación de problema	18
1.2.1.Problema general	18
1.2.2.Problemas específicos.....	18
1.3.Justificación y aportes.....	18
1.3.1.Justificación teórica.....	18
1.3.2.Justificación practica/social.....	19
1.3.3.Justificación metodológica	19
1.4.Objetivos de la investigación.....	20
1.4.1.Objetivo general	20
1.4.2.Objetivos específicos	20
II. MARCO TEORICO	21
2.1 Antecedentes nacionales.....	21
2.2 Antecedentes internacionales	24

2.3 Bases teóricas	28
2.3.1 Aborto.....	28
2.3.1.1 Clasificación.....	28
2.3.1.1.1 Aborto espontáneo.....	28
2.3.1.1.2 Aborto Inducido.....	30
2.3.2 Factores asociados al Aborto incompleto.....	31
2.3.2.1 Factores fetales	31
2.3.2.2 Factores socioculturales.....	31
2.3.2.3 Factores Gineco-obstétricos	33
2.3.3 Cuadro Clínico.....	34
2.3.4 Diagnóstico diferencial.....	34
2.3.5 Exámenes auxiliares.....	35
2.3.6 Tratamiento	35
2.4 Definición de términos	36
III. MÉTODOS Y MATERIALES	38
3.1 Hipótesis de la investigación.....	38
3.1.1 Hipótesis alternativa (HA)	38
3.1.2 Hipótesis nula (Ho)	38
3.2 Variables.....	38
3.2.1 Variable dependiente.....	38
3.2.2 Variable independiente	39
3.3 Diseño de la investigación	39
3.3.1 Criterios de inclusión y exclusión	40
3.4 Población y muestra	40
3.4.1 Población:.....	40
3.4.2 Muestra	40
3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	41

3.6 Métodos de análisis de datos.....	42
3.7 Propuesta de valor.....	42
3.8 Aspectos éticos.....	42
IV. RESULTADOS.....	43
V. DISCUSIÓN	49
VI. CONCLUSIONES.....	55
VII. RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57
ANEXOS	62
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	62
ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION	63
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	64
ANEXO 4: SOLICITUD PARA VALIDEZ DE INSTRUMENTO	65
ANEXO 5: VALIDEZ DE INSTRUMENTO	66
ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
ANEXO 7: CONSTANCIA APROBACION DE PROYECTO DE TESIS... ..	72
ANEXO 8: SOLICITUD PARA AUTORIZACION DE EJECUCIÓN.....	73
ANEXO 9: PROVEIDO DE INVESTIGACION.....	74
ANEXO 10: SOLICITUD PARA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS..	75
ANEXO 11: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Características demográficas de las pacientes atendidas por aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017.</i>	43
Tabla 2. <i>Factores socioculturales asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.</i>	44
Tabla 3. <i>Factores Gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.</i>	46
Tabla 4. <i>Factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto.</i>	48

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar los factores socioculturales y gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan, lo que es de importancia debido a que el aborto continúa siendo un problema de salud mundial. Si bien el aborto puede ser espontáneo o inducido, según la forma en que este se produzca, generalmente al ser inducido por ser una gestación no deseada, este puede traer complicaciones que de no ser tratadas a tiempo y profesionalmente puede llevar a la muerte de la paciente, evento que aún no se ha dado en el lugar en el que se realizará el estudio, sin embargo lo que sí se pudo observar es la alta frecuencia de pacientes que ingresaron por esta patología al servicio de Emergencia del Hospital de Huaycan, lo que motivó al estudio de factores socioculturales y gineco-obstétricos que pueden de alguna manera estar asociados al aborto incompleto.

Según un artículo publicado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO); las tasas más elevadas de aborto se hacen notar en países que no tienen acceso legal y en las cuales el acceso a métodos anticonceptivos es restringido. Las menores tasas de aborto se ven en países como Bélgica, donde a los jóvenes se les brinda una educación sexual integral en las escuelas y acceso gratuito o de bajo costo a métodos anticonceptivos y a servicios de aborto (Shaw, D. 2010). Por otro lado, en el 2014, un estudio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, indicó que cerca de 370 mil abortos se realizaron al año en el Perú, de los cuales cerca del 90% fueron clandestinos. Este estudio reveló a su vez que la tercera causa más frecuente de muerte materna es el aborto incompleto.

Con respecto al presente trabajo de investigación, en el Hospital de Huaycan no se ha realizado aún investigación alguna sobre los factores socioculturales y gineco-obstétricos que están asociados al aborto incompleto, es por eso que resulta necesario incidir en los factores para contribuir con nuevos conocimientos hacia los profesionales de la salud y con esto puedan actuar de forma preventiva-promocional incidiendo en aquellos factores que puedan modificarse y así se pueda disminuir su incidencia.

El presente estudio se divide en los siguientes capítulos:

En el capítulo I se presenta el problema de investigación; dentro de este, el planteamiento y formulación, la justificación, aportes y los objetivos del estudio.

El capítulo II expone aquellos estudios que preceden esta investigación; tanto nacionales como internacionales. Se abordan temas acerca del aborto incompleto, como los factores asociados a dicha patología, clínica, diagnóstico y tratamiento. A su vez, la definición de términos básicos en esta investigación.

El capítulo III aborda la hipótesis del estudio, alternativa y nula. Las variables del estudio. El diseño de la investigación, la muestra y sus características, las técnicas y el instrumento de recolección de datos. Las pruebas estadísticas que se usaran, la propuesta de valor y los aspectos éticos del presente estudio.

El capítulo IV y V, abordan los resultados y discusión respectivamente.

En capítulo VI y VII se presentan las conclusiones y recomendaciones respectivamente.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema

El aborto continua siendo un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud expresa especial preocupación por el aborto incompleto, debido a que puede provocar complicaciones, que si no se llegan a diagnosticar y a dar tratamiento oportuno, estas pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser shock hipovolémico e infecciones, lo que aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países. Al aborto incompleto se le ha vinculado estrechamente al aborto inseguro en muchas partes del mundo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

El aborto en condiciones de riesgo es considerado un problema de salud mundial y según un artículo publicado en el 2010 por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO); el aborto inseguro representa al menos el 13% de las causas de mortalidad materna relacionadas con el embarazo. Indica a su vez que, las tasas más elevadas de aborto se hacen notar en países que no tienen acceso legal y en los cuales el acceso a métodos anticonceptivos es restringido.

Las menores tasas de aborto se ven en países como Bélgica, donde a los jóvenes se les brinda una educación sexual integral en las escuelas y acceso gratuito o de menos costo a los métodos anticonceptivos y a servicios de aborto (Shaw, D. 2010). Según un informe del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) de abril del 2014, menciona que se producen 800 muertes maternas cada día, y las principales causas tales como la hemorragia puerperal, septicemia, complicaciones del aborto en condiciones de riesgo y trastornos hipertensivos, son prevenibles. Por otro lado, la tasa de aborto ha descendido a nivel mundial de 35 por cada 1000 mujeres a 29 por cada 1000 mujeres en el 2008. Según la OMS, (2017) para el 2008 se realizaron anualmente 22 millones de abortos peligrosos de los cuales más de 5 millones presentaron complicaciones

como aborto incompleto, hemorragias, infección, perforación uterina, daños en el tracto genital y órganos internos debido a introducción de objetos punzocortantes en la vagina o el ano. Estima que desde el 2010 al 2014 se produjeron a nivel mundial 25 millones de abortos de forma insegura al año. Según un nuevo estudio de la OMS y el Instituto Guttmacher publicado en setiembre del 2017, la mayoría de abortos peligrosos se produjeron en países en desarrollo de África, Asia y América Latina, representando el 97%. Según un nuevo informe del UNFPA publicado en octubre del 2017, el acceso limitado a la planificación familiar resulta en 89 millones de embarazos no planeados y 48 millones de abortos anualmente en países en desarrollo.

Según un informe publicado en el 2018 por el Instituto Guttmacher, en 14 países en desarrollo en los que el aborto inseguro es frecuente, el 40% de las mujeres que tienen un aborto llegan a desarrollar complicaciones que requieren atención médica. En todas las regiones en desarrollo excepto Asia Oriental, se estima que al año se tratan a 6,9 millones de mujeres por complicaciones; sin embargo, muchos más que necesitan tratamiento no llegan a recibir una adecuada atención. Este informe menciona a su vez que a nivel global mueren anualmente 70.000 mujeres a causa de un aborto inseguro, además de esto, un número mayor de mujeres en países en desarrollo experimentan consecuencias a corto y largo plazo. Las complicaciones más frecuentes son el aborto incompleto, hemorragia y las infecciones.

El número estimado de abortos que ocurren anualmente en América latina aumentó entre el 2003 y el 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones. La tasa de aborto en el 2008 para América del sur fue de 32 por 1000 mujeres y de 39 por 1000 en el Caribe (Guttmacher institute, 2018).

En el Salvador el Ministerio de Salud informo que entre el 2005 y el 2008 se practicaron 19.290 abortos en el país, de las cuales el 27.6% eran niñas (Amnistía Internacional, 2014).

En el 2014, un estudio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, indicó que cerca de 370 mil abortos se realizan al año en el Perú, de las cuales el 90% son clandestinos. Revelaron a su vez que la tercera causa más frecuente de muerte materna es el aborto incompleto.

Según el Ministerio de Salud, en el 2015 hubo 35.565 abortos incompletos en el Perú; estos datos provienen de los registros de hospitalización de los Hospitales del MINSA y los Gobiernos regionales del país. En el 2016, los casos de aborto en Amazonas fue de 567, en Ancash 1888, Apurímac 561, Arequipa 2.413, Ayacucho 1.235, Cajamarca 1.676, Callao 1.183, Cusco 2.194, Huancavelica 500, Huánuco 955, Ica 1.808, Junín 2209, La Libertad 1.453, Lambayeque 752, Loreto 1.292, Madre de Dios 343, Moquegua 279, Pasco 38, Piura 1.203, Puno 852, San Martín 1.559, Tacna 649, Tumbes 417, por último Ucayali con 693 casos con este diagnóstico. A nivel de Lima, se encontraron 9552 abortos incompletos.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal entre los años 2003 a 2013 la incidencia de mortalidad materna a causa del aborto fue del 10.8%. En el 2013, Mascaró P, Director General del Instituto Materno Perinatal, informó en una entrevista que se registran anualmente 4.500 abortos espontáneos en dicho Hospital por diversos factores como son infección o falta de control prenatal (ATV.pe, 2013).

Con respecto al lugar donde se realizara el estudio, según el área de Estadística del Hospital de Huaycan, en el 2017 se registraron en total 415 abortos, de los cuales 212 terminaron en legrado uterino mientras que los 203 restantes terminaron en aspiración manual endouterino (AMEU).

Según el Fondo de Poblaciones Unidas, en el 2015 murieron 68 mujeres peruanas por cada 100 000 nacidos vivos a causa de complicaciones que se presentaron en el embarazo, parto y puerperio, lo que plantea enormes desafíos. Por ello, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), destacó tres recomendaciones al Estado Peruano, importantes para reducir la mortalidad materna. En ellas se menciona, el asegurar prestación

adecuada a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que incluye información e insumos de planificación familiar. También recomienda capacitar al personal médico sobre el derecho de salud y por último la legalización del aborto para los casos de violación, incesto y malformación fetal, ya que su prohibición lleva a las mujeres a prácticas de aborto en condiciones de inseguridad, poniendo así en riesgo la vida de las mujeres.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores socioculturales y Gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características demográficas de las pacientes atendidas por aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017?

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017?

¿Cuáles son los factores Gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017?

1.3. Justificación y aportes

1.3.1. Justificación teórica

El aborto es una patología muy frecuente que se presenta en el embarazo y es considerada un problema de salud mundial. El aborto incompleto es un tema muy

poco estudiado en estos últimos años y generalmente se le estudia solo en relación al aborto inducido y como el aborto incompleto es una de sus complicaciones, sin embargo en esta investigación se estudiara el aborto incompleto en un ámbito general. Esta patología se ha visto muy frecuente y se da por diversos factores, sea el aborto incompleto espontaneo o una complicación de un aborto inducido es de mucha importancia poder conocer cuáles de los factores son de mayor significancia, por lo cual esta investigación pretende que los resultados hallados sirvan como aporte de nuevos conocimientos hacia los profesionales de la salud.

