

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A ABORTO
INCOMPLETO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EMERGENCIA DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DURANTE ENERO –
DICIEMBRE 2019**

PRESENTADO POR EL BACHILLER EN MEDICINA HUMANA

Henry Luis Morales Mendez

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

ASESOR

DR. RICHARD IVÁN RUBIO RAMOS

**MÉDICO INTERNISTA, MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN EN
MEDICINA INTERNA**

LIMA, PERÚ

2020

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis hermanos por su apoyo incondicional durante todos los años de mi formación, así como su constante aliento para superar las adversidades que la vida nos presenta.

Agradezco a mis asesores, al Servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital San José del Callao por todo el apoyo brindado durante todo el transcurso de la investigación.

DEDICATORIA

Dedicado a mi madre quien siempre impulso a todos mis hermanos a alcanzar sus objetivos.

RESUMEN

Antecedentes: El aborto incompleto es una patología que año tras año se presenta en las gestantes y que pueden traer consigo complicaciones que pueden resultar potencialmente letal. Es debido a una expulsión parcial antes de las 22 semanas o un producto que pese menos de 500 gramos, por tanto es crucial determinar cómo los factores sociodemográficos influyen en su aparición y posteriormente poder aplicar políticas que puedan reducir su prevalencia y consigo sus consecuencias.

Objetivos: Determinar cómo los factores sociodemográficos se asocian a la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en Emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San José durante Enero – Diciembre 2019

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico de tipo caso- control. Se realizó un análisis univariado de los datos mediante la determinación de frecuencias y porcentajes. Posterior a ello, se realizó un análisis bivariado de las variables independientes con la prueba estadística Chi cuadrado para las variables cualitativas con la finalidad de evaluar su asociación con la variable aborto incompleto.

Resultados: El estudio determinó que el 86,5 % del total de pacientes presentaron edades comprendidas en el rango de 15-35 años, así como la procedencia predominante fue el Callao con un 57,7% y el grado de desempleo fue del 76,8% en las pacientes así un $OR= 1,641$ y un valor de $p= 0,03$.

Conclusiones: El desempleo es un factor de riesgo para la presentación de aborto incompleto.

Palabras clave (DeCs): Aborto incompleto, factores sociodemográficos, emergencia Gineco-obstetricia

ABSTRACT

Background:Incomplete abortion is a pathology that occurs year after year in pregnant women and that can bring with it complications that can be life-threatening. It is due to a partial expulsion before 22 weeks or a product weighing less than 500 grams, therefore it is crucial to determine how sociodemographic factors influence its appearance and subsequently to be able to apply policies that can reduce its prevalence and its consequences. Objectives: To determine how sociodemographic factors are associated with the appearance of incomplete abortion in patients attended in the Gynecology-Obstetrics Emergency of the San José Hospital during January - December 2019

Materials and Methods: An observational, retrospective, analytical case-control type study was performed. A univariate analysis of the data was performed by determining frequencies and percentages. Subsequently, a bivariate analysis of the independent variables was performed with the Chi-square statistical test for the qualitative variables in order to evaluate its association with the variable incomplete abortion.

Results:The study determined that 86.5% of the total of patients had ages comprised in the range of 15-35 years, as well as the predominant origin was Callao with 57.7% and the degree of unemployment was 76, 8% in patients like this one in OR = 1.641 and a value of $p = 0.03$.

Conclusions: Unemployment is a risk factor for the presentation of incomplete abortion

Key words (DeCs): Incomplete abortion, sociodemographic factors, Gyneco-obstetric emergency

INTRODUCCION:

El presente trabajo de investigación aborda el tema del Aborto Incompleto, ya que este representa un problema de salud pública, con mayor presencia en países en vías de desarrollo como lo es el Perú. Un estudio del 2006 estima que en Perú se practican aproximadamente 371,420 abortos por año. Algunas de las razones que llevan a las mujeres a tomar esta decisión son el nivel económico, el estado civil, necesidad de culminar estudios, etc.¹ El aborto presenta diferentes clasificaciones, siendo para interés de la presente investigación la clasificación que se basa según la terminación del aborto ya que el producto puede expulsarse parcial o totalmente , siendo el aborto incompleto la expulsión parcial del producto antes de las 22 semanas o un producto que presente un peso menor a los 500 gramos.

En este estudio se describe las características sociodemográficas de las pacientes que acuden al servicio de emergencia y que presentaron el diagnóstico de aborto incompleto. La importancia que tiene este estudio sobre el aborto incompleto se fundamenta en el hecho de que esta patología puede condicionar al aumento de la morbilidad y mortalidad en las mujeres que se encuentran en edad fértil, trayendo consigo secuelas que pueden repercutir posteriormente en su vida personal y social.

Siendo el aborto incompleto un problema de salud pública, se quiere lograr con este estudio, evaluar la población que ingresa con este diagnóstico al San José del Callao, determinando las características sociodemográficas y su relación con esta patología, para obtener información actualizada que contribuyan a la búsqueda o realización de métodos que ayuden a disminuir la frecuencia de las pacientes con este diagnóstico.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION:	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECIFICOS	9
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Justificación de la investigación	12
1.4 Delimitación del Problema: Línea de Investigación	13
1.5 Objetivos de la Investigación	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes de la Investigación	14
2.2 Bases teóricas	26
2.3 Definiciones de conceptos operacionales	30
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	32
3.1 HIPOTESIS: GENERAL Y ESPECÍFICAS	32
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACION.....	32
CAPITULO IV: METODOLOGIA	34
4.1 Tipo y diseño de investigación	34
4.2 Población y muestra	34
4.3 Operacionalización de variables	38
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
4.5 Procesamiento de datos y plan de análisis	40

4.6 Aspectos éticos de la investigación	40
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
5.1 RESULTADOS	41
5.2 DISCUSION DE RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS.....	55

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECIFICOS

En un comunicado de prensa emitido en el 2017 por la Organización Mundial de la Salud en asociación con el instituto Guttmacher (Organización no gubernamental sin fines de lucro que apoya al aborto como parte de la salud sexual) nos señalan que entre el año 2010 y 2014 se produjo a nivel mundial 25 millones de abortos peligrosos al año, lo que representa un 45 por ciento de todos los abortos. ²

Así mismo menciona que en su mayoría (97%) se produjeron en países en vías de desarrollo como lo son los países de América Latina y África lo que implica que en estas localidades no se tiene una educación y mucho menos acceso a métodos anticonceptivos lo que denota una mala gestión por parte de las autoridades competentes respecto a este tema. Esto a su vez traerá consigo complicaciones que repercutirán en la salud de esta población, así como repercusiones sobre su familia; esto conforme avanza la tecnología debería ir reduciéndose, pero lo que se ha demostrado es que por el contrario tiene cierta tendencia al aumento.²

En el mismo comunicado se evidencio que el nivel cultural, así como el nivel económico de las mujeres guardaba relación con una mayor predisposición al aborto, Lo que a su vez era más marcado en los países donde el acceso a la educación de calidad es más complicado y que las políticas para mitigar esto son insuficientes.²

En una encuesta realizada en Perú en el 2018 por PROMSEX (centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos) nos menciona

que un 19 % de las mujeres entre 18 y 49 años se han realizado un aborto, dicha cifra no varía considerablemente entre las regiones, sin embargo en la zona oriental del país es donde se presenta con mayor intensidad lo que demuestra también una falta de cobertura de las políticas relacionadas a la salud reproductiva y sobre todo lo relacionado a métodos anticonceptivos, en la región Lima-Callao prevalece con un 17 % existiendo una ligera diferencia según el perfil socioeconómico que se inclina más hacia los grupos C, D Y E a esto se agrega que en promedio las mujeres que abortan tienen más de 2 hijos .³

Todo lo mencionado no se limita a mujeres con nivel educativo bajo dado que según este estudio se establece que mujeres con educación primaria represento un 9 por ciento, mujeres con educación secundaria represento 46 por ciento y las mujeres con educación superior 45 por ciento. De esto podemos llegar a la conclusión que la práctica del aborto es transversal y no se presenta en mayor medida en mujeres con nivel educativo bajo.³

En el mismo estudio llevado a cabo por PROMSEX se pone en manifiesto que la incidencia entre las mujeres que abortan no va a la par o sigue algún tipo de relación respecto a la edad, ya que según sus resultados por grupo etario, las mujeres entre los 18 y 29 años el 15 % se han sometido alguna vez a una práctica abortiva, las mujeres entre los 30 y 39 años se sometieron a una práctica abortiva fue de 22 % y las mujeres entre los 40 y 49 años no presentaron disminución de la incidencia de esta práctica ya que se presentó en un 22 % ; lo que nos lleva a pensar que las mujeres abortan a cualquier edad y este no representa algún tipo de impedimento o por lo contrario un factor que nos haga pensar que influirá sobre la posibilidad de abortar .³

En la resolución directoral del hospital San José del Callao del año 2018 el aborto representa la segunda causa de morbilidad en pacientes entre los 10 y 19 años de edad, en el siguiente grupo que corresponden los pacientes entre los 15 a 49 años de edad el aborto representa la primera causa de morbilidad ello no varía

mucho en comparación al siguiente grupo etario comprendido entre los 20 a 64 años. ⁴

El aborto represento la primera causa de morbilidad en pacientes hospitalizadas en edad fértil. Solo en el servicio de obstetricia representa el 10 % seguido de muy lejos por las infecciones de las vías urinarias en el embarazo lo que representa un 2.9 %, todo esto muy alarmante dada las implicancias médico legal y las complicaciones que de estas pueden derivar.⁴

Del total de abortos durante el año 2017 que terminaron en hospitalización (353) el seguro integral de salud cubrió los gastos de 206 pacientes, lo que significa que 147 pacientes fueron atendidas a demanda .⁴ Ello significa un mayor gasto para el hospital, así como para los familiares de los pacientes.

Por todo lo mencionado se genera una discordante entre ciertos estudios que indican que los factores sociodemográficos como edad, nivel sociocultural, ocupación, etc. influyen en la aparición de aborto en las gestantes como otros estudios en los que no se le da gran importancia como factor de riesgo.

Pese a la importancia de este tema no se ha encontrado la suficiente bibliografía nacional que aborde de manera directa a los factores sociales y demográficos como desencadenantes de aborto, y los que existen realizados por organismos internacionales en algunos casos llegan a ser contradictorios. Ante lo anteriormente expuesto, se consideró realizar el presente estudio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y el aborto incompleto en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San José durante los Enero – Diciembre 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Pese a lo mencionado en el Hospital San José del Callao no se ha encontrado un estudio que asocie las características sociodemográficas con la presentación de aborto incompleto, lo cual podría ser de gran utilidad en el primer nivel de atención de salud con lo cual se identificaría a la población más vulnerable, y aplicar políticas para de este modo reducir su prevalencia y consigo sus consecuencias.

Al conocerse mejor dichas características se puede plantar mejores políticas que reduzcan el impacto negativo; pudiendo servir toda la información recolectada información no solo a los médicos Gineco-obstetra sino a otros como los médicos de medicina familiar ya que son estos quienes tiene mayor probabilidad de brindar atención a los grupos más vulnerables .⁵

En ese sentido el presente trabajo de investigación se justifica desde el punto de vista teórico ya que permitirá determinar la relación existente entre los factores sociales como factores de riesgo o no para la aparición de aborto incompleto.

Del mismo modo se justifica para permitir determinar la relación existente entre los factores demográficos como factores de riesgo o no para la aparición de aborto incompleto.

Y desde el punto de vista práctico se justifica ya que al determinar la relación existente o no entre los factores sociales y demográficos, se podrá implementar estrategias que garanticen la prevención de esta patología, para así fomentar los cuidados necesarios respecto a este tema.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se delimitará a factores sociales y demográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de Gineco-obstetricia del Hospital San José durante enero – diciembre 2019.

El presente estudio surge de la revisión de la Matriz de Líneas Prioridades de Investigación en Salud 2018 – 2019, elaborada por ESSALUD se ubica en condiciones materno perinatales.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General

Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San José durante Enero – Diciembre 2019

Específicos

1. Determinar la asociación entre la edad y la aparición de aborto incompleto.
2. Determinar la asociación entre la procedencia y la aparición de aborto incompleto.
3. Determinar la asociación entre el grado de instrucción y la aparición de aborto incompleto.
4. Determinar la asociación entre la ocupación y la aparición de aborto incompleto.
5. Determinar la asociación entre el estado civil y la aparición de aborto incompleto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Dankwah E ⁶ (Ghana 2018) en su artículo “The relationship between sociodemographic factors and reporting having terminated a pregnancy among Ghanaian women: a population-based study”. Estudio que emplea un modelo de regresión logística que utilizan datos de la encuesta demográfica y de salud de Ghana del año 2014. Se calculó los OR para las asociaciones entre la interrupción del embarazo y factores demográficos y socioeconómicos. Se obtuvo como resultados que el nivel de educación, el estado laboral, el financiero y el estado civil de las mujeres están significativamente asociados con la interrupción del embarazo. Concluye que las mujeres que están empleadas, conviven con una pareja y son consideradas de clase media o ricas son más propensas que sus contrapartes a reportar haber interrumpido un embarazo. Las mujeres ghanesas con niveles de educación intermedios son más propensas que sus contrapartes más y menos educadas a reportar haber interrumpido un embarazo. Estos hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar políticas destinadas a reducir los abortos inseguros asociados con embarazos no deseado. Las recomendaciones incluyen proporcionar educación en planificación familiar y alcance a grupos de alto riesgo para reducir los embarazos no deseados y mejorar las condiciones de trabajo para las mujeres embarazadas.

Adjei G ⁷ (Ghana 2015) en su artículo “Predictors of abortions in Rural Ghana: A cross-sectional study”. Este estudio exploró la influencia de las características sociodemográficas en los abortos en 156 comunidades dentro del área del Sistema de Vigilancia Demográfica y de Salud de

Kintampo (KHDSS) ubicado en la parte media de Ghana. El número de todos los casos reportados de abortos (inducidos y espontáneos) y abortos inducidos fueron 370 (13.6%) y 101 (3.7%) respectivamente. Las mujeres solteras tenían más probabilidades de abortar en comparación con las mujeres casadas (OR = 1.77, IC 95% [1.21-2.58], p = 0.003). Las mujeres de 20 a 29 años tenían un 43% menos de probabilidades de abortar en comparación con las de 13 a 19 años (OR = 0.57, IC 95% [0.34-0.95], p = 0.030). Mujeres con primaria, la escuela media / secundaria (JHS) y al menos la educación secundaria tenían mayores probabilidades de abortar en comparación con las mujeres sin educación. En comparación con las mujeres más pobres, las mujeres más ricas tenían tres veces más probabilidades de abortar. Las mujeres solteras tenían mayores probabilidades de haber inducido el aborto en comparación con las mujeres casadas (OR = 7.73, IC 95% [2.79-21.44], p <0.001). Las mujeres de 20 a 29 años, de 30 a 39 años y de 40 a 49 años tenían menos probabilidades de haber inducido el aborto en comparación con las de 13 a 19 años. Se necesitan esfuerzos adicionales para garantizar que los servicios de planificación familiar, los programas educativos sobre el aborto y la atención del aborto lleguen a los grupos objetivos identificados en este estudio. Las mujeres solteras tenían mayores probabilidades de haber inducido el aborto en comparación con las mujeres casadas (OR = 7.73, IC 95% [2.79-21.44], p <0.001). Las mujeres de 20 a 29 años, de 30 a 39 años y de 40 a 49 años tenían menos probabilidades de haber inducido el aborto en comparación con las de 13 a 19 años. Se necesitan esfuerzos adicionales para garantizar que los servicios de planificación familiar, los programas educativos sobre el aborto y la atención del aborto lleguen a los grupos objetivos identificados en este estudio. Las mujeres solteras tenían mayores probabilidades de haber inducido el aborto en comparación con las mujeres casadas (OR = 7.73, IC 95% [2.79-21.44], p <0.001). Las mujeres de 20 a 29 años, de 30 a 39 años y de 40 a 49 años tenían menos probabilidades de haber inducido el aborto en comparación con las de 13 a 19 años. Se necesitan esfuerzos adicionales para

garantizar que los servicios de planificación familiar, los programas educativos sobre el aborto y la atención del aborto lleguen a los grupos objetivos identificados en este estudio.

Huang Y, Osborne D, Sibley C ⁸ (Nueva Zelanda 2019) en su artículo "Sociodemographic factors associated with attitudes towards abortion in New Zealand". OBJETIVOS: El presente estudio examinó los correlatos sociodemográficos de apoyo al aborto legalizado en Nueva Zelanda. Se emplearon los datos (N = 19,973) del Estudio de Actitudes y Valores de Nueva Zelanda 2016/17, un estudio nacional muestra de panel longitudinal de adultos de Nueva Zelanda mayores de 18 años. La encuesta midió el apoyo a aborto legalizado independientemente de la razón y cuando la vida de la mujer está en peligro, así como correlatos sociodemográficos focales. Se obtuvo como resultados que la población expresó un apoyo de moderado a alto para el aborto legalizado independientemente la razón y gran apoyo al aborto cuando la vida de la mujer está en peligro. Ser religioso, vivir en un vecindario más privado y tener más hijos, todos se correlacionaron negativamente con el apoyo para ambas medidas de aborto. Los hombres apoyaron menos el aborto por cualquier motivo, pero no se diferenciaron de las mujeres. Apoyo para el aborto legalizado cuando la vida de la mujer está en peligro. Además, la edad se correlacionó negativamente con apoyo para el aborto por cualquier motivo, pero positivamente con apoyo para el aborto cuando la vida de una mujer es en peligro de extinción. Se concluye que la mayoría de nuestros encuestados expresaron altos niveles de apoyo al aborto legalizado. Varios factores sociodemográficos se asociaron significativamente con el apoyo al aborto legalizado.