1.3.2. Justificación practica/social

Este estudio pretende que con los nuevos conocimientos que se brinden, los profesionales de la salud puedan hacer uso de estos para poder actuar de forma preventiva-promocional incidiendo en los que puedan modificarse y así se pueda disminuir su incidencia. Esta investigación pretende servir a los profesionales de salud para identificar los factores asociados al aborto incompleto y así poder mejorar acciones de atención primaria como por ejemplo el control prenatal, dar mayor seguimiento a las gestantes y a su vez crear conciencia en ellas sobre la importancia de este último; otro ejemplo seria mejorar la atención en consejería en Planificación familiar y así disminuir los embarazos no deseados, disminuyendo a su vez los abortos. En el Hospital de Huaycan no se han realizado aun investigación alguna sobre los factores socioculturales y gineco-obstetricos que están asociados al aborto incompleto, es por eso que resulta necesario incidir en los factores para así disminuir la morbilidad materna lo que justifica la realización de este estudio.

1.3.3. Justificación metodológica

Este estudio es factible de ser realizado, ya que se cuenta con el acceso a las unidades de estudio, el tiempo y los recursos necesarios.

El aporte de este estudio es importante ya que quiere brindar información que sea de utilidad al Hospital de Huaycan con respecto a los factores asociados al aborto incompleto y así poder ser utilizada por los profesionales de la salud para

que estos puedan actuar de forma preventiva promocional y así poder disminuir la morbilidad materna con respecto a esta patología.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Identificar los factores socioculturales y Gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017

1.4.2. Objetivos específicos

Determinar las características demográficas de las pacientes atendidas por aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017

Establecer los factores socioculturales asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017

Definir los factores Gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes nacionales

Laurente L. (2017), en Lima – Perú, realizó un estudio sobre “Factores socio reproductivos relacionados con el aborto incompleto en el Hospital de baja complejidad Vitarte de Enero a Diciembre 2015”, con el objetivo de determinar la asociación entre los principales factores socio reproductivos y el aborto incompleto en el Hospital de baja complejidad Vitarte. El estudio correspondió a un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal. La muestra estuvo comprendida por 250 historias clínicas de pacientes con edad gestacional menor a 22 semanas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad de Vitarte.

Los resultados demostraron que los factores socio reproductivos como la edad menor de 35 años (OR= 3,1; IC 95%= 1-9,2; P<0,0385), estado civil soltera (OR= 2,34; IC 95%= 1,3-4,2; P<0,0045), grado de instrucción ninguno/primaria (OR= 3,67; IC 95%= 1,9-6,8; P<0,0001), parejas sexuales >2 (OR= 4,75; IC 95%= 2,5-8,8; P<0,0001), gestaciones anteriores (OR= 2,67; IC 95%= 1,3-5,4; P<0,007), abortos previos (OR= 7,07; IC 95%= 3,6-13,4; P<0,0001), fueron estadísticamente significativos. Sin embargo los factores de edad gestacional (OR= 1,45; IC 95%= 0,65-3,2; P= 0,35), y ocupación ama de casa/estudiante (OR= 0,75; IC 95%= 0,3-2,16; P= 0,7518) no tuvieron significancia de asociación. Se concluye del estudio que el aborto previo fue el factor más asociado al aborto incompleto al presentar un riesgo de hasta 7,07; a su vez el haber tenido más de dos parejas sexuales presentando un riesgo de 4,75.

Silva V. (2016), en Arequipa – Perú, realizó un estudio sobre “Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del Hospital I Edmundo Escomel Essalud Arequipa 2016” con el objetivo de determinar los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del Hospital I Edmundo Escomel Arequipa Febrero – Abril 2016. El estudio

correspondió a un estudio de tipo descriptivo explicativo. La muestra estuvo constituida por 138 mujeres que acudieron al servicio de Emergencia del Hospital con diagnóstico de aborto. Los resultados demostraron una frecuencia mayor de aborto entre los 35 y 39 años (32.6%) de las cuales el 25% presentaron aborto incompleto. Del total de pacientes estudiadas, el 97.1% nació en la ciudad de Arequipa, de las cuales el 63.8% presentó aborto incompleto, seguido del 28.3% con aborto retenido. Con respecto al grado de instrucción, el 52.9% correspondió al nivel universitario, las cuales son pacientes que cursaron en su mayoría con aborto incompleto (35.50%). En el estado civil se observó que el 54% correspondió al rubro de casadas. En la ocupación sobresalió con 61.6% las mujeres con empleo formal.

El mayor porcentaje de abortos se registró en mujeres que no habían tenido gestaciones anteriores (28.3%). En antecedente de aborto se obtuvo un 58% mientras que un 33.3% presentó al menos uno. Por otro lado se observó que el 99.3% de la población atendida no tuvo ningún tipo de atención prenatal. Se concluye del estudio que el Hospital I Edmundo Escobel – Essalud, la mayor ocurrencia de abortos corresponde al de aborto incompleto. Los cuales al ser analizados no se logra encontrar existencia de significancia en los diferentes factores de riesgo para que este ocurra.

Flores F. (2017), en Lima-Perú, realizó un estudio sobre “Factores asociados al aborto en mujeres que acuden por emergencia al servicio de Ginecología-obstetricia de una Institución Militar durante el periodo 2015-2016”, con el objetivo de conocer los factores asociados al aborto en la población que acudió a un Servicio de Emergencia obstétrica en un Hospital Militar de la ciudad de Lima durante los años 2015 y 2016. El estudio realizado fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Las pacientes con diagnóstico de aborto en dicho periodo fueron 100, de las cuales solo 50 cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados demostraron que el 50% cursó con un nivel técnico completo, el 34% de las pacientes eran estudiantes, el 60% consumió alcohol, el 28% consumió tabaco y el 36% tuvo su última relación sexual hace una semana.

Se concluye del estudio que los factores asociados al aborto incompleto fueron grado de instrucción ($\chi^2=22,998$; $p<0,05$), ocupación ($\chi^2=12,443$; $p<0,05$), consumo de alcohol ($\chi^2=13,300$; $p<0,05$), el consumo de tabaco ($\chi^2=8,575$ y $p<0,05$) y última relación sexual ($\chi^2= 11,393$ y $p<0,05$).

Sánchez CJ. (2013), en Tacna- Perú, realizó un estudio sobre “Factores de riesgo para aborto espontaneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Lujan, Huacho-Lima, durante el periodo Agosto-Diciembre del 2012”, con el objetivo de identificar los factores asociados de riesgo para el aborto espontaneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Lujan, agosto a diciembre del 2012. El estudio realizado fue de casos y controles. Los resultados demostraron que los principales factores asociados de riesgo fueron: tener edad \geq 35 años (OR: 1.91), ser multigesta (OR: 3.58), o ser gran multigesta (OR: 5.83), tener antecedentes de cesárea (OR: 2.58), legrado uterino (OR: 2.42), abortos (OR: 5.7), parto prematuro (OR: 4.41), el consumir cafeína (OR: 5), consumo de tabaco (OR: 15.29), consumo de alcohol (OR: 26.91), obesidad (OR: 2.85), la amenaza de aborto (OR: 4.06), patología ovárica durante la gestación (OR: 5.24), la infección urinaria (OR: 4.8), la fiebre (OR: 5.81), la diabetes (OR: 5.06) y el estrés materno (OR: 3.63). Se concluye del estudio que existen factores asociados de riesgo para el aborto espontaneo, la mayoría de los cuales son prevenibles y controlables.

Ibáñez L. (2014), en Trujillo – Perú, realizo un estudio sobre “Factores de riesgo para el aborto en el Hospital Belén de Trujillo. Diciembre 2013-Agosto 2014”, con el objetivo de identificar los factores de riesgo para el aborto atendido en el Hospital Belén de Trujillo. El estudio realizado fue de tipo caso control. La muestra estuvo constituida por 335 mujeres (67 casos y 268 controles). Los resultados demostraron que son factores de riesgo: embarazo no deseado (OR: 3.96, IC 95%: 2.09-7.48, valor $p= 0.0000$) y tiempo de unión con la pareja < 1 año (OR: 3.96, IC 95%: 1.85-9.88, valor $p=0.0003$) con una probabilidad de 0.52612 para aborto cuando ambos factores estén presentes. Se concluyó del estudio que el embarazo no deseado y el tiempo de unión con la pareja menor a un año son factores de riesgo para el aborto en el Hospital Belén de Trujillo.

2.2 Antecedentes internacionales

Dos Santos A. et al. (2016); en Rio de Janeiro-Brasil, realizo un estudio sobre "Factores asociados al aborto en mujeres en edad reproductiva", con el objetivo de verificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del aborto en mujeres en edad reproductiva en áreas cubiertas por la Estrategia de Salud Familiar (ESF), un programa del Ministerio de Salud de Brasil. El estudio fue transversal y la muestra fue de 350 mujeres de 15 a 49 años. Los resultados demostraron que la prevalencia fue del 27.1% entre las mujeres de 20-34 años, y 1.73 veces más alta en personas ≥ 34 años (IC 95%: 1.27-2:35); esto fue estadísticamente significativo comparado con el grupo de edad de 20-34 años. La prevalencia de informes de aborto entre mujeres casadas/estables fue de 32.8% y divorciadas/viudas un 33.3%, y la asociación fue positiva (PR: 1.16 y 1.17 respectivamente), comparado con mujeres solteras. La prevalencia de raza mestiza/negra fue del 28.8%, mientras que la indígena fue del 50%. Hubo una asociación positiva (PR: 1.50) comparado con la raza blanca, pero no fue significativo. La religión predominante fue el catolicismo seguido del protestantismo evangélico, se halló una asociación positiva para ambas (PR: 1.36, IC 95%: 0.87-2.12 Y PR: 1.19, IC 95%: 0.75-1.89 respectivamente), pero no fue estadísticamente significativo. Las mujeres con menor nivel de educación informaron aborto 1.30 veces más a menudo (IC 95%: 0.72-2.38), en comparación con las de mayor nivel de educación, pero no fue estadísticamente significativo. En cuanto a la ocupación, hubo predominio de las amas de casa, seguida por mujeres que trabajan y estudiantes.

Los primeros dos grupos presentaron una asociación nula (PR: 1.0, IC 95%: 0.68-1.41), y el ser estudiante fue un factor de protección estadísticamente significativo (RP: 0.37, IC 95%: 0.14-0.94) en comparación con las que trabajan. En el ingreso familiar predominaron aquellos con ingreso de 2-3 salarios, la asociación fue negativa (PR: 0.97) y sin significación estadística (IC 95%: 0.52-1.81) en comparación con el grupo de ingreso 4-5 salarios mínimos. Se concluyó del estudio que hubo una asociación positiva entre las edades de 34 años a más y los informes

de aborto. No hubo asociación entre el estado ocupacional y los informes de aborto; en el ingreso familiar, la asociación fue negativa y sin significación estadística.

Abinath Y. (2016), en Finlandia; realizó un estudio sobre “Prevalencia y factores asociados al aborto en Nepal”, con el objetivo de identificar la prevalencia del aborto en Nepal y varios factores asociados con ella en Nepal. Este estudio utilizó una muestra representativa a nivel nacional basada en los datos de la Encuesta demográfica y de salud de Nepal (NDHS) de 2011. Se estudiaron mujeres que tenían al menos un nacimiento en los últimos cinco años ($n = 4148$). La prevalencia del aborto y la asociación del aborto inseguro y el aborto con varios factores se evaluaron mediante odds ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95% mediante modelos de regresión logística binaria.

En los resultados se encontró que la prevalencia del aborto era del 4.8% y del total de abortos el 17.9% se realizó de manera insegura. Se encontraron varios factores demográficos asociados con el aborto. Las mujeres en el grupo de edad de 30 a 34 años tenían más probabilidades ($OR = 4.59$, $IC\ 95\% 1.83-11.50$) de realizar abortos en comparación con el grupo de edad más joven (15-19 años). Las mujeres que tenían un nivel de educación secundaria eran más propensas ($OR = 2.58$, $IC\ 95\% 1.62-4.09$) a realizar abortos en comparación con las mujeres analfabetas. Las mujeres de la Región de Desarrollo del Lejano Oeste eran más propensas ($OR = 2.56$, $IC\ 95\% 1.56-4.21$) a realizar abortos en comparación con las mujeres de la Región de Desarrollo del Este. De manera similar, las mujeres más ricas tenían más probabilidades ($OR = 2.97$, $IC\ 95\% 1.71-5.17$) de tener un aborto en comparación con las mujeres más pobres. Se concluyó del estudio que el aborto está relacionado con la edad de las mujeres, la educación, la región de desarrollo donde residen las mujeres y la situación económica de las mujeres. De manera similar, la edad de las mujeres y el estado económico de las mujeres se asociaron significativamente con las ocurrencias de abortos inseguros.