Yokoe R⁹ (India 2019) en su artículo "Unsafe abortion and abortion-related death among 1.8 million women in India ". En dicho estudio el objetivo fue analizar las tasas y los factores de riesgo de aborto inseguro y muerte

materna relacionada con el aborto en la India. Métodos Realizamos un análisis secundario de los datos de 1876462 mujeres embarazadas de 15 a 58 años de nueve estados en la Encuesta anual de salud de la India (2010–2013). Se calculó la tasa de abortos inseguros y relacionados con el aborto mortalidad con IC 95%. Regresión logística multivariable modelos examinaron las asociaciones de características sociodemográficas , conductas de búsqueda de salud y planificación familiar con aborto inseguro y mortalidad relacionada con el aborto. En los resultados se obtuvo 89447 abortos entre 1876462 mujeres embarazadas en 2007–2011 (4,8%; IC del 95%: 4,8 a 4,9). De estos, 58266 fueron clasificados como inseguros (67.1%; IC 95% 66.7 a 67.5). Hubo 253 muertes maternas relacionadas con el aborto (0.3%; IC del 95%: 0.2 a 0.3). Factores asociados con inseguridad aborto: edad materna 20-24 años (OR ajustado (ORa): 1.13; IC del 95%: 1,09 a 1,18), analfabetismo (ORa: 1,48; IC del 95%: 1,39 a 1.59), residencia rural (ORa: 1.26; IC del 95%: 1.21 a 1.32), Religión musulmana (ORa: 1.16; IC 95% 1.12 a 1.22), horario grupo social de castas (ORa: 1.08; IC del 95%: 1.04 a 1.12), los más pobres quintil de activos (ORa: 1.45; IC 95% 1.38 a 1.53), prenatal cuidado (ORa: 0,69; IC del 95%: 0,67 a 0,72), sin hijos sobrevivientes (ORa: 1,30; IC del 95%: 1,16 a 1,46), todos los niños sobrevivientes ser mujer (ORa: 1.12; IC del 95%: 1.07 a 1.17), uso de la familia métodos de planificación (ORa: 0,69; IC del 95%: 0,66 a 0,71). Factores asociados con muertes relacionadas con el aborto: edad materna 15–19 (ORa: 7.79; IC del 95%: 2.73 a 22.23), residencia rural (ORa: 3.28; IC del 95%: 1.76 a 6.11), Grupo social de la tribu Schedule (ORa: 4.06; IC del 95%: 1,39 a 11,87). Conclusión A pesar de que el aborto es legal, el alto la prevalencia estimada de aborto inseguro demuestra Un problema importante de salud pública en la India. Socioeconómico vulnerabilidad y acceso inadecuado a los servicios de salud combinar para dejar un gran número de mujeres en riesgo de aborto inseguro y muerte relacionada con el aborto.

Nguyen T ¹⁰ (Vietnam 2014) en su artículo “Risk factors for repeat abortion and implications for addressing unintended pregnancy in Vietnam “. Dicho estudio tiene como objetivo determinar predictores de aborto repetido en 3 provincias de Vietnam. Es un estudio transversal entre agosto y diciembre de 2011, las mujeres que se sometieron a un aborto fueron entrevistadas después del procedimiento en 62 centros de salud pública. Se recopiló información sobre factores sociodemográficos, antecedentes e intenciones anticonceptivas y reproductivas, y opiniones y experiencia de los servicios de aborto. El resultado primario fue la repetición (≥ 2). La edad media y la paridad de los encuestados fueron 29 años y 1,8, respectivamente, y el 79,6% estaban casados. Aproximadamente la mitad de las encuestadas no usaban anticonceptivos antes del embarazo. La prevalencia del aborto repetido fue de 31. 7% En modelos multivariados, los predictores significativos de aborto repetido incluyeron vivir en Hanoi, mayor paridad, edad de 35 años o más, y tener 2 o más hijas (versus 1) o ningún hijo (versus 1) después de controlar la paridad. Se concluyó que el aborto repetido sigue siendo alto en Vietnam, impulsado en parte por el uso inadecuado de anticonceptivos. La preferencia del hijo parece ser un importante predictor del aborto repetido. Fortalecer el asesoramiento anticonceptivo posterior al aborto y promover métodos anticonceptivos de acción prolongada son esenciales para reducir el aborto repetido.

LlorenteM ¹¹(Europa 2016) en su estudio “Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis”. Este tiene como objetivo analizar las características contextuales e individuales que explican las diferencias en la tasa de aborto inducido, temporal y territorialmente. Se realizó un análisis econométrico con datos de panel sobre la influencia de la inversión pública en salud y el ingreso per cápita en el aborto inducido, así como una medición del efecto de los factores sociales y económicos relacionados con el mercado laboral y la reproducción: empleo femenino, inmigración, adolescente. Fertilidad y tasa de matrimonio. El ejercicio empírico se realizó con una muestra de 22 países en Europa para el

período 2001-2009. Se obtuvo como resultados la gran variabilidad territorial del aborto inducido fue el resultado de factores socioeconómicos contextuales e individuales. Los niveles más altos de ingresos nacionales y las inversiones en salud pública reducen su incidencia. Las siguientes características sociodemográficas también fueron regresoras significativas del aborto inducido: empleo femenino, estado civil, migración y fertilidad adolescente. Por qué se concluye que el aborto inducido responde a patrones sociodemográficos, en los cuales las características de cada país son esenciales. Las desigualdades socioeconómicas individuales y contextuales impactan significativamente en su incidencia. Se requiere más investigación sobre la relación entre el crecimiento económico, el mercado laboral, las instituciones y las normas sociales para comprender mejor su variabilidad transnacional y reducir su incidencia.

Karale A¹²(India 2018) en su estudio “Sociodemographic determinants of medical termination of pregnancy along with contraceptive practices”. Este estudio transversal se realizó en Smt. Kashibai Navale Medical College and General Hospital, Narhe, Pune, para estudiar los factores sociodemográficos asociados con la interrupción médica Del embarazo y su relación con las prácticas anticonceptivas. Se entrevistó a un total de 1840 mujeres que buscaban atención por interrupción médica del embarazo después de su consentimiento informado durante el período de enero de 2015 a diciembre de 2017. Una historia detallada con respecto a la edad, religión, ingresos, estado civil, paridad, historia de aborto anterior, uso de anticoncepción, se tomó la edad gestacional. Como resultados se obtuvo del análisis estadístico: prueba de chi cuadrado de significancia para datos cualitativos utilizando el software SPSS versión 24.0. La proporción de mujeres que acudieron a aborto debido a la falta de uso de anticonceptivos fue del 86%. Las otras indicaciones de aborto fueron afecciones médicas (9%) e insuficiencia anticonceptiva (5%). Los factores como la edad, la religión, la educación y el estado

socioeconómico se asociaron significativamente con aborto. Se concluye que es necesario aconsejar a las mujeres del grupo de edad reproductiva que el aborto no es una forma de controlar los nacimientos no deseados.

Medvedev B¹³ (Chelyabinsk 2012) en su artículo “Enfermedades extragenitales y el estado social de la mujer en el aborto espontáneo” realizó un estudio de las características del retrato médico y social, la salud reproductiva de las pacientes con aborto espontáneo (SA) y la estructura de la SA a la luz de la doctrina del patomorfismo. Material y métodos. Se realizó un análisis clínico y estadístico de historias clínicas (formulario 003 / a) de 1213 pacientes con SA durante un máximo de 22 semanas. El primer grupo consistió en 342 mujeres que fueron hospitalizadas en los departamentos de ginecología del Hospital Clínico Municipal No. 6 de Chelyabinsk en 1996-1998, el segundo grupo consistió en 871 pacientes que fueron tratadas en 2006-2008. Se analizan los factores biomédicos y sociales, la historia obstétrica y ginecológica, la patología genital y somática, el paisaje microbiano del tracto genital, la estructura de SA a la luz de la doctrina del patomorfismo. Los resultados del estudio. En la etapa actual, se observa la patomorfosis de CA, manifestado por cambios en el retrato médico y social y el estado de salud reproductiva de pacientes que sufren abortos espontáneos, así como por las características de la estructura, el momento y el mecanismo del aborto. La proporción de pacientes de edad reproductiva temprana y tardía que se dedican a la producción industrial y estudiantes ha disminuido significativamente, el número de amas de casa, las mujeres que tienen un debut sexual menor de 18 años, las enfermedades inflamatorias crónicas de los órganos genitales, el micoplasma genital y la infección herpética, y las formaciones tumorales de los ovarios han aumentado. Significativamente más a menudo, los pacientes usan anticonceptivos, con menos frecuencia recurren a abortos quirúrgicos repetidos. En la estructura de AS, hay un aumento significativo en la proporción de embarazos no en desarrollo, abortos involuntarios durante 5-8 semanas y

una disminución en la frecuencia de abortos involuntarios tardíos. Hay una tendencia a aumentar la frecuencia de abortos espontáneos del primer embarazo, a reducir la frecuencia de abortos espontáneos habituales, los pacientes con tres o más abortos espontáneos son significativamente menos comunes, así como con SA después de superar la infertilidad primaria. En el mecanismo del aborto espontáneo, predomina una génesis infecciosa-inflamatoria.

N'Bouke A ¹⁴ (Togo 2017) en su estudio “Factores asociados con el aborto en Lomé (Togo): Análisis de una secuencia de pasos que conducen al aborto” examina los factores asociados con el uso del aborto en Lomé, la capital y ciudad principal de Togo, modelando el aborto como una secuencia de etapas que comienzan con la exposición al riesgo de embarazo hasta el uso de aborto, incluyendo la ausencia de métodos anticonceptivos y el hecho de que un embarazo que ocurre se declara "no deseado". La Encuesta de Planificación Familiar y Aborto Inducido (EPAP) realizada en 2002 entre 4,755 mujeres de 15 a 49 años en Lomé proporciona características al momento del embarazo y sirve de base para los análisis. Los resultados revelan que la religión, el estado civil, la edad, la educación y la paridad están asociados con las cuatro etapas de la secuencia. Por lo tanto, muchos embarazos no deseados ocurren a edades tempranas. Sin embargo, es principalmente la naturaleza "fuera de unión" del embarazo lo que lo considera "no deseado" y que se termina. Aunque hay menos riesgo de embarazo, las mujeres que tienen dos o más hijos vivos tienen más probabilidades que las mujeres nulíparas de usar métodos anticonceptivos, modernos o no, para declarar un embarazo no deseado y abortar. A la luz de estos resultados, una campaña de prevención efectiva con grupos en riesgo de aborto también tendrá que tener en cuenta su riesgo en las etapas previas al aborto. Las mujeres que tienen dos o más hijos vivos tienen más probabilidades que las mujeres nulíparas de usar métodos anticonceptivos, modernos o de otro tipo, para declarar un embarazo no deseado y abortar. A la luz de estos resultados,

una campaña de prevención efectiva con grupos en riesgo de aborto también tendrá que tener en cuenta su riesgo en las etapas previas al aborto. Las mujeres que tienen dos o más hijos vivos tienen más probabilidades que las mujeres nulíparas de usar métodos anticonceptivos, modernos o de otro tipo, para declarar un embarazo no deseado y abortar. A la luz de estos resultados, una campaña de prevención efectiva con grupos en riesgo de aborto también tendrá que tener en cuenta su riesgo en las etapas previas al aborto.