Mohammed S. y Shukriya S. (2017), en Iraq; realizó un estudio sobre “Factores de riesgo asociados con el aborto espontaneo en la ciudad de Al-Najaf”,

con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo y conocer su asociación con el aborto y otras variables demográficas como edad y nivel de educación y variables reproductivas como gravedad y paridad. El estudio realizado fue de casos y controles. La muestra fue de 100 mujeres que sufrieron aborto espontáneo (casos) y 100 mujeres sin historia de aborto (controles). Los resultados mostraron que el 50% del grupo de estudio tenían edades entre 20-29 años y se encontró una asociación fuertemente significativa con el aborto (chi cuadrado: 18.730 y $p < 0.001$). El 81% de las mujeres con aborto espontáneo tenían residencia urbana y se encontró una asociación significativa con el aborto (chi cuadrado: 4.153 y $p < 0.042$). El 28% del grupo de estudio se graduó de la escuela primaria encontrándose una asociación de esta variable con el aborto (chi cuadrado: 9.709 y $p < 0.046$). El incremento de paridad estuvo asociada significativamente con el aborto (chi cuadrado: 32.071 y $p < 0.001$), la edad temprana para contraer matrimonio (16-20) fue la más frecuente siendo significativa también (chi cuadrado: 11.534 y $p < 0.009$). Además, se encontró asociación significativa entre el aborto y la toxoplasmosis (chi cuadrado: 12.766 y $p < 0.001$), infección del tracto urinario (chi cuadrado: 10.039 y $p < 0.002$), accidentes y lesiones (chi cuadrado: 5.128 y $p < 0.024$), anomalías uterinas congénitas (chi cuadrado: 56.929 y $p < 0.001$), cervicitis (chi cuadrado: 56.929 y $p < 0.001$), vaginitis (chi cuadrado: 68.709 y $p < 0.001$), incompetencia cervical (chi cuadrado: 60.188 y $p < 0.001$) y la ansiedad durante el embarazo fueron factores de riesgo asociados con el aborto espontáneo.

El estudio concluye que, entre los factores de riesgo relacionados con el aborto espontáneo, las mujeres con menor edad, la residencia urbana, el nivel de educación de primaria graduada, el número aumentado de paridad y la edad temprana en el matrimonio, las infecciones como toxoplasmosis, infección del tracto urinario, cervicitis y vaginitis, incompetencia cervical, anomalías uterinas congénitas, accidentes y lesiones y la ansiedad durante el embarazo fueron factores de riesgo asociados al aborto espontáneo.

Pitriani R. (2013); en Indonesia, realizó un estudio sobre "Factores asociados con el aborto incompleto en el Hospital Público Regional Arifin Achmad de la Provincia de Riau", con el objetivo de determinar los factores de asociación con la incidencia del aborto incompleto en el Hospital General Arifin Achmad 2010-2012.

El tipo de diseño utilizado fue el estudio de casos y controles. Gestantes que cursaron con aborto incompleto (303 casos) y gestantes que no tuvieron aborto incompleto (303 controles). Los resultados mostraron que las variables asociadas al aborto incompleto fueron: educación; siendo el 52.8% de mujeres que tenían un nivel de educación bajo y encontrando una asociación estadísticamente significativa de esta variable con el aborto incompleto (OR: 1.469, $P < 0,023$, IC 95%: 1,067-2,024); distancia de embarazo, el 59.1% de los casos tuvieron un periodo intergenesico < 2 años (OR: 2,084 $p < 0,000$ IC95%: 1,507-2,881); trabajo, el 69.3% manifestó haber trabajado durante su gestación (OR: 4,184 $p < 0,000$ IC95%: 2,657-6,588), mientras que la variable hemoglobina de la madre y paridad se invirtieron significativamente (Hb materna: OR:0,576, $p < 0,001$ IC95%: 0,413-0,803 y paridad: OR:0,246 $p < 0,000$ IC95%: 0,161-0,376). Se concluyó del estudio que las variables asociadas significativamente con el aborto incompleto fueron educación, distancia de embarazo y ocupación.

Popia C., Mamoru T. & Kleveston T. (2018); en Brasil, realizaron un estudio sobre "Factores de riesgo para el aborto en un Hospital Terciario en el Sur de Brasil: Un estudio de casos y controles", con el objetivo de describir los factores de riesgo para el aborto en el Hospital Nuestra Señora de la Concepción, Tubarao Santa Catarina en el periodo de Julio de 2010 a julio de 2011. Se realizó un estudio de caso-control, donde se analizaron 366 prontuarios, siendo 122 casos de pacientes que dieron entrada con aborto y 244 controles de pacientes que tuvieron sus partos normalmente. Los resultados mostraron que las mujeres que no tenían relación estable presentaban dos veces más posibilidades de aborto que las que tenían (OR: 1,98) ($p = 0,037$), así como las menores de ocho años de escolaridad (OR: 2,03) ($p = 0,0013$). Las pacientes tabaquistas presentaron una oportunidad de aborto aproximadamente siete veces mayor que las no fumadores (OR: 6,49) ($p = 0,0000013$), y una magnitud de probabilidad similar se encontró en las pacientes que no tenían religión (OR: 6,87) ($p = 0,000013$). Se encontró también una asociación de aborto con aborto previo, siendo que las que lo poseían presentaron el doble de probabilidad en comparación a aquellas que no poseían aborto anterior (OR: 1,88) ($p = 0,021$). Las mujeres que no tenían pareja fija y religión, así como

aquellas que tuvieron ocho años o menos de escolaridad, fumadores y con historia de aborto en el análisis multivariado, presentaron un mayor riesgo de aborto.

2.3 Bases teóricas

2.3.1 Aborto

El aborto está definido como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de amenorrea, con un producto de peso inferior a los 500 gr (Fescina R. et al, 2016).

2.3.1.1 Clasificación

Esta patología se divide en dos grupos: Aborto espontáneo, es decir aquellos que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente con la evolución de la gestación; y aborto provocado, aquellos en los que se induce la terminación de la gestación. Según las semanas en las que ocurre el aborto este puede ser; precoz, cuando se da antes de las 12 semanas de gestación, y tardío, cuando se da posterior a las 12 semanas (Fescina R. et al, 2016)

2.3.1.1.1 Aborto espontáneo

El aborto espontáneo se clasifica clínicamente de diversas maneras: Amenaza de aborto, aborto en curso y aborto retenido.

Amenaza de aborto: Se caracteriza por la aparición de hemorragia genital, habitualmente irregular procedente de cavidad uterina. El cérvix se encuentra cerrado y el útero es de tamaño adecuado acorde a la edad gestacional según evidencia ecográfica de gestación intrauterina. El cuadro puede ser indoloro, sin embargo en el caso de presentar dolor, este se localiza en hipogastrio y en fosas iliacas y en ocasiones en su lugar puede presentarse lumbalgia persistente.

Aborto en curso: Aquí se pueden diferenciar tres cuadros según su evolución: inicial, inevitable e incompleto.

- Aborto inicial: Presenta una clínica idéntica a la amenaza de aborto sumado al diagnóstico ecográfico de un embarazo no viable.

- Aborto inevitable: Existe un cuadro de hemorragia genital y dolor en hipogastrio y existe dilatación del orificio cervical interno. En ocasiones se puede observar líquido amniótico que fluye a través del cérvix o en ocasiones depositado en el fondo de saco vaginal. (Cabero, L. 2012)

- Aborto incompleto: Cuando la placenta se desprende del útero ya sea parcial o totalmente, se produce una hemorragia profusa y persistente. El orificio interno cervical se abre permitiendo la salida de sangre. Tanto feto como placenta permanecen en su totalidad dentro de cavidad uterina o salen parcialmente por el orificio dilatado. Antes de la semana 10, el feto y la placenta suelen expulsarse juntos, pero posteriormente suelen hacerlo por separado. Esta expulsión puede ser manifestada por la paciente o encontrarse al momento de la exploración ginecológica (Cunningham F, et al. 2006). En la ecografía se apreciara presencia de restos ovulares en la cavidad uterina. El útero se mantiene blando, grande y sin retraerse en su totalidad. En algunos casos es necesario dilatar aún más el cuello uterino para poder realizar un legrado (Fescina R. et al, 2016). Generalmente el tejido placentario retenido tan solo se encuentra en el conducto cervical y es fácil su extracción por el orificio externo con una pinza de anillos (Cunningham F, et al. 2006).

Aborto completo: Expulsión completa de los restos embrionarios. El útero está contraído y prácticamente de tamaño normal y el cérvix puede estar cerrado. La confirmación se hará con la exploración ecográfica, la cual mostrara ausencia de restos en cavidad uterina. De existir certeza del diagnóstico no se requerirá tratamiento, de lo contrario deberá considerarse como un aborto incompleto (Cabero, L. 2012).

Aborto retenido: Cuadro en el que muere el producto dentro del útero por diversas razones, este no es expulsado al exterior. También recibe el nombre de aborto diferido, en el que el útero no se ha contraído y el cuello no se ha dilatado totalmente como para expulsar el producto en su interior (Fescina R, et al. 2016). Aunque se ha producido la muerte del embrión generalmente no hay presencia de hemorragia ni dolor. Con la ecografía es posible confirmar un embarazo anembrionario o la muerte del feto o embrión (Cabero, L. 2012). Muchas pacientes generalmente al saber el diagnóstico optan por la terminación del embarazo por medio de métodos quirúrgicos; si esto no ocurre o no se produce un aborto en los siguientes días, el tamaño del útero permanece sin cambios para luego encogerse (Cunningham F, et al. 2006).

2.3.1.1.2 Aborto Inducido

Conocido también como aborto provocado, el cual en condiciones de riesgo según la Organización Mundial de la Salud es una intervención practicada por una persona que no tiene la preparación necesaria o un entorno que carece de las condiciones médicas mínimas o ambas. Los abortos peligrosos son aquellos en que las pacientes ingieren sustancias como brebajes tradicionales, además de que personas sin formación alguna aplican métodos como la introducción de cuerpos extraños para realizar la interrupción del embarazo (OMS, 2017)

Aborto séptico: Se sospecha de este cuando la paciente presenta fiebre mayor a 38°C en presencia de un aborto de cualquier forma clínica, habiendo excluido cualquier otra posible causa de la fiebre (Cabero, L. 2012). La infección es polimicrobiana, en relación con la flora vaginal endógena, y son mayormente bacterias productoras de toxinas como las especies de Clostridium y Streptococos del grupo A, que tienden a proliferar dentro del tejido muerto de placenta y útero, donde pueden llegar a causar daño de tejido local. Producen toxinas que al salir del lugar infectado causan daño vascular endotelial afectando el funcionamiento de órganos en los sistemas respiratorio, renal, cardíaco y de coagulación (Eschenbach D. 2015).

2.3.2 Factores asociados al Aborto incompleto

2.3.2.1 Factores fetales

Aunque los progenitores sean aparentemente normales, en más de la mitad de casos de aborto temprano estos son producidos por un desarrollo embriológico anormal causado por factores hereditarios o defectos cromosómicos. Se cree que al menos el 10% de las concepciones tienen anomalías cromosómicas. Conforme el embarazo sigue su curso son menos frecuentes los errores cromosómicos (Fescina R, et al. 2016).

Aborto aneuploide: La anomalía cromosómica que se identifica con mayor frecuencia en el aborto del primer trimestre es la trisomía autosómica. Los más frecuentes son las de los autosomas 13, 16, 18, 21 y 22 (Cunningham F, et al. 2006).

Aborto euploide: Los embriones con cromosomas normales suelen abortarse más tarde que los aneuploide. El 75% de los abortos aneuploide ocurrieron previo a las ocho semanas de gestación, mientras que los abortos euploides alcanzaron su punto máximo cerca a las 13 semanas (Kajii,1980). La frecuencia de abortos euploides es más elevada después de los 35 años en edad de la madre (Cunningham F, et al. 2006).

2.3.2.2 Factores socioculturales

Edad materna: La edad es un factor de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas, en la mujer adquiere cierta importancia en el periodo fértil de la mujer. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años está asociado a un mayor riesgo materno perinatal. En menores de 20 años, el embarazo genera una situación de riesgo social tanto para el recién nacido como para la madre, siendo un problema de salud para los países en desarrollo. El embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad, se asocia a una mayor frecuencia de patologías

maternas, que traen como consecuencia mayor probabilidad de muerte materna perinatal. La edad avanzada en la gestación se considera un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno perinatales (Donoso E, et al. 2014). Según Cabero, L. (2012) en mujeres que no presentan otro factor de riesgo se encontró que a mayor edad materna, mayor frecuencia de abortos. Este aumento no solo se debe a la mala calidad ovocitaria sino también al “envejecimiento uterino”.