Antecedentes Nacionales

Mendoza M ¹⁵(Lima 2019) en su tesis “FACTORES DE RIESGO a SOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES DE 19 A 35 AÑOS, EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2018”. Este estudio tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto para ello empleo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado a las pacientes con diagnóstico de aborto entre 19 a 35 años atendidas en el HSJL. Los datos se recopilaban a través de una ficha de recolección de datos auto administrado, Se obtuvo como resultado que el 33,5% de las pacientes evaluadas se encuentra entre 19 y 24 años, el 45,7% entre 25 y 30 años y el 20,8% están en el rango de edad entre 31 y 35 años. El 5,2% de las pacientes evaluadas presenta grado de instrucción primaria, el 30,1% tiene secundaria incompleta, el 40,5% culminó la secundaria, el 6,9% ha llevado estudios superiores incompletos y el 17,3% culminaron sus estudios superiores. Así también el 49,7% de las pacientes es soltera, el 36,4% convive con su pareja y el 13,9% se encuentra casada. Según su ocupación del total de pacientes evaluadas, el 30,1% es ama de casa, el 37,6% estudia y el 32,4% cuenta con un trabajo. Se concluye que existen factores sociodemográficos y conductas de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años.

Isuiza V ¹⁶ (Iquitos 2018) en su tesis “factores sociodemográficos y actitudinales asociados al aborto en mujeres atendidas en los hospitales del MINSA – Iquitos del 2017” estudio cuantitativo y descriptivo – correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 135 mujeres. Se encontró como resultado que existe asociación estadística significativa entre edad de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), la ocupación de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), nivel económico de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), grado de instrucción de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$) y la religión de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,000$). No existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,696$) y procedencia de la madre con la actitud hacia el aborto ($p = 0,243$).

Valverde B ¹⁷ (Lima 2016) en su tesis “Características epidemiológicas y complicaciones en mujeres con aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016” tiene como objetivo determinar las características epidemiológicas y las complicaciones en mujeres con el diagnóstico de aborto incompleto. Para ello se realizó un estudio de cuantitativo y observacional y descriptivo retrospectivo. La población atendida con el diagnóstico de aborto incompleto fue de 16085, por lo cual se tomó una muestra de 376 con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%. Resultados: Se encontró que las pacientes atendidas con Aborto Incompleto estuvieron entre las edades de 21 a 34 años (61,4%) proviniendo del Distrito de Comas, siendo en su mayoría Convivientes (70,5%). Se describió que las pacientes se encontraban con una edad gestacional entre 9 a 16 semanas de gestación (54,3%), sólo tuvieron una pareja sexual y pese a que la mayoría de pacientes no presentaron alguna complicación del Aborto incompleto espontáneo (41,8%), la complicación que se identificó con mayor frecuencia fue la anemia (38,6%). Se Concluyó que las pacientes

con aborto incompleto espontáneo estuvieron entre 21 a 34 años de edad, con una edad gestacional entre 9 a 16 semanas, no teniendo un riesgo de infección vaginal por vía sexual ya que indicaron sólo tener una pareja sexual siendo la anemia fue la complicación identificada con mayor frecuencia.

Flores F ¹⁸(Lima 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”. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Las pacientes con diagnóstico de aborto durante este periodo fueron 100. Cumplieron con los criterios de inclusión 50 pacientes. Se obtuvo como resultados: 25(50 %) tenían grado de instrucción técnica completa. 17 Pacientes (34 %) eran estudiantes. 30 pacientes (60 %) manifestaba activo consumo de alcohol y 14 (28%) tabaco. 18 mujeres (36 %) refirieron haber tenido relaciones sexuales dentro de la semana del aborto. Por tanto, los factores grado de instrucción, ocupación, consumo de alcohol, consumo de tabaco y la última relación sexual tiene relación significativa con el aborto ($p < 0.05$), por lo que se concluye que estos factores estarían asociados a esta patología.

Ramos K ¹⁹ (Lima 2019) en su tesis “factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018 “Es un estudio de casos y controles, analítico, transversal, retrospectivo y observacional. Se revisaron 252 historias clínicas, donde 126 tuvieron aborto incompleto y otras 126, gestaciones normales. Con la información, se realizó una base de datos y se usó la prueba U de Mann Whitney (edad) y Chi-cuadrado, para el análisis estadístico. Obtuvo asociaciones estadísticamente significativas entre los factores sociodemográficos y gineco obstétricos con el aborto incompleto, siendo el estado civil ($p=0,015$), procedencia ($p=0,028$), grado de instrucción

($p=0,013$), ocupación ($p=0,035$), número de gestaciones ($p=0,001$), ITS ($p=0,019$) y antecedentes de procedimientos ($p=0,003$). Entre estas variables se determinó como factores de riesgo, no tener pareja (OR=1,8; IC 95%; 1,1-3,1), pertenecer a zona urbana (OR=1,8; IC 95%; 1-3,1), tener nivel primario (OR=2,8; IC 95%; 1,1- 7,4) o secundario (OR=2,3; IC 95%; 1,3-4,1), ser estudiante (OR=2,3; IC 95%; 1,1- 5,3) o ama de casa (OR=2,7; IC 95%; 1,2-6,2), haber tenido 3 a más gestaciones (OR=2,3; IC 95%; 1,4-3,8), ITS (OR=1,8; IC 95%; 1,1-3,1) y haberse hecho algún procedimiento (OR=2,2; IC 95%; 1,3-3,8). Por lo que concluye que no tener pareja, proceder de zona urbana, con nivel de educación primaria o secundaria, ser estudiante o ama de casa, haber tenido 3 a más gestaciones, antecedentes de ITS y haberse realizado algún procedimiento, son factores de riesgo para aborto incompleto.

Cabrera E ²⁰ (Lima 2017) en su tesis “Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Laura Ester Rodriguez Dulanto, Lima-Perú, de Enero – Junio del 2016 “.El estudio fue tipo descriptivo, retrospectivo, el estudio tuvo un total 27 historias clínicas con diagnóstico de aborto incompleto El factor que más se asoció al aborto incompleto fue el antecedente de aborto previo con un 59,3%, seguido de traumatismos con un 40,7%, el tipo de aborto incompleto precoz tuvo una mayor frecuencia con un 77,2%, se determinó que el aborto incompleto se manifestó la mayoría pacientes de 19 años con 4 casos, el 59,3% tuvo antecedente de abortos previos, mientras que un 40,7% presentó aborto incompleto precedido de algún traumatismo. De lo que se concluye que el antecedente de aborto previo constituyó el factor más asociado, el aborto incompleto precoz fue el más frecuente, siendo la edad de 19 años la que presento mayor recurrencia de casos y la causa desencadenante fue precedida por algún traumatismo.

2.2 BASES TEÓRICAS

Se define al aborto como la finalización de la gestación antes de las 22 semanas, que a su vez el producto presente un peso menor de 500 g. o menor de 25 cm de céfalo caudal. Clasificándose en provocado, espontaneo y recurrente. ²¹

Etiología

Las causas pueden ser: genética, uterina, endocrina, infecciosa, inmunológica, entre otros. ²²

Edad

La edad y el aborto guardan una relación directamente proporcional, presentándose con mayor frecuencia en mayores de 40 años. Los productos muestran alteraciones cromosómicas. ²²

Factores uterinos

Las anomalías uterinas en mujeres infértiles se presentan de 6.7% - 7.3% y en un 16.7% en las que presentan aborto recurrente. Puede afectarse el eje del sistema hipotálamo-hipófisis-ovario, además de la tiroides, glándulas suprarrenales, prolactina, insulina, etc. Este aspecto debe evaluarse previo a la gestación. ²²

Factores infecciosos

- Bacterias: en este grupo se puede encontrar a la listeria, brucella, clamidia, treponema, campilobacter y salmonella. ²²
- Virus: citomegalovirus, rubeola, herpes, viruela, VIH, varicela. ²²
- Micoplasmas: urealiticum, hominis ²²
- Parásitos: toxoplasma, plasmodium ²²

Factores inmunológicos

Las pérdidas del embarazo pueden verse causados tanto por defectos como por exceso en la inmunidad de la gestante con aborto recurrente o infertilidad. ²²

Factores ambientales y nutricionales

- Existen condicionantes externos como consumo de café, tabaco, alcohol, así como la deficiencia de ácido fólico, selenio, etc.²²
- Estado civil: se ha establecido según estudios que las mujeres solteras tienen más probabilidades de abortar que las mujeres casadas.
- Procedencia: las mujeres de procedencia urbana tienen mayor incidencia de aborto en comparación a las mujeres de zona urbana.
- Ocupación: las mujeres desempleadas tienen mayor incidencia de aborto que las que tienen algún tipo de ocupación.
- Grado de instrucción: se presenta con mayor probabilidad en mujeres con nivel educativo bajo.