Estado civil: los motivos por lo que una mujer decide abortar o en el que el embarazo puede seguir con su curso son diferentes, entre ellos se encuentra el estado civil, siendo las mujeres con un estado civil de soltera o separada quienes terminan con un aborto generalmente, puesto a que el apoyo de la pareja y el tener un hogar conformado resulta importante. (Llorente M, et al. 2016).

Grado de instrucción: Las mujeres con mayor nivel de instrucción presentan perfiles de renta superior, mayor accesibilidad y conocimiento de métodos anticonceptivos, a su vez mejores condiciones socioeconómicas y laborales (Llorente M, et al. 2016).

Cafeína: Según el Ministerio de salud (2015), es recomendable limitar el consumo de café y otras bebidas que contengan cafeína (te, cacao, etc.) ya que se ha demostrado la asociación entre su consumo en la gestación y el aborto; más de 375 mg/día o más de cafeína consumida durante la gestación produce mayor frecuencia de abortos (una taza contiene aproximadamente 100 mg de cafeína).

Tabaco: Se ha apreciado un aumento del riesgo de sufrir un aborto a fumadoras de más de 10 cigarrillos al día. El riesgo aumenta de forma lineal según el número de cigarrillos que la mujer fuma.

Alcohol: El consumo de alcohol en las primeras ocho semanas de gestación provoca tanto abortos como anomalías fetales. Este riesgo depende de la frecuencia como de la dosis, ya que el consumo de poco alcohol en el embarazo no incrementa el riesgo de padecer un aborto (Cunningham F, et al. 2006).

2.3.2.3 Factores Gineco-obstétricos

Abortos previos: El antecedente de aborto en gestaciones anteriores coincide con un mayor riesgo de repetición del mismo, siendo de un 20% después de un aborto, un 28% después de dos abortos y de un 43% después de tres abortos (Cabero, L. 2012).

Edad Gestacional: La edad gestacional es un factor de importancia ya que el 80% de los abortos se produce dentro de las primeras 12 semanas, de las cuales al menos del 50% es a causa de alguna anomalía cromosómica. Después del primer trimestre tanto el índice de abortos como la frecuencia de alteraciones cromosómicas disminuye.

Patología materna: La presencia de procesos patológicos de afectación general y su relación con el aborto está más en relación con el grado de repercusión que estos tengan. En consecuencia, de no haber un adecuado control, las enfermedades maternas pueden condicionar a abortos y esto continuaría en cuanto que el posible agente causante pudiera persistir en las siguientes gestaciones. Se ha observado una mayor incidencia de abortos en mujeres que presentaron fiebre, teniendo en cuenta a esto como un antecedente mas no como la causa, que estaría relacionado a un proceso infeccioso que en la mayoría de ocasiones no habría sido identificado, lo que sí podría ser el responsable del problema.

Defectos uterinos adquiridos: Los leiomiomas uterinos grandes son frecuentes y en ocasiones provocan abortos. En la mayor parte de los casos, su ubicación suele ser más importante que su tamaño. Por otro lado, las sinequias uterinas en el síndrome de Asherman por ejemplo, suelen resultar de la destrucción de grandes áreas de endometrio a causa de un legrado. En los embarazos posteriores, la cantidad de endometrio restante a veces es insuficiente para llegar a mantener el embarazo, produciéndose el aborto.

Insuficiencia cervical: Entidad obstétrica caracterizada por dilatación del cuello uterino indolora durante el segundo trimestre. Provoca prolapso y abombamiento de las membranas en el interior de la vagina y finalmente la expulsión del feto inmaduro.

Anticonceptivos: Los anticonceptivos orales y los espermicidas que se utilizan en las cremas y jaleas anticonceptivas no incrementan el índice de abortos. Sin embargo, cuando un dispositivo intrauterino no previene el embarazo, el riesgo de aborto aumenta en cuanto que la acción local de tipo inflamatorio, condicionando a una corioamnionitis, y la liberación de prostaglandinas locales puede favorecer al aborto (Cunningham F, et al. 2006).

2.3.3 Cuadro Clínico

Según la Guía de Práctica clínica para la atención de Emergencias obstétricas publicada por el MINSA (2007), se sospechara de un aborto incompleto cuando se presente una gestación menor a 22 semanas, sangrado por vía vaginal y dolor hipogástrico tipo contracción. Al examen ginecológico, se encuentra un cuello dilatado y se puede evidenciar restos ovulares en el canal cervical o vaginal. Tamaño uterino no acorde con amenorrea.

2.3.4 Diagnóstico diferencial

En etapas iniciales o incipientes de amenaza durante el primer par de meses, cuando su diagnóstico puede plantear dudas frente el recuerdo de diferentes cuadros obstétricos o ginecológicos de sintomatología similar, y que deben ser descartados por comparación. En el diagnóstico diferencial se deben considerar diferentes patologías como:

- Embarazo ectópico.
- Hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo.
- Enfermedad del trofoblasto (Mola hidatiforme)
- Lesiones en el canal vaginal

- Patología en cuello uterino y vagina (cáncer, pólipos, cervicitis, etc.) (MINSa, 2007).

2.3.5 Exámenes auxiliares

De estar disponibles, se deben realizar los siguientes exámenes sobre la base de los factores de riesgo individuales, lo que se encuentre en el examen físico y los recursos que se cuenten.

- Hemograma
- Grupo sanguíneo y Factor RH
- Examen de orina
- RPR o VDRL
- Prueba de ELISA para VIH o prueba rápida para VIH
- β -Hcg

El diagnóstico por imágenes es por medio de ecografía, la cual revelara restos en cavidad uterina, ausencia de signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento (MINSa, 2007).

2.3.6 Tratamiento

El manejo consiste en la evacuación uterina mediante aspiración manual endouterino (AMEU), si se tratase de un aborto menor o igual a 12 semanas previa dilatación de cuello uterino de ser necesario, o mediante legrado uterino si se trata de un aborto mayor a 12 semanas (Guevara, E. 2010).

En algunas mujeres es necesario dilatar aún más el cuello uterino para poder realizar el procedimiento quirúrgico.

Si el cuello uterino se encuentra abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante se procura la expulsión de los restos mediante

infusión oxicítica 30UI en 500 cc de ClNa 9%. Luego de esto, se procede a realizar el legrado uterino.

Si el cuello está parcialmente cerrado, no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante; se procede a realizar la maduración del cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de Misoprostol en fondo de saco vaginal cada 6 horas, como máximo 4 dosis. Luego se procederá a realizar el legrado, siempre manteniendo a la paciente con una vía endovenosa segura.

De ser abundante la hemorragia, se debe colocar una vía segura con oxitocina y proceder a evacuar el contenido uterino inmediatamente. Si el cuello estuviera cerrado, se procederá a realizar una dilatación instrumental, seguida de legrado uterino o como último caso, realizar una histerotomía abdominal (MINSa, 2007). El tratamiento quirúrgico aporta una solución rápida y es el procedimiento de elección cuando se precisa una evacuación uterina inmediata por la presencia de complicaciones, tales como; infección, hemorragia o coagulopatía. Sin embargo en abortos tardíos, conlleva a complicaciones que aunque no se den con frecuencia estas pueden ser: perforación uterina, síndrome de Asherman, traumatismos cervicales (Cabero, L. 2012).

2.4 Definición de términos

Es conveniente aclarar los siguientes términos:

- **Aborto:**

Es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, sea parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor a 500 gr (MINSa, 2007).

- **Aborto incompleto:**

Es la eliminación parcial de los restos ovulares. La cavidad uterina se encuentra parcialmente ocupada; el útero se mantiene blando, grande y sin retraerse en su

totalidad, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios y la hemorragia es profusa y persistente (Fescina R, et al. 2016)

.

- **Factores socioculturales:**

Es el conjunto de condiciones que influyen en la manera de actuar de los seres humanos (Macías, R).

- **Factores Gineco-obstétricos:**

Son todas las circunstancias que modifican o influyen de manera alguna en la salud sexual y reproductiva de la mujer (Lombardía J y Fernández M. 2007).

III. MÉTODOS Y MATERIALES

3.1 Hipótesis de la investigación

3.1.1 Hipótesis alternativa (HA)

La edad materna como factor sociocultural está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

La paridad como factor gineco-obstetrico está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.

El antecedente de aborto como factor gineco-obstetrico está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.

3.1.2 Hipótesis nula (Ho)

La edad materna como factor sociocultural no está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

La paridad como factor gineco-obstetrico no está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.

El antecedente de aborto como factor gineco-obstetrico no está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.

3.2 Variables

3.2.1 Variable dependiente

- Aborto incompleto

3.2.2 Variable independiente

- Factores socioculturales y Gineco-obstetricos.

3.3 Diseño de la investigación

El estudio realizado fue una investigación de tipo no experimental, ya que no hubo manipulación de variable.

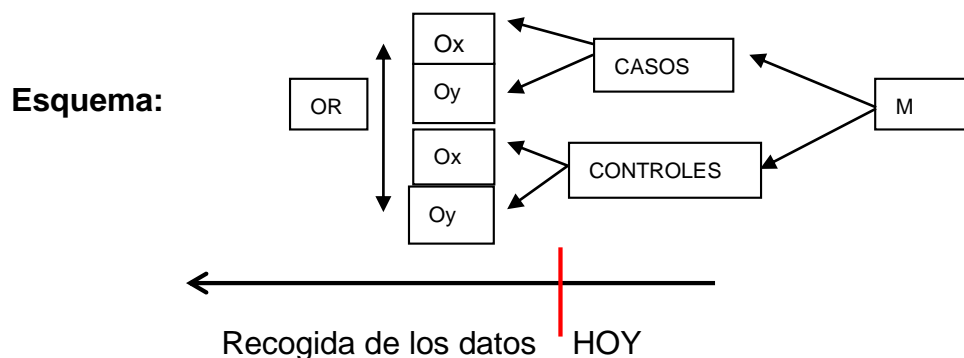
Por el tiempo de recolección de datos el estudio que se realizó fue retrospectivo.

Dentro de este tipo de investigación el estudio se enmarco en el diseño transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento.

El diseño de investigación correspondió al diseño de casos y controles porque se compararon grupos de sujetos; con el problema (casos) y sin el problema (controles).

El diseño de investigación fue un estudio de casos y controles, no experimental, de naturaleza transversal, retrospectiva y observacional, ya que se observó situaciones ya existentes en las cuales el investigador no realizo intervención alguna.

En consecuencia por la naturaleza de la investigación, se adoptó este diseño, que se puede diagramar de la siguiente forma:



M: Muestra (mujeres con aborto incompleto)

Ox: Factores socioculturales y factores Gineco-obstetricos

Or: Posible asociación

Oy: Aborto Incompleto

3.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión – casos

- Pacientes que tuvieron diagnóstico de aborto incompleto durante el periodo Enero-Diciembre 2017.

Exclusión – casos

- Pacientes que tuvieron hemorragia uterina anormal no causada por aborto incompleto

Inclusión – controles

- Pacientes con edad gestacional menor a 22 semanas con gestación viable en el periodo Enero – Diciembre 2017.

Exclusión - controles

- Pacientes con edad gestacional mayor a 22 semanas durante el periodo Enero-Diciembre 2017.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población:

La población estuvo compuesta por 415 casos de aborto atendidos en el Hospital de Huaycan en el 2017.

3.4.2 Muestra

Para la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{S^2 \cdot U \cdot p \cdot q}{(e)^2 (U-1) + S^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

$p= 5\%$ (Prevalencia de abortos incompletos en Huaycan – 2017)

$q= 95\%$ (Prevalencia de pacientes que no presentaron aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017)

$U= 415$ (Casos de aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017)

$S= 2$ (Desviación Estándar)

$e= + -3$ (Error muestral)

Luego de aplicar la formula se obtuvo una muestra de 140 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto (CASOS), ya que se necesitaba al menos un control para cada caso, el número de controles fue 140.

Tipo de muestreo. Se hizo uso del muestreo aleatorio simple por medio del programa EPIDAT versión 23 para Windows, para averiguar las unidades al estudio.

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta por medio de la ficha de recolección de datos como instrumento, previamente validado por un juicio de expertos, ya validado se procedió a realizar la tabla de concordancia la cual nos dio como valor $p 0,031$ es decir $p < 0,05$ lo que significa que la concordancia fue significativa, garantizando una adecuada obtención de la información, luego de esto se procedió a realizar una prueba piloto con 30 historias clínicas de pacientes con aborto incompleto atendidas en la Clínica Vesalio. Los datos fueron procesados en el programa Excel 2013 y para el análisis de los mismos se empleó el programa SPSS versión 23 para el cálculo de la confiabilidad haciendo uso de la prueba de Alfa de Cronbach, resultando como coeficiente 0,71; lo que muestra una moderada confiabilidad.

3.6 Métodos de análisis de datos

Se realizó la transcripción de datos de la ficha de recolección de datos a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Posteriormente se procedió a realizar el orden y tabulación para luego analizar los resultados mediante el programa SPSS versión 23. De ahí se obtuvo la frecuencia de los diferentes factores asociados al aborto incompleto. Por último para comprobar la hipótesis se aplicó el Odds Ratio con intervalos de confianza al 95%, con valores de $p < 0,05$ como significativo.

3.7 Propuesta de valor

Esta investigación pretende brindar información que sea útil a los profesionales de salud del Hospital de Huaycan con el único propósito de que puedan actuar de forma preventiva promocional para disminuir la morbilidad materna con respecto a esta patología.

3.8 Aspectos éticos

Este trabajo de investigación se realizó mediante revisión de historias clínicas e información que se obtuvo de las pacientes que presentaron aborto incompleto durante el año 2017 (CASOS) y pacientes con gestación viable menor a 22 semanas durante el año 2017 (CONTROLES), para lo cual se hizo uso del consentimiento informado; esta investigación se realizó respetando los cuatro Principios básicos de bioética:

Principio de autonomía: Es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones.

Principio de beneficencia: Es la obligación de hacer el bien.

Principio de no maleficencia: Es el respeto a la integridad del ser humano.

Principio de Justicia: Es el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. *Características demográficas de las pacientes atendidas por aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017.*

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	ABORTO INCOMPLETO				TOTAL	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
EDAD MATERNA						
> 35 años	32	22.90%	11	7.90%	43	15.40%
≤ 19 años	22	15.70%	25	17.90%	47	16.80%
20-30 años	58	41.40%	84	60.00%	142	50.70%
31-35 años	28	20.00%	20	14.30%	48	17.10%
E. CIVIL						
Soltera	32	22.90%	20	14.30%	52	18.60%
Conviviente	84	60.00%	108	77.10%	192	68.60%
Casada	24	17.10%	12	8.60%	36	12.90%
N. INSTRUCCIÓN						
Primaria	24	17.10%	13	9.30%	37	13.20%
Analfabeta	2	1.40%	1	0.70%	3	1.10%
Secundaria	86	61.40%	90	64.30%	176	62.90%
Superior	28	20.00%	36	25.70%	64	22.90%
TOTAL	140	100.00%	140	100.00%	280	100.00%

Fuente: Proyecto “Factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto”

La tabla 1 muestra que la edad predominante en los casos fue entre 20-30 años (41.4), el estado civil que predominó fue el de conviviente (60%), en el nivel de instrucción predominó el grupo que cursó secundaria (61.4%). En el grupo control, la edad que predominó fue entre 20-30 años (60%), con respecto al estado civil, predominó el ser conviviente (77.1%), mientras que el nivel de instrucción predominante fue el de secundaria (64.3%).

Tabla 2. Factores socioculturales asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

	ABORTO INCOMPLETO				TOTAL		p	OR	IC del OR al 95%	
	CASO		CONTROL		N	%			Infer	Sup
	N	%	N	%						
EDAD MATERNA										
> 35 años	32	22.90%	11	7.90%	43	15.40%	0,0005*	3.47*	1.67	7.22
≤ 19 años	22	15.70%	25	17.90%	47	16.80%	0.0076*	3.31*	1.35	8.07
20-30 años	58	41.40%	84	60.00%	142	50.70%	0.6229	4.21**	1.97	9.03
31-35 años	28	20.00%	20	14.30%	48	17.10%	0.106	2.08*	0.85	5.08
E. CIVIL										
Soltera	32	22.90%	20	14.30%	52	18.60%	0.0652	1.78*	0.96	3.29
Conviviente	84	60.00%	108	77.10%	192	68.60%	0.0227*	2.06*	1.1	3.85
Casada	24	17.10%	12	8.60%	36	12.90%	0.6229	0.8	0.33	1.95
PROCEDENCIA										
H. Huaycan	102	72.90%	116	82.90%	218	77.90%	0.044*	0.56	0.31	0.99
P.S Sr Milagros	23	16.40%	9	6.40%	32	11.40%	0.008*	0.34	0.15	0.78
P.S F. Niño Jesús	1	0.70%	5	3.60%	6	2.10%	0.144	4.4**	0.51	38.26
P.S Fraternidad	5	3.60%	4	2.90%	9	3.20%	0.606	0.7	0.18	2.69
P.S H. Zevallos	9	6.40%	6	4.30%	15	5.40%	0.322	0.59	0.2	1.7
N.INSTRUCCION										
Primaria	24	17.10%	13	9.30%	37	13.20%	0.052	2.02*	0.98	4.15
Analfabeta	2	1.40%	1	0.70%	3	1.10%	0.95	0.92	0.08	11.17
Secundaria	86	61.40%	90	64.30%	176	62.90%	0.08	1.93*	0.92	4.04
Superior	28	20.00%	36	25.70%	64	22.90%	0.04*	2.37*	1.03	5.48
C. ALCOHOL										
Si	3	2.10%	0	0.00%	3	1.10%	0,04*	2,02*	1,79	2,27
No	137	97.90%	140	100.00%	277	98.90%				
C. CAFEINA										
Si	1	0.70%	4	2.90%	5	1.80%	0,17	0,24	0,02	2.21
No	139	99.30%	136	97.10%	275	98.20%				
C. TABACO										
Si	4	2.90%	2	1.40%	6	2.10%	0,40	2,02*	1.39	11.26
No	136	97.10%	138	98.60%	274	97.90%				
TOTAL	140	100.00%	140	100.00%	280	100.00%				

*p<0,05 significancia estadística

*OR> 1 fuerza de asociación estadística

Fuente: Proyecto “Factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto”

La tabla 2 muestra que el 41.4% de las pacientes con aborto incompleto tenían edad entre 20-30 años, mientras que el 20% tenía edades entre 31-35 años encontrándose una fuerte asociación estadística pero esta no fue significativa para ambas respectivamente (OR: 4.21, $p > 0,05$ y OR: 2.08, $p > 0,05$). El 22.9% tenía edad > 35 años y el 15.7% tenía edad ≤ 19 años encontrándose fuerte asociación estadísticamente significativa para ambas respectivamente (OR: 3.47, $p < 0,05$ y OR: 3.31, $p < 0,05$).

El 60% de las pacientes eran convivientes, encontrándose una asociación estadísticamente significativa (OR: 2.06 y $p < 0,05$), mientras que el 22.9% era soltera y el 17.10% era casada, encontrando una asociación de este primero con el aborto incompleto pero esta no fue significativa, mientras que para el estado civil casada no se encontró asociación con el aborto incompleto (OR: 0.8 y $p > 0.05$).

El 72.9% de las pacientes procedían de zonas correspondientes al Hospital de Huaycan mientras que el 16.4% procedía de zonas que corresponden al Puesto de Salud Señor de los Milagros, no encontrando una asociación con el aborto incompleto (OR: 0.56, $p < 0.05$ y OR: 0.34, $p < 0.05$), mientras que el 0.70% procedía de zonas correspondientes al Puesto de Salud Fraternidad Niño Jesús y si bien se encontró una fuerte asociación, esta no fue significativa (OR: 4.4 y $p > 0.05$).

El 61.4% tenía como nivel de instrucción secundaria, para el cual se encontró asociación estadística pero esta no fue significativa, al igual que para el nivel de instrucción primaria (OR: 1.93, $p > 0.05$ y OR: 2.02, $p > 0.05$). El 20% tenía nivel de instrucción superior encontrando una fuerte asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto (OR: 2.37 y $p < 0.05$).

El 2.1% consumió alcohol durante su gestación, mientras que el 97.9% no lo hizo, encontrando una fuerte asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y el aborto incompleto. (OR: 2.02 y $p < 0.05$).

El 0.7% consumió cafeína mientras que el 99.3% no lo hizo, por lo que no se encontró asociación con el aborto incompleto (OR: 0.24 y $p > 0.05$).

El 2.9% consumió tabaco mientras que el 97.1% no lo hizo, encontrando una fuerte asociación estadística entre el consumo de tabaco y el aborto incompleto, sin embargo esta no fue significativa (OR: 2.02 y $p > 0.05$).

Tabla 3. Factores Gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

	ABORTO INCOMPLETO				TOTAL		P	OR	IC del OR	
	CASO		CONTROL		N	%			al 95%	
	N	%	N	%					Infer	Sup
FALLA DE MAC										
Si	104	74.30%	110	78.60%	214	76.40%	0,39	0,78	0,45	1,37
No uso	36	25.70%	30	21.40%	66	23.60%				
PARIDAD										
0	30	21.40%	60	42.90%	90	32.10%	0,0001*	0,36	0,22	0,61
1	38	27.10%	38	27.10%	76	27.10%	0,0296*	0,50	0,27	0,94
2	37	26.40%	28	20.00%	65	23.20%	0,0034*	0,38	0,38	1,18
≥3	35	25.00%	14	10.00%	49	17.50%	0,000*	0,20	0,09	0,43
FALLA DIU										
Si	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	NA			
No	140	100.00%	140	100.00%	280	100.00%				
E. G										
≤ 12	123	87.90%	77	55.00%	200	71.40%	0,000*	5,92*	3,22	10,85
> 12	17	12.10%	63	45.00%	80	28.60%				
ANTC. GINECO										
Infección genital	6	4.30%	9	6.40%	15	5.40%	0,43	0,65	0,23	1,88
ITU	18	12.90%	32	22.90%	50	17.90%	0,78	1,19*	0,38	1,18
Patología uterina	4	2.90%	1	0.70%	5	1.80%	0,12	0,17	0,01	1,88
A. de aborto	7	5.00%	3	2.10%	10	3.60%	0,93	0,29	0,05	1,57
No presento	105	75.00%	95	67.90%	200	71.40%	0,35	0,60	0,21	1,76
ANTC. Qx GINEC										
Si	37	26.40%	47	33.60%	84	30.00%	0,19	1,7*	0,42	1,18
No	103	73.60%	93	66.40%	196	70.00%				
ABORTOS PREVIOS										
1	28	20.00%	37	26.40%	65	23.20%	0,20	0,70	0,40	1,22
2	8	5.70%	11	7.90%	19	6.80%	0,94	1,04*	0,37	2,93
≥ 3	1	0.70%	1	0.70%	2	0.70%	0,85	0,76	0,05	12,63
0	103	73.60%	91	65.00%	194	69.30%	0,93	0,67	0,38	1,18
TOTAL	140	100.00%	140	100.00%	280	100.00%				

*P<0,05 significancia estadística

*OR>1 fuerza de asociación

Fuente: Proyecto “Factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto”

La tabla 3 muestra que el 74.3% de las pacientes con aborto incompleto tuvieron falla del método anticonceptivo del que eran usuarias, mientras que el 25.7% manifestó no haber usado método anticonceptivo alguno, por lo que no se encontró asociación estadísticamente significativa (OR: 0,78 y $p > 0,05$).

El 27.1% tuvo un hijo anteriormente seguido del 26.4% que tuvo 2 hijos y el 25% que tuvo 3 hijos o más. No se encontró asociación con el aborto incompleto el tener 1 hijo anteriormente (OR: 0,50 y $p < 0,005$), el tener 2 hijos anteriormente (OR: 0,38 y $p < 0,05$), el tener 3 o más hijos (OR: 0,20 y $p < 0,05$).

El 87.9% presentaron edad gestacional ≤ 12 semanas y el 12.1% > 12 semanas encontrándose una muy fuerte asociación entre edad gestacional y el aborto incompleto así mismo muy altamente significativa (OR: 5,92 y $p < 0,05$).

El 12.9% presento infección urinaria durante su gestación, encontrándose una asociación con el aborto incompleto (OR: 1,19 y $p > 0,05$), pero esta no fue significativa. El 5% presento amenaza de aborto, el 4.3% presento infección genital, el 2.9% presentaba patologías uterinas y el 75% no presento antecedentes ginecológicos, en ninguno de estos últimos se encontró asociación con el aborto incompleto respectivamente (OR: 0,29 y $p > 0,05$), (OR: 0,65 y $p > 0,05$), (OR: 0,17 y $p > 0,05$) y (OR: 0,60 y $p > 0,05$).