Endometriosis

Son formaciones ectópicas de tejido endometrial que se presenta en el 30 al 40 por ciento de mujeres infértiles, esto genera dolor a nivel pélvico defecto de la fase lútea, mayor incidencia de aborto, etc. Para su manejo se emplea tratamiento médico o quirúrgico. ²³

Clasificación

Aborto Provocado

Se conceptualiza como la finalización artificial tanto por medios mecánicos o el uso de medicamentos. Este se emplea en ocasiones de manera

terapéutica o eugenésica, cuando se presenta un producto no viable o con anomalías incompatibles con la vida extrauterina .²³

Aborto Recurrente

Consiste en la presencia de 2 o 3 episodios de manera involuntaria y consecutiva, teniendo o no encuentra un embarazo vivo a término. Las causas que pueden provocarlo son genéticas, endocrinas, infecciones, inmunológicos y ambientales, pero más del 50 % de estos no se encuentran causas aparentes.²³

Aborto Espontaneo

Es aquella gestación que culmina antes de lograr viabilidad, tiene una prevalencia del 8 % al 20 % de los embarazos, presenta mayor incidencia antes de la semana 12. ²²

Se divide en:

- **Amenaza de aborto:** se da una escasa metrorragia, el dolor puede estar ausente o generar una dismenorrea, el cérvix se presenta sin modificaciones, ecográficamente el producto se observa normal, y tiene como manejo reposo relativo y abstinencia sexual. ²⁴
- **Aborto inminente:** existe aumento de las contracciones uterinas, asociado a metrorragia abundante, dolor intenso, el cérvix esta permeable ;encontrándose un cuello dilatado .²⁴
- **Aborto incompleto:** Consiste en la parcial expulsión de restos embrionarios, asociado a metrorragia y con un cérvix permeable. En los casos que se dan antes de las diez semanas la placenta puede ser expulsada junto con el embrión, pasado esto se eliminaran en momentos distintos.²⁴ El tratamiento se emplea el legrado uterino y el AMEU, pero el tratamiento también puede ser médico con el empleo de misoprostol.²⁵

- **Aborto completo:** es la salida total tanto del feto como de las membranas ovulares, lo que calma el dolor pélvico y reduce el sangrado vaginal. En contraparte al aborto incompleto el orificio cervical se encuentra cerrado y en involución. ²⁴
- **Aborto retenido:** es la gestación interrumpida en la cual no se ha expulsado el producto, el orificio cervical se encuentra cerrado, con una reducción del tamaño uterino relacionado a la amenorrea, se diagnostica ecográficamente donde no se evidencia actividad cardiaca. ²⁴
- **Aborto séptico:** todo aborto anteriormente descrito puede complicarse y terminar en aborto séptico. Producto de una cervicovaginitis, retención de restos endouterinos, perforación del útero durante algún procedimiento o por una mala asepsia. En la mayoría de casos se aísla al E. coli. ²⁴

Diagnóstico

Se evalúa clínicamente evidenciándose dolor pélvico tipo cólico asociado a metrorragia con salida de tejido ovular o fetal. Durante el examen físico se encuentra el orificio interno abierto y un tamaño uterino aumentado. A su vez se solicitan exámenes de laboratorio como HCGB, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, prueba rápida de sífilis y VIH; e imágenes como ecografía transvaginal. Todos estos sirven para apoyar al diagnóstico plantado. ²⁴

Se debe hacer un diagnóstico diferencial con respecto a las siguientes patologías: hemorragia uterina disfuncional, embarazo ectópico, enfermedad del trofoblasto, lesiones del canal vaginal y patologías del cuello uterino y vaginal. ²⁴

Tratamiento

Misoprostol: prostaglandina E1 que provoca aumento del tono uterino, además se emplea para reblandecer el cuello uterino previo a la inducción del trabajo de parto o a la evacuación quirúrgica de los restos endouterinos. Se puede emplear para tratamiento médico ambulatorio en pacientes con edad gestacional menor a doce semanas en condiciones de no infección y con altas posibilidades de un retorno seguro a su centro de salud. ²⁶

AMEU: consiste en el uso de jeringas con válvulas y emplea cánula de karman, mediante presión negativa extrae el contenido endouterino. Se emplea en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto con una edad gestacional menor a 12 semanas. A diferencia del legrado endouterino este presenta menos dolor, hemorragia y un tiempo de recuperación más corto.²⁶

Legrado uterino: a diferencia del AMEU este se emplea a partir de las 12 semanas en adelante en cualquier presentación del aborto y en casos de retención de tejido endouterino. Por otro lado este método presenta mayores complicaciones que el AMEU. ²⁶

2.3 DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Edad: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

- Estado civil: Es la condición social en relación a su filiación o matrimonio que se hace constaren el registro civil.

- Aborto incompleto: Expulsión parcial del feto o embrión antes de las 22 semanas o que el producto pese menos de 500 gramos.

- Procedencia: Trabajo, empleo u oficio en la cual se desenvuelve una persona para su subsistencia.

- Grado de instrucción: Es el nivel de estudio o de educación recibida por una persona.

- Ocupación: Lugar o sitio donde proviene algo o alguien.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS: GENERAL Y ESPECÍFICAS

Hipótesis General

Existe asociación entre los factores sociales y demográficos con la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en el servicio de emergencia del servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital San José durante Enero a Diciembre 2019.

Hipótesis Específicas

- Las mujeres mayores de 35 años están más asociadas a la aparición de aborto incompleto.
- Las mujeres procedentes del callao presentan mayor asociación a presentar aborto incompleto en comparación a las procedentes de otros distritos.
- Las mujeres que no han culminado la secundaria están asociadas a presentar aborto incompleto.
- Las mujeres desempleadas están asociadas a la aparición de aborto incompleto.
- Las mujeres solteras están asociadas a la aparición de aborto incompleto.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACION

- Variable dependiente:

- Aborto incompleto

- Variables independientes:
 - Edad (años)

 - Estado civil

 - Procedencia

 - Grado de instrucción

 - Ocupación

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del presente estudio fue de tipo observacional, analítico, Caso – control y retrospectivo.

Observacional: se recolecto los datos tal y como se presenten en la realidad de estudio sin modificarlos.²⁷

Analítico: se analizó el proceso de prueba de hipótesis de la relación del control prenatal con la aparición de aborto incompleto

Caso - control: se realizó la comparación entre dos grupos; los casos y los controles.

Retrospectivo: Se realizó la recolección de datos de historias clínicas comprendidas entre enero y diciembre del 2019

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Pacientes con gestación menor a 22 semanas atendidas en el servicio de emergencia del servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital San José durante enero a diciembre 2019.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 136 casos y 272 controles

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

Tamaño muestral

El cálculo de la muestra, se realizó con la siguiente fórmula para Casos y controles:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- p1: Proporción de casos expuestos al factor de riesgo
p2: Proporción de casos expuestos al factor de riesgo
 α : Nivel de significancia. Riesgo de cometer el error tipo I. Es habitual trabajar con un nivel de confianza (1- α) de 95%
1- β : Poder estadístico. Riesgo de cometer el error tipo II. Es habitual trabajar con 80%.

Para ello se consideró el factor procedencia el cual cuenta con una proporción de: 31.7 % en el grupo control, así mismo se consideró un OR: 1.84¹⁹.

Nivel de confianza de 95 % Potencia: 80 %

Relación: 1 caso / 2 controles²⁷

Criterios de selección de la muestra

Unidad de análisis

- **Casos:** Pacientes gestantes con menos de 22 semanas de gestación, atendidas en el servicio de emergencia de Gineco obstetricia Hospital San José con el diagnóstico de aborto incompleto. Registrados durante el año 2019 que cumplan con los criterios de inclusión.
- **Control:** Pacientes gestantes con menos de 22 semanas de gestación, atendidas en el servicio de emergencia de Gineco obstetricia Hospital San José con el diagnóstico sin complicaciones. Registrados durante el año 2019 que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Criterios de inclusión de los Casos

- Pacientes atendidos gestante menores de 22 semanas en el Hospital San José durante el año 2019.
- Paciente con diagnóstico de aborto incompleto.
- Ingreso por emergencias de Gineco – Obstetricia
- Pacientes que cuenten con historia clínica completa.

Criterios de inclusión de los Controles

- Pacientes atendidos en el Hospital San José durante el año 2019
- Pacientes al ingreso con edad reproductiva
- Que haya acudido por emergencia con gestación sin complicaciones
- Pacientes menores de 22 semanas de gestación sin haber presentado diagnóstico de aborto incompleto.

Criterios de exclusión

Criterios de exclusión de los casos

- Pacientes atendidas en lugar distinto al Hospital San José
- Pacientes atendidos fuera del año 2019
- Pacientes con diagnóstico de VIH
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes.
- Pacientes con enfermedades relacionadas a la coagulación sanguínea
- Pacientes que hayan sufrido algún tipo de accidente traumático
- Pacientes que hayan sufrido violencia domestica
- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes con procesos infecciosos

- Pacientes con otro tipo de aborto (inminente, completo, retenido, séptico) embarazo molar o embarazo ectópico.