El 26.4% presento antecedentes quirúrgicos ginecológicos mientras que el 73.6% no presento antecedentes quirúrgicos ginecológicos, encontrándose una asociación estadística no significativa entre el antecedente quirúrgico ginecológico y el aborto incompleto (OR: 1,7 y $p > 0,05$).

El 20% presento 1 aborto previo, el 5.7% tuvo 2 abortos previos, el 0.7% tuvo 3 o más abortos previos mientras que el 73.6% no tuvo antecedente de aborto. No se encontró asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto el tener 1 aborto previo (OR: 0,70 y $p > 0,05$), el tener 3 o más abortos previos (OR: 0,76 y $p > 0,05$), el no tener antecedente de abortos (OR: 0,67 y $p > 0,05$), si bien se encontró asociación entre el tener dos abortos previos con el aborto incompleto, esta no fue significativa (OR: 1,04 y $p > 0,05$).

Tabla 4. Factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto.

FACTORES ASOCIADOS		OR	P
FACTORES SOCIOCULTURALES	Edad materna ≤ 19 años	3.31	0.0076
	Edad materna > 35 años	3.47	0.0005
	Estado civil Conviviente	2.06	0.0227
	Nivel de instrucción superior	2.37	0.04
	Consumo de alcohol	2.02	0.04
FACTORES GINECO-OBSTETRICOS	Edad gestacional	5,92	0,000

P<0,05 significancia estadística

OR>1 fuerza de asociación

Fuente: Proyecto "Factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto"

La tabla 4 muestra los factores socioculturales asociados al aborto incompleto, siendo estos la edad materna ≤ 19 y > 35 años, el estado civil conviviente, el nivel de instrucción superior y el consumo de alcohol. De los cuales, los factores fuertemente asociados al aborto incompleto son la edad materna ≤ 19 años (OR: 3.31 y $p < 0.05$) y la edad materna > 35 años (OR: 3.47 y $p < 0.05$).

La tabla 4 muestra a su vez el factor gineco-obstetrico con mayor asociación al aborto incompleto, siendo este la edad gestacional (OR: 5,92 y $p < 0,05$) siendo a su vez muy altamente significativa.

V. DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que la edad materna >35 años está asociada al aborto incompleto (OR: 3.47 y $p < 0.0005$), lo que no coincide con el estudio de Laurente L. (2017), quien encontró que era la edad <35 años quien tenía asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto (OR: 3,12 $p < 0,03$), El estado civil en nuestro estudio mostro que el estado civil conviviente tenía asociación con el aborto incompleto (OR: 2.06 y $p < 0.0227$), lo que no coincide con este mismo autor, quien encontró una fuerte asociación estadísticamente significativa con el estado civil soltera (OR:2,34 y $p < 0,0045$). Continuando con los factores socioculturales, se encontró asociación al aborto incompleto con el nivel de instrucción superior (OR: 2.37 y $p < 0,04$), mientras que Laurente, L (2017) encontró que el 68.9% de las pacientes con aborto incompleto no tenían ningún nivel de instrucción o habían cursado con primaria y encontró muy fuerte asociación de este factor con el aborto incompleto a su vez esta fue altamente significativa (OR: 3,67 y $p < 0,0001$). Con respecto a los factores gineco-obstetricos, en el estudio se encontró que el 78.5% de las pacientes en estudio habían tenido 1 o más partos anteriormente pero no se encontró asociación con el aborto incompleto, la frecuencia se encuentra cerca de lo encontrado por Laurente L. (2017), quien encontró que el 82% de las pacientes con aborto incompleto era no nulípara, y encontró fuerte asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (OR: 2,67 y $p < 0,00071$), lo que no coincide con nuestros resultados. En el factor edad gestacional, nuestro estudio reporto que de las pacientes con aborto incompleto el 87.9% tenía una edad gestacional menor a 12 semanas encontrando una muy fuerte asociación estadística muy altamente significativa (OR: 5,92 y $p < 0,05$) , al contrario de lo que encontró Laurente L. (2017), quien en su estudio reporta haber encontrado que el 85.2% de las pacientes con aborto incompleto tenían una edad gestacional menor a 12 semanas lo que coincide con nuestro estudio, sin embargo dicha autora no encontró asociación entre edad gestacional y aborto incompleto (OR: 1,45 y $p = 0,035$).

Nuestros resultados reportan también que el 73.6% no tuvo el antecedente de aborto y no se encontró asociación con el aborto incompleto, lo que no coincide con el estudio de Laurente L. (2017), quien encontró que el 54.1% de las pacientes

con aborto incompleto en su estudio tuvieron antecedente de aborto encontrando a su vez una muy fuerte asociación estadística altamente significativa (OR: 7.0714 y $p < 0.0001$)

La edad materna >35 años tuvo asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto según lo que reportan nuestros resultados (OR: 3.47 y $p < 0.0005$), esto no coincide con el estudio de Silva V. (2016), quien encontró que el 32.6% de las pacientes con aborto tenían entre 35-39 años, de las cuales el 25% presento aborto incompleto y no encontró asociación entre la variable edad y tipo de aborto. Con respecto al estado civil, encontramos que el 60% de las pacientes con aborto incompleto eran convivientes y se encontró asociación con el aborto incompleto (OR: 2.06 y $p < 0.0227$), esto no coincide con lo encontrado por el mismo autor pues no encontró asociación de este factor con el tipo de aborto. Nuestro estudio reporto a su vez que el 73.6% no tuvo antecedente de aborto y no se encontró asociación con el aborto incompleto, lo que coincide con Silva V. (2016), quien encontró que hubo más frecuencia de pacientes sin aborto previo siendo este el 58% de las cuales el 39.1% curso con aborto incompleto de 138 pacientes que cursaron con aborto, a su vez no encontró asociación con el tipo de aborto.

Nuestro estudio mostro que el 20% de las pacientes con aborto incompleto tenían nivel de instrucción superior y se encontró asociación de este con el aborto incompleto (OR: 2.37 y $p < 0.04$) al igual que Flores F. (2017), quien encontró que el 50% tenía nivel de instrucción técnico completo, a su vez encontró asociación estadísticamente significativa de este factor con el aborto ($\chi^2=22,998$; $p < 0,05$). En lo que respecta al consumo de alcohol; nuestro estudio muestra que solo el 2.1% de las pacientes con aborto incompleto consumieron alcohol durante su gestación y se encontró una fuerte asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto (OR: 2,02 y $p < 0,04$), lo que coincide con Flores F. (2017) quien encontró en su estudio que el 60% de las pacientes con aborto consumieron alcohol y encontró asociación de dicho factor con el aborto ($\chi^2=13,300$; $p < 0,05$). El consumo de tabaco se hizo presente en el 2,9% de las pacientes que fueron diagnosticadas con aborto incompleto según nuestros resultados encontrando una fuerte asociación estadística sin embargo no mostro ser significativa (OR: 2,02 y $p > 0,40$),

lo que no coincide con el resultado hallado por Flores F. (2017), quien encontró que el 14% consumió tabaco y pudo establecer que este tenía asociación con el aborto según sus resultados ($\chi^2=8,575$ y $p<0,05$).

Nuestros resultados reportan asociación con la edad materna >35 años (OR: 3.47 y $p<0.0005$), lo que coincide con lo encontrado por Sánchez CJ. (2013), quien encontró asociación entre la edad materna >35 años y el aborto (OR: 1.91 e IC95%: 1.12-3.28). Nuestros resultados reportan asociación con el nivel de instrucción superior (OR: 2.37 y $p<0.04$), lo que no concuerda con los resultados de Sánchez CJ. (2013), quien no encontró asociación de este factor con el aborto. Otro resultado que no concuerda con lo encontrado por dicho autor es el estado civil, ya que se encontró asociación estadísticamente significativa del estado civil conviviente y el aborto incompleto (OR: 2.06 Y $p<0.0227$), mientras que lo hallado por Sánchez CJ. (2013) fue de no asociación de ningún estado civil para con el aborto. Mientras que en nuestro estudio no se encontró asociación del número de abortos con el aborto incompleto, Sánchez CJ. (2013) si encontró asociación entre estas dos variables (OR: 3.09 e IC95%: 2.02-4.73). Al igual que los antecedentes quirúrgicos ginecológicos (AMEU / legrado) en el que no encontramos asociación estadísticamente significativa del antecedente de legrado con el aborto incompleto (OR: 1.7 y $p>0.19$), mientras que dicho autor si encontró asociación con el aborto (OR: 2.42 e IC95%: 1.57-3.74). Nuestros resultados reportan también asociación estadísticamente significativa del consumo de alcohol con el aborto incompleto (OR: 2.02 y $p<0.04$), al igual que lo encontrado por Sánchez CJ. (2013), quien encontró muy fuerte asociación de intoxicación alcohólica con el aborto (OR: 26.91 IC95%: 6.23-116.21), a su vez encontró muy fuerte asociación del consumo de cafeína (OR: 5.00 IC95%: 2.36-10.58) y tabaquismo (OR: 15.29 IC95%: 1.86-125-48) para con el aborto, lo que no coincide con nuestros resultados. No encontramos asociación de amenaza de aborto con el aborto incompleto (OR: 0.29 y $p>0.93$) al igual con patología uterina (OR: 0.17 y $p>0.12$), por el contrario Sánchez CJ. (2013), si encontró asociación entre amenaza de aborto y aborto (OR: 4.06 IC95%: 2.46-6.70) pero al igual que nuestro estudio no halló asociación de patología uterina con el aborto (OR: 2.57 IC95%: 0.77-8.56). La infección urinaria como patología que se presentó en la gestación si bien fue un factor asociado este no fue

estadísticamente significativo (OR: 1.19 y $p > 0.78$), por lo contrario Sánchez CJ. (2013), en sus resultados mostro asociación estadísticamente significativa de esta patología con el aborto (OR: 4.80 IC95%: 2.48-9.29).

Nuestro estudio encontró asociación estadísticamente significativa de la edad materna ≤ 19 años (OR: 3.31 y $p < 0.0076$), > 35 años (OR: 3.47 y $p < 0.0005$) con el aborto incompleto, lo que no coincide con lo encontrado por Ibáñez L. (2014), quien no encontró asociación entre la edad materna < 20 años o > 35 años con el aborto (OR: 0.71, IC95%: 0.39-1.29). Los resultados de este autor con respecto al aborto previo se equipara con el encontrado en este estudio ya que Ibáñez L. (2014) muestra que el 70% no tuvo aborto previo alguno y no encontró asociación estadística significativa con el aborto (OR: 0.88, IC95%: 0.49-1.58), al igual que en el resultado del presente estudio, ya que se encontró que el 73.6% no tuvo aborto previo y no se encontró asociación con el aborto incompleto (OR: 0.67 y $p > 0.93$). El uso de método anticonceptivo según Ibáñez L. (2014), fue del 42% y no encontró asociación de este factor con el aborto (OR: 0.96, IC95%: 0.56-1.66), nuestro estudio concuerda con este resultado ya que de las pacientes que cursaron con aborto incompleto en nuestro estudio, el 74.3% manifestó haber usado un método anticonceptivo, el cual fallo dándose así la gestación y al igual que el autor en mención no se encontró asociación con el aborto incompleto (OR: 0.78 y $p > 0.39$).

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre la edad materna > 35 años con el aborto incompleto (OR: 3.47 $p < 0.0005$), al igual que Dos Santos A. et al. (2016), quien encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad > 34 años y aborto (PR: 1.73 IC95%: 1.27-2.36), por otro lado dicho autor no encontró asociación estadísticamente significativa entre nivel de instrucción y aborto, mientras que nuestro estudio si reporto asociación con respecto al nivel de instrucción superior (OR: 2.37 $p < 0.04$). A su vez no encontró asociación estadísticamente significativa del estado civil con el aborto, mientras que nuestros resultados reportan asociación estadísticamente significativa del estado civil conviviente con el aborto incompleto (OR: 2.06 $p < 0.0227$).

Abinath Y. (2016), encontró asociación de la edad materna entre 30-34 años (OR = 4.59, IC 95% 1.83-11.50), por el contrario nuestro estudio encuentra asociación en la edad materna >35 años (OR: 3.47 $p < 0.0005$), encontró asociación a su vez con el nivel de instrucción secundaria (OR = 2.58, IC 95% 1.62-4.09), mientras que nuestro estudio si bien reporta asociación en el nivel de instrucción secundaria (OR: 1.93) este no fue significativo ($p > 0.08$).