Criterios de exclusión de los controles

- Pacientes atendidas en lugar distinto al Hospital San José
- Pacientes atendidos fuera del año 2019
- Pacientes con diagnóstico de VIH
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes.
- Pacientes con enfermedades relacionadas a la coagulación sanguínea
- Pacientes que hayan sufrido algún tipo de accidente traumático
- Pacientes que hayan sufrido violencia domestica
- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes con procesos infecciosos
- Pacientes con otro tipo de aborto (inminente, completo, retenido, séptico) embarazo molar o embarazo ectópico.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Categoría
Aborto incompleto	Expulsión parcial del feto o embrión antes de las 22 semanas o que el producto pese menos de 500 gramos.	Sangrado vaginal Con un Bhcg positivo, y ecografía transvaginal donde se evidencia restos endouterios	Nominal	Dependiente cualitativa	0= si 1= no
Grado de instrucción	Es el nivel de estudio o de educación recibida por una persona.	Antecedente consignado en la historia clínica	Nominal	Independiente cualitativa	0= secundaria incompleta – primaria 1= secundaria completa -superior
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años de vida registrado en la historia clínica	Nominal	Independiente cualitativa	0=35-50 años 1= 15-35 años

Estado civil	Es la condición social en relación a su filiación o matrimonio que se hace constaren el registro civil.	Consignado en la historia clínica	Nominal	Independiente Cualitativa	0= soltera 1= casada-conviviente
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio en la cual se desenvuelve una persona para su subsistencia	Consignado en la historia clínica	Nominal	Independiente cualitativa	0 = desempleada 1= empleada
Procedencia	Lugar o sitio donde proviene algo o alguien.	Consignado en la filiación de la historia clínica	Nominal	Independiente cualitativa	0= callao 1= otro distrito

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se envió la documentación necesaria al Director del Hospital de San José y al Jefe del Área de Estadística, solicitando la autorización para tener acceso a la base de datos y las historias clínicas del Área de Ginecología. Se identificaron las historias clínicas con diagnóstico de aborto incompleto (grupo de casos) e historias clínicas de pacientes gestantes menores de 22 semanas sin haber presentado diagnóstico de aborto incompleto (grupo de controles); ambos atendidos durante el 2019. Se seleccionó a los pacientes por muestreo aleatorio simple. Con ello se pasó al llenado de fichas de recolección de datos.

4.5 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS

La información recogida de los datos obtenidos se registró en la base de datos usando el programa Excel, posterior a ello se realizó un análisis con el programa estadístico SPSS versión 25. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas, luego se presentó en tablas con frecuencias absolutas y relativas. Se llevó a cabo un análisis bivariado para determinar la asociación entre las variables independientes (edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación, estado civil) y dependiente (aborto incompleto); para las variables categóricas se empleó la prueba Chi cuadrado. Se establecerá un valor significancia de $p < 0.05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se informó a las áreas pertinentes de ese modo se garantizó los aspectos éticos de la investigación, Así mismo, se procedió con los solicitudes pertinentes para su aprobación y desarrollo, además se aseguró la total confidencialidad de los datos recolectados de las respectivas historias clínicas.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por un total de 408 pacientes con edad gestacional menor a 22 semanas atendidas en el servicio de Emergencia de ginecología y obstetricia del hospital San José en el periodo enero diciembre 2019, y se dividieron en dos grupos en una proporción de 1:2, en 136 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, mientras que el grupo de comparación fue 272 pacientes gestantes sin aborto. Se estudió la relación de las características sociodemográficas (edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación y estado civil) entre el grupo de caso de aborto incompleto y grupo control con gestación sin complicaciones.

En la tabla 1 se evidencia que el 86,5% del total de pacientes atendidas presentaron edades en el rango de 15-35 años, siendo esto similar entre los grupos casos y control (86,5% vs 87,5%). La procedencia predominante en el total fue el Callao con un 56,1%, siendo esto mayor en el grupo de control respecto a los casos (57,7% vs 52,9 %). Las pacientes en su mayoría presentaron grado de instrucción Secundaria incompleta-primaria con un 67,9% del total, siendo predominante en el grupo control respecto a los casos (70,2% vs 63,2%). Además, el 73,5% de las pacientes son desempleadas, siendo esto mayor en el grupo control en comparación al grupo de los casos (76,8% vs 66,9%). Por último, el estado civil en su mayoría fue soltera presentándose en el 90,4% de todas las pacientes, lo cual es ligeramente mayor en el grupo control que en el grupo de los casos (91,9% vs 87,5%).

TABLA N°1.CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN LA CONDICIÓN DE ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DURANTE ENERO – DICIEMBRE 2019

GRUPOS DE ESTUDIO

	TOTAL		CASOS		CONTROL	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
15-35	353	86,5%	119	87.50%	234	86.00%
35-50	55	13,5%	17	12.50%	38	14.00%
TOTAL	408	100%	136	100%	272	100.00%
PROCEDENCIA	N	%	N	%	N	%
OTRO	179	43,9%	64	47,1%	115	42,3%
CALLAO	229	56,1%	72	52,9%	157	57,7%
TOTAL	408	100%	136	100	272	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%	N	%	N	%
SECUNDARIA	131	32,1%	50	36,8%	81	29,8%
SECUNDARIA	277	67,9%	86	63,2%	191	70,2%
TOTAL	408	100%	136	100	272	100
OCUPACIÓN	N	%	N	%	N	%
EMPLEADA	108	26,5%	45	33,1%	63	23,2%
DESEMPLEADA	300	73,5%	91	66,9%	209	76,8%
TOTAL	498	100%	136	100%	272	100%
ESTADO CIVIL	N	%	N	%	N	%

CASADA- CONVIVIENTE	39	9,6%	17	12,5%	22	8,1%
SOLTERA	369	90,4%	119	87,5%	250	91,9%
TOTAL	408	100%	136	100%	272	100%

Fuente: INICIB/FAMURP/HOSP.SAN JOSE: Ficha de recolección de datos enero – diciembre 2019

En el análisis bivariado entre la variable dependiente (aborto incompleto) y las variables independientes, se encontró para ocupación un valor P: 0,033 y un OR: 1,641 (IC 1,041 – 2,585). Sin embargo, en los casos de edad, procedencia, grado de instrucción y estado civil se encontró un valor de P mayor a 0.05 (Tabla2).

TABLANº2: ANALISIS BIVARIADO DE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS ALABORTOINCOMPLETOEN PACIENTES ATENDIDAS EN EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DURANTE ENERO – DICIEMBRE 2019

95 % I.C.

	CASO N (%)	CON TROL N (%)	P VALOR	OR	LÍMITE INFER IOR	LÍMITE SUPE RIOR	
EDAD	36-50	17 12,5%	38 14%	0,682	1,137	0,616	2,2098
	15-35	119 87,5%	234 86%				

PROCEDENCIA	Callao	72 52,9%	157 57,7%	0,359	1,214	0,802	1,836
	Otro	64 47,1%	115 42,3%				
GRADO DE INSTRUCCION	secundaria	86	191	0,155	1,371	0,888	2,118
	incompleta	63,2%	70,2%				
	- Primaria						
	Secundaria completa-Superior	50 36,8%	81 29,8%				
OCUPACION	Desempleada	91 66,9%	209 76,8%	0,033	1,641	1,041	2,585
	Empleada	45 33,1%	63 23,2%				
ESTADO CIVIL	Soltera	119 87,5%	250 91,9%	0,156	1,623	0,831	3,171
	Casada-Conviviente	17 12,5%	22 8,1%				

Fuente: INICIB/FAMURP/HOSP.SAN JOSE: Ficha de recolección de datos enero – diciembre 2019

En el análisis multivariado se evidencia que las variables edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación y estado civil presentan OR en valores de riesgo pero sin significancia estadística a excepción de la ocupación con un p en 0,042 y un OR ajustado en 1,623. (tabla3).

TABLAN°3: ANALISIS MULTIVARIADO DE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS ALABORTOINCOMPLETOEN PACIENTES ATENDIDAS EN EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DURANTE ENERO – DICIEMBRE 2019

	P VALOR	OR CRUDO	OR AJUSTADO	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
EDAD	0,825	1,137	1,073	0,577	1,995
PROCEDENCIA	0,339	1,214	1,226	0,807	1,863
GRADO DE INSTRUCCION	0,311	1,371	1,259	0,806	1,965
OCUPACIÓN	0,042	1,641	1,623	1,018	2,589
ESTADO CIVIL	0,130	1,623	1,688	0,857	3,322

Fuente: INICIB/FAMURP/HOSP.SAN JOSE: Ficha de recolección de datos enero – diciembre 2019

5.2 DISCUSION DE RESULTADOS

El Aborto Incompleto representa un problema de salud pública, con mayor presencia en países en vías de desarrollo como lo es el Perú. Un estudio del 2006 estima que en Perú se practican aproximadamente 371,420 abortos por año.³ Algunas de las razones que llevan a las mujeres a tomar esta decisión son el nivel económico, el estado civil, necesidad de culminar estudios, etc. Esto puede conllevar a que la paciente desarrolle endometriosis a consecuencia de restos de tejido embrionario en el útero, además de mayor riesgo a sangrado, infección y lesiones en el cuello uterino. El aborto presenta diferentes clasificaciones, siendo para el presente trabajo de investigación la basada en la terminación; aborto incompleto.

La edad materna y el aborto guardan una relación directamente proporcional, en la cual según la literatura puede llegar a presentarse en mayor frecuencia en mujeres mayores de 35 años de edad²², esto se justifica en el hecho de que en muchos de estos casos los productos muestran alteraciones cromosómicas.²³ En el presente estudio la edad materna se encuentra en valor de riesgo (OR: 1,137) pero no se encontró asociación significativa ($p=0,682$). Miguel Gutiérrez Ramos en su estudio menciona que la edad materna mayor a 35 años es un factor predisponente a aborto²⁶ del mismo modo Nguyen lo menciona.¹⁰ Así mismo Cora Isuiza¹³ encuentra asociación significativa con la edad materna ($p=0,000$). En estudios como los de Huang Y⁸, Valverde B¹⁷ y Cabrera E²⁰ describen lo contrario, que la edad guarda una relación inversamente proporcional con la edad. Sin embargo en el presente estudio no se encontró asociación estadística, a diferencia de los estudios mencionados, se puede deber a que en su mayoría, la población de estudio estuvo constituida por pacientes en edades comprendidas entre 15-35 años (86,5%) a diferencia de otros estudios en los cuales las edades tenían una distribución más equilibrada.