Mohammed S. y Shukriyia S. (2017), encontró una asociación fuertemente significativa de la edad materna con el aborto (chi cuadrado: 18.730 y $p < 0.001$), al igual que nuestro estudio, que muestra asociación estadísticamente significativa de esta variable con el aborto incompleto (OR: 3.47 y $p < 0.0005$). Encontró a su vez asociación del nivel de educación con el aborto (chi cuadrado: 9.709 y $p < 0.046$), al igual que nuestro estudio, donde se reporta asociación estadísticamente significativa del nivel de instrucción superior (OR: 2.37 y $p < 0.04$). Mohammed S. y Shukriyia S. (2017), encontró una muy fuerte asociación también con la paridad (chi cuadrado: 32.071 y $p < 0.001$), lo que no coincide con nuestro estudio ya que no se halló asociación de esta variable con el aborto incompleto. Dicho autor también encontró asociación entre ITU y aborto (chi cuadrado: 10.039 y $p < 0.002$), lo que no coincide con nuestros resultados ya que si bien se encontró asociación, esta no fue estadísticamente significativa (OR: 1.19 y $p > 0.78$). Por último un resultado con el que coincide este autor y nuestro estudio es al que respecta al uso de método anticonceptivo, si bien dicho autor encontró asociación, entre esta variable y el aborto, no fue significativa (chi cuadrado: 3.458 y $p > 0.063$), al igual que nuestro resultado hallado, ya que no se encontró asociación con la falla de método anticonceptivo y aborto (OR: 0.78 y $p > 0.39$).

Pitriani R. (2013); encontró asociación estadísticamente significativa entre la educación y el aborto incompleto (OR: 1.469, $P < 0,023$, IC 95%: 1,067-2,024), al igual que lo reportado en nuestros resultados, que muestran una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción superior y el aborto (OR: 2.37 y $p < 0.04$).

Según el estudio de Popia C., Mamoru T. & Kleveston T. (2018); el tabaquismo tenía asociación con el aborto (OR: 7.09 y $p < 0.0001$), lo que no coincide con nuestros resultados ya que si bien se encontró asociación de este factor con el aborto incompleto, esta no fue significativa (OR: 2.02 y $p > 0.40$). La historia de aborto previo también fue asociada con el aborto en el estudio de dichos autores (OR: 2.14 y $p < 0.010$), mientras que nuestros resultados reportan no asociación del aborto previo y el aborto incompleto. Por otro lado, encontramos asociación del estado civil conviviente, y el nivel de instrucción superior con el aborto incompleto (OR: 2.06 y $p < 0.0227$) (OR: 2.37 y $p < 0.04$) respectivamente, al igual que lo hallado por Popia C., Mamoru T. & Kleveston T. (2018), ya que encontraron asociación de los factores estado civil y escolaridad con el aborto (OR: 1.98 y $p < 0.037$) (OR: 2.03 y $p < 0.0013$).

Los autores que coinciden con parte de los resultados hallados en nuestro estudio son: Sánchez CJ. (2013), Mohammed S. y Shukriyia S. (2017), y Dos Santos A. et al. (2016), coinciden en que la edad materna >35 años es un factor asociado estadísticamente significativo al aborto. Flores F. (2017) y Mohammed S. y Shukriyia S. (2017) y Popia C., Mamoru T. & Kleveston T. (2018); coinciden en la asociación estadísticamente significativa del nivel de instrucción como factor asociado al aborto. Estos últimos autores también coinciden en que el estado civil es un factor asociado al aborto. Sánchez CJ. (2013) y Flores F. (2017), coinciden a su vez en que el consumo de alcohol durante la gestación es un factor asociado al aborto. Silva V. (2016) e Ibáñez L. (2014), coinciden en que el no tener antecedente de aborto no es un factor asociado al aborto. Sánchez CJ. (2013) coincide también en que la patología uterina durante la gestación no es un factor asociado al aborto. Ibáñez L. (2014), ya mencionado anteriormente coincide también en que el uso de método anticonceptivo no es un factor asociado al aborto, al igual que Mohammed S. y Shukriyia S. (2017).

VI. CONCLUSIONES

Los factores socioculturales y gineco-obstetricos que están asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan durante el año 2017 son la edad materna ≤ 19 y >35 años, estado civil conviviente, nivel de instrucción superior, el consumo de alcohol y la edad gestacional.

Las características demográficas que se consideraron en el estudio fueron edad materna, el estado civil y nivel de instrucción; teniendo en cuenta esto, el 41.4% de las pacientes tenían edades entre 20-30 años, el 22.9% de las pacientes tenían edad mayor a 35 años, el 20% tenían edades entre 31-35 años y el 15.7% tenían edades menor o igual a 19 años. Con respecto al estado civil; el 60% de las pacientes eran convivientes, el 22.9% eran solteras mientras que el 17.1% eran casadas. El 61.4% tenía nivel de instrucción secundaria, el 20% nivel de instrucción superior, el 17.1% primaria y el 1.4% era analfabeta.

La edad materna ≤ 19 y >35 años, el estado civil conviviente, el nivel de instrucción superior, así como, el consumo de alcohol son factores socioculturales asociados directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

La edad gestacional es un factor Gineco-obstetrico asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

Los factores con mayor fuerza de asociacion al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan, son la edad materna ≤ 19 y >35 años y la edad gestacional < 12 semanas.

V. RECOMENDACIONES

Brindar capacitación al personal de salud del Hospital de Huaycan con respecto a los factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto incompleto con el fin de poder actuar de manera preventiva-promocional.

Realizar charlas educativas a las pacientes con predisposición de presentar aborto, mujeres con edades menores o igual a 19 y mayores de 35 años. Se recomienda a los profesionales de la salud del Hospital de Huaycan fortalecer el conocimiento educativo por medio de campañas acerca del aborto, principalmente centrándose en las causas y consecuencias de este.

Implementar intervenciones educativas de sensibilización y motivación para la prevención del aborto, como el uso de los diferentes métodos anticonceptivos y otros temas vinculados a la salud reproductiva.

Se recomienda a los profesionales de salud, realizar un buen control prenatal a tiempo y una anamnesis minuciosa y detallada, con el fin de poder obtener datos verídicos de la paciente, concientizar a su vez sobre la importancia de este.

Se recomienda realizar otros estudios para confirmar los factores asociados al aborto incompleto y otros estudios en la misma línea de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abinath Y. (2016). Prevalence and factors associated with abortion in Nepal: a National cross-sectional study. (Master Thesis). University of Tampere. Finlandia.

Amnistía Internacional. (2014). *Al borde de la muerte: Violencia contra las mujeres y prohibición del aborto en El Salvador*. London. Recuperado de: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr29/003/2014/es/>

Cabero, L. (2012). *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. (2ª Ed). p. 1237-1243: Madrid: Medica Panamericana.

Cunningham F, Leveno K, Blomm S, et al. (2006). *Williams Obstetricia*. (23ª Ed). p. 215-223: México: Mc Graw-Hill.

Donoso E, Carvajal J, Vera C, et al. (2014). *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal*. Revista Médica de Chile, vol. 142. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004

Dos Santos A. et al. (2016). Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016;38: 273–279. Recuperado de: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0036-1584940.pdf>

Eschenbach D. (2015). *Tratamiento del Aborto Séptico espontaneo e inducido*. Department of Obstetrics and Gynecology. Recuperado de https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2015_Translation_Eschenbach.pdf

Fescina R, Schwarcz R & Duverges C. (2016). *Obstetricia*. (7ª Ed). p. 235-240: Buenos Aires: El Ateneo.

Flores F. L. (2017). Factores asociados al aborto en mujeres que acuden por emergencia al servicio de ginecología-obstetricia de una institución militar durante el periodo 2015 y 2016. (*Tesis para optar el Título de Médico Cirujano*). Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); (2014). Como ha cambiado el mundo en los últimos 20 años; Nueva York. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/news/c%C3%B3mo-ha-cambiado-el-mundo-en-los-%C3%BAltimos-20-a%C3%B1os>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); (2017). Desigualdad en el acceso a la salud reproductiva y su vínculo con otras formas de desigualdad amenazan Objetivos de Desarrollo Sostenible; Perú. Recuperado de <http://peru.unfpa.org/es/news/desigualdad-en-el-acceso-la-salud-reproductiva-y-su-v%C3%ADnculo-con-otras-formas-de-desigualdad?page=0%2C3>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Regiones con altas tasas de mortalidad materna enfrentan serios desafíos para asegurar la calidad en la atención de la salud materna; Perú. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2017/FEB/SaludMaterna/Nota1.html>

Guevara, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56:10-17. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a03v56n1.pdf

f

Guttmacher institute. (2018). Aborto en América Latina y el Caribe. New york. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>

Ibáñez, L. (2014). Factores de riesgo para el aborto en el Hospital Belén de Trujillo. Diciembre 2013– Agosto 2014. (*Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina*). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.

Laurente, L. (2015). Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el Hospital de baja complejidad Vitarte. (*Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano*). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

Llorente M, Díaz M & Méndez P. (2016). Determinantes contextuales del aborto inducido: un análisis panel. *Revista de Saude Publica*, 50 (8): 1-10

Lombardía J, Fernández M. (2007). *Ginecología y obstetricia. Manual de consulta rápida*. (2da Ed). Buenos aires.

Macías R. Factores culturales y desarrollo cultural comunitario. (s.f.) Recuperado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011c/985/factores%20culturales%20y%20desarrollo%20cultural.html>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador; (2013). Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente. Ecuador. Recuperado de <http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia de aborto espontaneo.pdf>

Ministerio de Salud; (2007). Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva. Perú. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

Ministerio de salud; (2015). Guía técnica: Consejería nutricional en el marco de la Atención Integral de Salud de la Gestante y Puérpera. Perú. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM_460-2015-MINSA.pdf

Mohammed H. y Shukriyia S. (2017). Risk Factors Associated with Spontaneous Abortion at Al-Najaf City. International Journal of Scientific and Research Publications. 7 (8), 433-444. Recuperado de: <http://www.ijsrp.org/research-paper-0817/ijsrp-p6852.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Prevención del Aborto peligroso; Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra; 2017 [acceso 2 de marzo del 2018]. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año; Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortions-worldwide/es/>

Pitriani R. (2013). Factors Associated with Incomplete Abortion in Arifin Achmad General Hospital District Arifin Achmad of Riau Province. Jurnal Kesehatan Komunitas. 2 (2), 83-87. Recuperado de: <http://jurnal.htp.ac.id/index.php/keskom/article/view/50/39>

Popia C., Mamoru T., & Kleveston T. (2018). Risk factors for abortion in a tertiary Hospital in South Brazil: a case-control study. 47 (2): 35-48. Recuperado de: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/222/248>

Quesada J. (2014, Octubre 23). Más de mil abortos por día en el Perú. *Correo*. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/ciudad/mas-de-mil-abortos-por-dia-en-el-peru-3423/>

Rodríguez, B. (2008). Perú registra 400 000 abortos al año. *AmecoPress*. Madrid; Recuperado de <http://www.amecopress.net/spip.php?article1290>

Sánchez J. (2013). Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco–obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho–Lima, durante el periodo agosto–diciembre del 2012. (*Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano*). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.

Shaw, D. (2010). La iniciativa FIGO para la Prevención del Aborto Inseguro. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110 (1). Recuperado de https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/IJGO/supplements/IJG110_S1_SpanishForFIGO.pdf

Silva, V. (2016). Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del Hospital I Edmundo Escomel Essalud Arequipa en el año 2016. (*Tesis para optar el título de segunda especialidad Profesional en Alto riesgo y Emergencias Obstétricas*). Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa, Perú.

Unos 4.500 abortos espontáneos anuales se dan en la ex Maternidad de Lima. (2013, Marzo 22). *ATV.pe*.