El estado civil que en su mayoría se ha relacionado con una mayor predisposición a presentar aborto es soltera, lo cual no se presenta en mujeres casadas, ya que estas tienen mayor estabilidad económica así como emocional lo cual conlleva a mejores condiciones para el desarrollo del embarazo.²⁴ En el estudio no se encontró significancia asociada a aborto incompleto ($p=0,156$; OR=1,623 IC 95% , 0,831-3,171) lo que es contrario al estudio de Ramos Rivas¹⁹ donde sí se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,013$) estableciendo como factor de riesgo no tener pareja (OR=1,8; IC 95%; 1,1-3,1) De modo similar en los estudios realizados por Dankwall E⁶, Adjai G⁷, Llorente M¹¹, N Bouke¹⁴ y Mendoza M¹⁵ mencionan que las mujeres solteras tienen mayor predisposición a presentar aborto. El resultado del estudio se asemeja a lo mencionado por Sotelo²⁸ en su estudio donde indica que este no es un factor sumamente influyente que predisponga a las pacientes al aborto incompleto y menciona que estar casada o convivir implica cierta estabilidad emocional y económica lo que trae consigo menores complicaciones durante el

embarazo. En el estudio realizado por Isuiza. V¹⁶ menciona que no guarda significancia con la presentación de aborto.

La procedencia y el aborto se ha relacionado considerando que las mujeres provenientes de zonas urbanas tienen mayor riesgo para presentar aborto en comparación a las que provienen de zonas rurales dada las distintas condiciones en las que viven una y otra la cual influye en la calidad del embarazo.²⁵ En el presente estudio se evidencio una ligera prevalencia de pacientes provenientes del Callao con un 57,7% sin embargo este no guarda significancia estadística con el aborto ($p=0,359$; $OR=1,214$) lo que discrepa con lo descrito por Zheng²⁹ quien menciona que vivir en las mujeres que viven en zona urbana tienen menos probabilidad de sufrir aborto que las mujeres que viven en zona rural ($OR=1,68$). Lo obtenido en el presente estudio no se puede relacionar adecuadamente a otros estudios dado que estos mencionan zona rural y zona urbana lo cual es distinto a lo que ocurre con la población en la cual se ha llevado a cabo el estudio, todos son de zonas urbanas , y la distribución se inclina hacia una única zona .

El grado de instrucción juega un papel importante en las etapas previas a la concepción ya que una mujer mejor preparada sabrá qué medidas preventivas adoptar para evitar algún tipo de complicación durante el embarazo así como saber que el primer trimestre del embarazo es el más crítico respecto a distintas patologías que se pueden presentar en esta etapa.²⁶ En el estudio no se encontró significancia estadística ($p=0,155$; $OR=1,371$) respecto al aborto para el grado de instrucción. Kaufman³⁰ indica que tener un grado de instrucción elevado ayuda a la mujer a tener menor probabilidad de presentar aborto. Del mismo modo también discrepa de lo obtenido por Rivas¹⁶ quien en su estudio si obtuvo significancia estadística ($p=0,013$) donde señala que tener nivel primario ($OR=2,8$; $IC95\%$; 1,1-7,4) o secundario ($OR=2,3$; $IC95\%$; 1,3-4,1) son factores de riesgo para aborto incompleto. De manera similar en los el estudio realizado por Yokoe R⁹ y Flores F¹⁸ mencionan que un nivel bajo de educación es un factor de riesgo para aborto. En el presente estudio a diferencia de los estudios previos, se puede establecer que la población en su mayoría (70,2%) son

pacientes con secundaria incompleta – primaria, lo cual influye en el grado de significancia estadística para el estudio que se llevó a cabo.

Las mujeres que han presentado mayor probabilidad de aborto son las que se encuentran desempleadas, esto a consecuencia de que dicha condición no asegura los medios necesarios para una adecuada gestación, caso contrario en las pacientes que si cuentan con empleo y esto trae consigo mejores condiciones para su gestación. En el estudio llevado a cabo el 76,8% de pacientes atendidas son desempleadas, en el análisis se obtiene significancia estadística ($p=0,033$) así como un valor de $OR= 1,641$. Esto se asemeja a lo mencionado por Ramos¹⁹ quien menciona que ser desempleada es factor de riesgo para aborto incompleto ($p=0,035$; $OR=2,7$; $IC95\%$; 1,2-6,2) Similar a lo descrito por Karale A¹² que indica que el desempleo es un factor de riesgo. Por otro lado un boletín emitido por el ministerio de salud del Perú indica que si bien no se establece como un factor para aborto incompleto, si se ha presentado antecedentes en mujeres con ocupaciones de riesgo para esta patología.³¹

La presente investigación es la primera que aborda los factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en el Hospital San José, siendo este de utilidad para estudios posteriores con los que se mejoraran las medidas preventivas contra aborto incompleto.

La fortaleza del presente estudio radica en que al ser de casos y controles permitio determinar la relación y grado de significancia entre los factores a estudiar y el aborto incompleto, además siendo este una investigación con un tamaño muestral menor a lo encontrado en otros estudios ello significo una reducción en los costos y tiempo con las cuales se pudo obtener los resultados con los que se afirmó y negó 4 de las 5 hipótesis establecidas en este estudio.

Las limitaciones en el estudio que se identificaron fueron; el retraso para la obtención de algunas historias para llevar a cabo el llenado de las fichas recolectoras de datos, así como las características predominantes en la población de estudio por lo cual algunas de ellas que se emplearon como variables no guardaron relación significativa excepto en el la ocupación la cual mostro al desempleo como factor de riesgo.

CONCLUSIONES

1. La condición desempleada es un factor de riesgo para presentar aborto incompleto en relación a las desempleadas.
2. El factor edad no mostró asociación con el aborto incompleto en relación a las pacientes de entre 35- 50 años de edad.
3. El factor procedencia no mostró asociación con el aborto incompleto en relación a las procedentes del Callao.
4. El factor grado de instrucción no mostró asociación con el aborto incompleto en relación a las que cuentan con secundaria incompleta- primaria.
5. El factor estado civil no mostró asociación con el aborto incompleto en relación a las solteras.

RECOMENDACIONES

1. Para estudios posteriores se debe realizar un estudio focalizado a las pacientes desempleadas para así obtener algún grado de relaciona a otros estudios que demostraron lo contrario a lo determinado en este estudio para de ese modo incentivar medidas preventivas a esta población.
2. Concientizar al personal encargado en el llenado de datos en las historias clínicas para que estos sean más claros y precisos lo cual no conlleve a que en estudios posteriores ciertos factores se inclinen hacia una característica común.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DecidoYo.org [Internet]. Lima 2020 [citado 4 enero 2020] Aborto en el Perú [aprox. 4 pantallas] Disponible en: <https://decidoyo.org/aborto/marco-legal/>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra 2017 [citado 5 enero 2020] Comunicado de prensa sobre el Aborto en el mundo [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
3. Promsex.org [Internet] Lima 2019 [citado 4 enero 2020]. El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú [aprox. 3 pantallas] Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
4. Hospital San Jose del Callao. [Internet] Callao 2018 [citado 4 enero 2020]. Gobierno Regional del Callao. Resolución directoral [aprox. 10 pantallas] Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2018/RD163_ASIS_2017.pdf
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. Washington DC. 2015 [citado 4 enero 2020] Gynecologist Abortion Training and Education [aprox. 3 pantallas] Disponible en: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Abortion-Training-and-Education>
6. Dankwah E. The Relationship Between Sociodemographic Factors and Reporting Having Terminated a Pregnancy Among Ghanaian Women: A Population-Based Study. Pubmed [Internet] 2018 [citado 5 enero 2020]; 46(1):2-5 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29788477>
7. Adjei G. Predictors of abortions in Rural Ghana: A cross-sectional study . BMC [Internet]. 2015 [citado 5 enero 2020]; 34(1):1-9 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273702150_Predictors_of_abortions_in_Rural_Ghana_A_cross-sectional_study
8. Huang Y, Osborne D. Sociodemographic factors associated with attitudes towards abortion in New Zealand. ProQuest [Internet]. 2019 [citado 5 enero 2020]; 28(1):3-8. Disponible en:

- <https://search.proquest.com/openview/2b44e8f95d669f016a607febf20ad8f4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1056335>
9. Yokoe R, Rowe R. Unsafe abortion and abortion-related death among 1.8 million women in India. *BMJ* [Internet] 2019 [citado 5 enero 2020] ; 53(1)5-10 Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/3/e001491.full.pdf>
 10. Nguyen T. Risk factors for repeat abortion and implications for addressing unintended pregnancy in Vietnam . *LSHTM* [Internet] 2015 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/1649060/>
 11. Llorente M, Díaz M, Mendez P. Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis. *scielo* [Internet]. 2016 [citado 4 enero 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2016.v50/8/>
 12. Karale A, Risbud N. Sociodemographic determinants of medical termination of pregnancy along with contraceptive practices. *IJRCOG*[Internet]. 2018 [citado 4 enero 2020]. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/5209>
 13. Medvedev B. Enfermedades extragenitales y el estado social de la mujer en el aborto espontáneo. *elibrary* [Internet] 2012 [citado 21 marzo 2020]. Disponible en: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18193790>
 14. N'Bouke A. Factores asociados con el aborto en Lomé: Análisis de una secuencia de pasos que conducen al aborto. *erudit* [Internet]. 2017 [citado 21 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.erudit.org/en/journals/cqd/1900-v1-n1-cqd03114/1040396ar/abstract/>
 15. Mendoza M. Factores de riesgo asociado al aborto en pacientes de 19 a 35 años en el Hospital San Juan de Lurigancho 2018. *repositorio unfv.* [Internet]. 2019 [citado 4 enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3237/UNFV_MENDOZA_SIMBRON_MARYSOL_EMELY_ISABEL_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1
 16. Cora V. Factores sociodemográficos y actitudinales asociados al aborto en mujeres atendidas en los Hospitales del MINSA – Iquitos del 2017. *Repositorio upc* [Internet]. 2020 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/581/CORA-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Valverde B. Características epidemiológicas y complicaciones en mujeres con aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016. Repositorio upsjb [Internet]. 2017 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/898>
18. Flores F. 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. Repositorio ucsur . [Internet]. 2017 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.cientifica.edu.pe:8080/bitstream/handle/UCS/216/TL-Flores_Salazar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Ramos K. Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018 .Repositorio upsjb [Internet]. 2019 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2144>
20. Cabrera E. Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Laura Ester Rodriguez Dulanto, Lima-Perú, de enero – junio del 2016. Repositorio upsjb. [Internet]. 2017 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/624>
21. De Brito E, Bedin A. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. enfermería global [Internet]. 2016 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/revision4.pdf>
22. Pacheco J, De Michelena M, Orihuela Enfoque actual del aborto recurrente. scielo [Internet]. 2014 [citado 4 enero 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000200008
23. Donoso E, Vera C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. scielo [Internet]. 2018 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262016000600014&lng=es&nrm=iso
24. Donoso E, Vera C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales . scielo [Internet]. 2016 [citado 4 enero 2020]. Disponible en:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0856-89662016000600004&lng=es&nrm=iso
25. Zelaya M, Montero W. Casos de aborto provocado, causalidad y metodos utilizados en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Municipal Universitario Japonés, de marzo a agosto de 2008 .Revistas Bolivianas. [Internet]. 2020 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882009000100002&lng=es&nrm=iso
 26. Guitierrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. scielo [Internet]. 2015 [citado 4 enero 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010
 27. De la Cruz J, Correa L, Gutierrez M, Sanchez H. Promoting research in medical students and increasing scientific production in universities: Experience of the Undergraduate Thesis Workshop Course .Elsevier [Internet]. 2019 [citado 5 enero 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
 28. Sotelo G, Sosa C, Dominguez A. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria .RMU [Internet]. 2015 [citado 6 enero 2020]. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2006v1/art9.pdf>
 29. Zheng D, Li C, Tang K. Factors Associated With Spontaneous Abortion: A Cross-Sectional Study of Chinese Populations. Pubmed. [Internet] 2017 [citado 7 enero 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259178-factors-associated-with-spontaneous-abortion-a-cross-sectional-study-of-chinese-populations/>
 30. Kaufman A. Counseling Women on Options for Management of Early Pregnancy Loss. Pubmed [Internet]. 2020 [citado 7 enero 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22534265-counseling-women-on-options-for-management-of-early-pregnancy-loss/>
 31. Minsa. Boletín epidemiológico del Perú. Ministerio de Salud [Internet]. 2018 [citado 7 enero 2020]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>

ANEXOS

Matriz de consistencia

Diseño Metodológico	Plan de Análisis de datos
<p>Estudio Observacional, retrospectivo, analítico tipo caso-control.</p>	<p>La información se registrara en la base de datos usando el programa Excel, posterior a ello se realizara el análisis con el programa SPSS versión 25. Se realizara un análisis descriptivo de las variables cualitativas, luego se presentara en tablas con frecuencias absolutas y relativas, haciendo uso de graficas de barras; del mismo modo las variables cuantitativas serán representadas por la media y la desviación estándar. Se llevara a cabo un análisis bivariado para determinar la asociación entre las variables independientes y dependiente; para las variables categóricas se empleará la prueba Chi cuadrado, y en el caso de las variables cuantitativas se usará la prueba paramétrica T student, si las variables presentan distribución normal de caso contrario se usará prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Así mismo, se realizará regresión logística simple para cada una de las variables independientes que presenten significancia y obtener su OR con su intervalo de confianza respectivo. Para controlar posibles variables que lleven a confusión se llevara a cabo un análisis por regresión logística múltiple con las variables que tengan significancia y relevancia clínica para obtener un OR ajustado de cada variable. Se establecerá un valor significancia de $p < 0.05$</p>

Problemas	Objetivos	Hipótesis
<p>¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y el aborto incompleto en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San José durante los Enero – Diciembre 2019?</p>	<p>General: Determinar cómo los factores sociodemográficos se asocian a la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San José durante Enero – Diciembre 2019</p> <p>Específicos: 1. Determinar cómo los factores sociales se asocian a la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de Gineco-Obstetricia. 2. Determinar cómo los factores demográficos se asocian a la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de Gineco-Obstetricia.</p>	<p>Hipótesis general: Existe asociación entre los factores sociales y demográficos con la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en el servicio de emergencia del servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital San José durante Enero-Diciembre 2019.</p> <p>Hipótesis Específicas 1. Las mujeres mayores de 35 años están más asociadas a la aparición de aborto incompleto. 2. Las mujeres procedentes del callao presentan mayor asociación a presentar aborto incompleto en comparación a las procedentes de otros distritos. 3. Las mujeres que no han culminado la secundaria están asociadas a presentar aborto incompleto. 4. Las mujeres desempleadas están asociadas a la aparición de aborto incompleto. 5. Las mujeres solteras están asociadas a la aparición de aborto incompleto.</p>

Solicitud de permiso institucional



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Nº 1030-2020-FMH-D

Lima, 02 de marzo de 2020

Señor
MORALES MENDEZ HENRY LUIS
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES EN EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE ENERO-DICIEMBRE 2019**”, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 27 de febrero de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

“Formamos seres humanos para una cultura de Paz”

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco -

Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú

E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina

Central: 708-0000

Anexos: 6010

Telefax: 708-0106

Consentimiento informado

No se requiere dicho documento puesto que se revisarán únicamente historias clínicas para los casos y controles.

Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCCIONES :

El llenado de la ficha de recolección de datos se hará en base a los registros de los datos plasmados en la Historia Clínica de emergencia del servicio Gineco Obstetricia.

Fecha: _____

HC : _____

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

Aborto incompleto: SI () NO ()

Edad : _____

Procedencia : Callao ()

Otro ()

Grado de Instrucción : Superior -secundaria completa ()

Secundaria incompleta-primaria ()

Ocupación : Empleada () Desempleada ()

Estado civil : Soltera () Conviviente - Casada ()

Solicitud de evaluación por comité de ética del Hospital San José



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE



UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Comité Institucional de Ética en Investigación

INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N° 011-2020

Carmen de La Legua-Reynoso, 29 de julio de 2020

MIEMBROS DEL COMITÉ

Presidente
DR. RENÉ EDWIN CABRERA
ROBLES
Médico

DR. MICHAEL ALEXANDER
AYUDANT RAMOS
Médico

DR. ALAN GUEVARA SILVA
Médico

Q.F. JUANA YOLANDA
RUMICHE PINGO
Químico-Farmacéutica

LIC. EDILICIA MARIA CURI
GAVILÁN
Enfermera

LIC. ALICIA MÓNICA ASCONA
TAPIAZA
Enfermera

LIC. FRIDA ERMELINDA
BASURCO BURGOS
Enfermera

LIC. MILAGROS MENA
CÓRDOVA
Tecnóloga Médica

OBST. NILDA SOLEDAD
PINTADO PASAPERA
Obstetra

Asistente Administrativo
SR. JEAN CARLOS RIEGA DEL
RÍO

Código del protocolo (Número-año): 011-2020
Versión/fecha del protocolo: 001 - 10/03/2020
Hoja de información al paciente (versión/fecha): No requerida

Título

“Factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en Emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San José durante enero-diciembre 2019”

Investigador:

Henry Luis Morales Méndez
Bachiller en Medicina

Institución vinculada al Investigador:

Escuela de Medicina Humana – Universidad Ricardo Palma

El *Comité de Ética en Investigación del Hospital San José*, en su reunión de fecha 29/07/2020, tras la evaluación de la propuesta del investigador relativa al tema mencionado, y teniendo en consideración los siguientes aspectos:

1. Respeto de los principios de ética en investigación,
2. Interés científico y relevancia del estudio,
3. Grado de eventual perturbación a los pacientes y al funcionamiento del centro asistencial,
4. Beneficios para el paciente, la Institución y el país,
5. Consideraciones metodológicas del estudio.

Emite un dictamen de **APROBACIÓN SIN MODIFICACIONES**, por lo cual recomienda se brinde al investigador las facilidades para el desarrollo de la investigación, a través de la UADI.

En virtud de lo mencionado, el Comité de Ética en Investigación delega a la UADI el seguimiento del cumplimiento de los procedimientos de la presente investigación.

Hospital San José
Comité de Ética en Investigación

Dr. René Edwin Cabrera Robles
Presidente del Comité de Ética en Investigación
C.M.P. 15034