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuáles son los factores socioculturales y Gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Identificar los factores socioculturales y Gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.</p>	<p>HIPOTESIS ALTERNATIVA: La edad materna como factor sociocultural está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.</p> <p>La paridad como factor gineco-obstétrico está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.</p> <p>El antecedente de aborto como factor gineco-obstétrico está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.</p>	<p>ABORTO INCOMPLETO</p>	<p>El estudio que se realizara será una investigación de tipo no experimental, ya que no habrá manipulación de variable. Por el tiempo de recolección de datos el estudio que se realizara será retrospectivo.</p> <p>Dentro de este tipo de investigación el estudio se enmarcara en el diseño transversal. El diseño de investigación corresponderá al diseño de casos y controles porque se compararan grupos de sujetos; con el problema (casos) y sin el problema (controles).</p>
<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS: ¿Cuáles son las características demográficas de las pacientes atendidas por aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017?</p> <p>¿Cuáles son los factores socioculturales asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017?</p> <p>¿Cuáles son los factores Gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS: Determinar las características demográficas de las pacientes atendidas por aborto incompleto en el Hospital de Huaycan – 2017</p> <p>Establecer los factores socioculturales asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017</p> <p>Definir los factores Gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.</p>	<p>HIPOTESIS NULA: La edad materna como factor sociocultural no está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.</p> <p>La paridad como factor gineco-obstétrico no está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.</p> <p>El antecedente de aborto como factor gineco-obstétrico no está asociado directamente con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017.</p>	<p>Factores socioculturales y gineco-obstétricos</p>	<p style="text-align: center;">POBLACION Y MUESTRA</p> <p>POBLACION: La poblacion estuvo compuesta por 415 casos de aborto atendidos en el Hospital de Huaycan - 2017.</p> <p>MUESTRA La muestra obtenida fue de 140 casos y 140 controles.</p> <p>TIPO DE MUESTREO El tipo de muestreo a usar sera el de aleatorio simple.</p> <p style="text-align: center;">TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS</p> <p>La tecnica que se utilizara es la encuesta por medio de la ficha de recoleccion de datos como instrumento.</p>

ANEXO 2

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	NUMERO DE ITEMS	ESCALA DE MEDICION	NIVELES Y RANGOS
Aborto incompleto	Patologia	Registro de diagnostico en la Historia	1	Nominal	Si No
Factores asociados	Factores socioculturales	Edad de la madre	1	Intervalo	< 19 años 20-30 años 31-35 años >35 años
		Procedencia	1	Nominal	HH SR. MILA GROS FNJ FR HZ
		Nivel de instrucción	1	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
		Estado civil	1	Nominal	Soltero Casado Conviviente
		Consumo de cafeina	1	Nominal	Si No
		Consumo de alcohol	1	Nominal	Si No
		Consumo de tabaco	1	Nominal	Si No
	Factores Gineco-obstetricos	Falla de metodo anticonceptivo	1	Nominal	Si No uso
		Paridad	1	Intervalo	0 1 2 >3
		Existencia de Dispositivo intrauterino en gestacion actual	1	Nominal	Si No
		Edad gestacional	1	Intervalo	< 12 sem ≥ 12 sem
		Antecedentes quirurgicos (ginecologicos)	1	Nominal	Si No
		Antecedentes ginecologicos	1	Nominal	No presenta Amenaza de aborto Patologia uterina Infecciones genitales Incompetencia cervical ITU
		Numero de Abortos previos	1	Intervalo	0 1 2 > 3

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y GINECO-OBSTETRICOS A SOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO

N° HC:

CASO CONTROL

I. Factores socioculturales

1.1 Edad de la madre: < 19 años 20-30 años
31-35 Años >35 años

1.2 Procedencia: HH Sr. Milagros FNJ FR HZ

1.3 Nivel de Instrucción: Analfabeta Primaria
Secundaria Superior

1.4 Estado civil: Soltera
Casado
Conviviente

1.5 Consumo de Alcohol: Si No

1.6 Consumo de cafeína: Si No

1.7 Consumo de Tabaco: Si No

II. Factores gineco-obstetricos:

2.1 Falla de MAC: Si No uso

2.2 Paridad: 0 1 2 >3

2.3 Existencia de Dispositivo intrauterino en gestación actual: Si No

2.4 Edad gestacional: <12 semanas >12 semanas

2.5 Antd| ginecológicos: No presenta ITU
Amenaza de aborto
Patología uterina
Infecciones genitales
Incompetencia cervical

3.6 Antc. Quirúrgico (ginecológico): Si No

3.7 Número de abortos previos: 0 1
2 >3

ANEXO 4
SOLICITUD PARA VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Lima, 11 de abril del 2018


Señor(a) Experto(a):

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez del contenido del instrumento de recolección de datos que será aplicado en el estudio denominado: "FACTORES SOCIOCULTURALES Y GINECO-OBSTETRICOS RELACIONADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCAN – 2017".

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores y la relación de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de usted.

Atentamente


Santisteban Chapoñan Alejandra

ANEXO 5

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

Estimado(a) experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SI o NO en cada Ítem según su opinión sea favorable o desfavorable.

ITEM	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos.	X		
3	Los Ítems derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable.	X		
4	El número de Ítems es suficiente para recoger la información.	X		
5	La redacción de los Ítems es clara, sencilla y precisa.	X		


ROSA BLANCA GARCÍA LÓPEZ
OBSTETRAZ ASISTENCIAL
C.O.P. 10 74

JUICIO DE EXPERTOS

Estimado(a) experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SI o NO en cada Ítem según su opinión sea favorable o desfavorable.

ITEM	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos.	X		
3	Los Ítems derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable.	X		
4	El número de Ítems es suficiente para recoger la información.	X		
5	La redacción de los Ítems es clara, sencilla y precisa.	X		

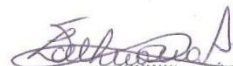
G. Giacometti
 N. GIOVANNA M. CONCELLOS M.
 OBSTETRIZ
 COP 3312
 N.A. 306274900

JUICIO DE EXPERTOS

Estimado(a) experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta. Marque con un aspa (X) en SI o NO en cada ítem según su opinión sea favorable o desfavorable.

ITEM	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos.	X		
3	Los ítems derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable.	X		
4	El número de ítems es suficiente para recoger la información.	X		
5	La redacción de los ítems es clara, sencilla y precisa.	X		


 NA 805940300
L. HAYDE SALHUANA A.
 OBSTETRA ESPECIALISTA EMERG. OBST.
 COP.10649 RE. 1453-E09

JUICIO DE EXPERTOS

Estimado(a) experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta. Marque con un aspa (X) en SI o NO en cada ítem según su opinión sea favorable o desfavorable.

ITEM	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos.	X		
3	Los ítems derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable.	X		
4	El número de ítems es suficiente para recoger la información.	X		
5	La redacción de los ítems es clara, sencilla y precisa.	X		


 Mercedes L. Flores B.
 OBSTÉTRIZ
 COP. 12788

JUICIO DE EXPERTOS

Estimado(a) experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SI o NO en cada Ítem según su opinión sea favorable o desfavorable.

ITEM	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos.	X		
3	Los Ítems derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable.	X		
4	El número de Ítems es suficiente para recoger la información.	X		
5	La redacción de los Ítems es clara, sencilla y precisa.	X		


Mercedes Mendoza Cárdenas
JEFA DE OBSTETRAS
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
COP 2667

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: "Factores socioculturales y gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017"

Investigador: Santisteban Chapañan María Alejandra

Estimada paciente:

El aborto es un problema de salud mundial y debido a su frecuencia y a las complicaciones que se producen siendo una de estas el aborto incompleto, se ha planteado la necesidad de realizar un trabajo de investigación con respecto a los factores que pueden estar asociados con respecto a esta patología.

El estudio para el cual solicitamos su participación ha sido autorizado por el Comité de ética del Hospital de Huaycan, y consiste en el estudio de diversos factores asociados al aborto incompleto. Estos son determinados a través del llenado de un cuestionario por parte del investigador, quien le realizara diversas preguntas relacionadas con su historia médica y hábitos.

Su participación es completamente voluntaria y en ningún caso sus datos personales serán revelados, siendo garantizada la confidencialidad de los mismos. Si usted no desea participar no existirá constancia de esto en ningún documento, siendo su participación sustituida por otra paciente. No obstante, si usted decide participar se le solicita responda a las cuestiones planteadas con la mayor sinceridad posible, con el fin de que el investigador pueda revisar ciertos elementos de su historia clínica que pueda tener interés no solo para la investigación si no para su propia salud y el de muchas pacientes que presenten esta patología.

Si después de leer esto tuviera alguna duda, consulte con la persona que le proporciona esta nota. Se agradece su colaboración.

Mediante la firma del presente consentimiento, la paciente manifiesta:

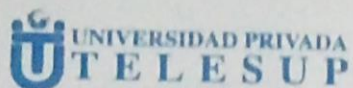
- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer cuantas preguntas he creído conveniente sobre el estudio, recibiendo así información suficiente del mismo.

Por todo lo cual, voluntaria y libremente doy mi conformidad para participar en el estudio.

Firma de la paciente

ANEXO 7

CONSTANCIA DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS



CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

El Jefe de la Oficina de Grados y Títulos de la Universidad Privada TELESUP, hace constar, que el Proyecto "Factores socioculturales y gineco-obstétricos relacionados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan - 2017" presentado por la autora: MARIA ALEJANDRA SANTISTEBAN CHAPOÑAN, para optar el Grado de Licenciada en Obstetricia ha cumplido con los estándares establecidos por la Universidad, por lo que se aprueba el proyecto de tesis teniendo como fecha de aprobación el 29 de abril de 2018.

A petición del interesado y para los fines que estime conveniente se expide la presente constancia.

Lima, 09 de mayo de 2018



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Anaximandro Perales Sánchez', written over a horizontal line.

Dr. Anaximandro Perales Sánchez
VICERRECTOR ACADEMICO DE UP TELESUP

ANEXO 8

SOLICITUD PARA AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

Lima, 07 de Mayo del 2018



"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA
EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN, TESIS.

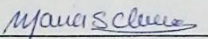
Sr. Dr. Jorge Luis, Sánchez Veintimilla
Director General del Hospital de Huaycan

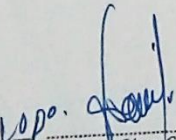
Yo, María Alejandra Santisteban Chapoñan, identificada con DNI N° 72040987, actualmente egresada el 2017 de la carrera de Obstetricia de la Universidad Privada TELESUP.

Solicito a usted que disponga la aprobación y autorización para la ejecución del Proyecto de investigación que presento, titulado "Factores socioculturales y factores gineco-obstetricos relacionados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017", el cual ha sido aprobado por la Universidad.

Por tanto, ruego a usted acceda a mi petición.

Atentamente


María Alejandra Santisteban Chapoñan
DNI: 72040987


Dr. Walter Gómez Gonzales
INVESTIGADOR PRINCIPAL
CONCYTEC - MINSA - ESSALUD

ANEXO 9

PROVEIDO DE INVESTIGACION



PERU Ministerio de Salud

Hospital de Huaycán

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRRES"
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN Nº 009-2018

LOS QUE SUSCRIBEN:

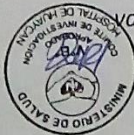
Dr. Jorge Luis Sánchez Veintimilla.
Director del Hospital de Huaycán.
Lic. Raúl Felipe Chuquiyaury Justo
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

La Srta. Santisteban Chapoñan María Alejandra, ha presentado el trabajo de investigación titulado:

“Factores Socioculturales y Gineco-Obstétricos relacionados al Aborto Incompleto en las Pacientes Atendidas en el Hospital de Huaycán - 2017”

El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN

J. Sánchez
Dr. Jorge Luis Sánchez Veintimilla
C.O.P. 29588
DIRECTOR

Lima, 7 de junio del 2018.

HOSPITAL HUAYCÁN

Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B" Huaycán - Ate
Telf. 371-6049 / 371-6797 / 371-5979 / 371-5530
E mail: hhuaycan@hotmail.com

ANEXO 10

SOLICITUD PARA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

INFORME N° 176 -2018-UADI-HH/MINSA

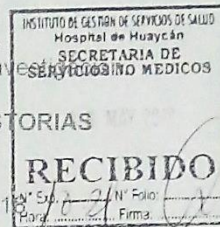
A : DRA. DANNY GIANINA ESPINOZA HUETE
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

DE : LIC. RAÚL FELIPE CHUQUIYAURI JUSTO,
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ASUNTO : FACILIDADES PARA LA REVISIÓN DE HISTORIAS
CLÍNICAS CON FINES DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIA : PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN N° 008-2018

FECHA : Huaycán, 08 de junio de 2018



Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez, en atención al documento de la referencia, de aprobación de proyecto de tesis para su ejecución en nuestra institución, solicitarle gentilmente se brinde las facilidades para la revisión de historias clínicas a las investigadoras, *Srta. Santisteban Chapoñan María Alejandra*, quienes presentaron su proyecto de Investigación Titulado "*Factores Socioculturales y Gineco-Obstétricos relacionados al Aborto Incompleto en las Pacientes Atendidas en el Hospital de Huaycán - 2017*", El mismo que fue aprobado con **PROVEÍDO N° 009- 2018**

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para manifestarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.

Lic. Raúl Felipe Chuquiyauri Justo
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

C.c. archivo
RCHJ / csrl

ANEXO 11
REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

