



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN MUJERES  
HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
DEL HOSPITAL AMAZÓNICO, UCAYALI 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**ROYER RAÚL HUALLPA CARDENAS**

**PUCALLPA – PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A mis padres y demás familiares, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, y ayuda en estos años de formación.

A mis maestros de la Universidad Alas Peruanas, en agradecimiento por las enseñanzas transmitidas en las aulas.

## **AGRADECIMIENTO**

A las autoridades de la Universidad Alas Peruanas, quienes me orientaron en estos años de formación e hicieron posible cristalizar mi sueño de superación personal.

A los pacientes del servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, quienes fueron unidades de análisis, por su apoyo y colaboración.

A mi asesor, por sus enseñanzas impartidas, que hizo posible la culminación del presente estudio.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa, por su orientación y conocimiento transmitido.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron y apoyaron desinteresadamente en la realización del presente trabajo de investigación.

## RESUMEN

Se calcula que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 2 de cada 5 (80 millones) son no planeados y 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose. A pesar de los enormes avances experimentados en temas de salud sexual y reproductiva, el aborto permanece como la complicación más frecuente del embarazo. Se considera que entre el 10 y el 15 % de los embarazos confirmados terminan en aborto, y que el 25 % de las mujeres tendrán una pérdida precoz del embarazo durante su vida reproductiva (3). El objetivo del estudio fue Determinar los factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016. Respecto a la metodología, el estudio fue no experimental, de diseño descriptivo, transversal y prospectivo, el estudio se realizó en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario, con una muestra de 132 pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto. Los resultados indicaron, que el 69.7% (92) pacientes tienen la edad menor a 20 años; proceden del sector urbano marginal el 45.5% de la muestra. Respecto a hábitos nocivos, del total de elementos observados (132), 110 de ellas expresó haber consumido alcohol. Respecto al control pre natal, del total de elementos observados (132), 108 de ellas no acudieron a su control pre natal. Conclusiones; de los factores demográficos analizado: La mayoría de elementos (69.7%) observados tienen la edad menor a 20 años, por lo que se concluye que la edad es un factor de riesgo para la decisión de tener un aborto. Los que proceden del sector urbano marginal, poseen mayor riesgo de abortar, ya que es una población con características socio culturales favorables para el aborto, tal como lo obtenido en los resultados, donde se muestra que el 45.5% proceden de la zona urbano marginal. De los factores sociales asociados al aborto, el factor de mayor prevalencia es el factor hábitos nocivos, ya que la gran mayoría expresó haber consumido alcohol.

**Palabras clave;** Factores asociados, aborto.

## **ABSTRACT.**

It is estimated that of the 210 million pregnancies that occur in the world, 2 out of 5 (80 million) are unplanned and 46 million (58%) end up being interrupted. Despite tremendous advances in sexual and reproductive health, abortion remains the most common complication of pregnancy. It is estimated that between 10 and 15% of confirmed pregnancies end in abortion, and that 25% of women will have an early pregnancy loss during their reproductive life. The purpose of this study was to determine the factors associated with abortion in hospitalized women in the gynecology department of Hospital Amazónico, Ucayali 2016. Regarding the methodology, the study was non-experimental, descriptive, transversal and prospective, the study was performed in the service of gynecology of the Yarinacocha Amazonian Hospital. The instrument used for data collection was a questionnaire, with a sample of 132 patients hospitalized with the diagnosis of abortion. The results indicated that 69.7% (92) patients are younger than 20 years of age; 45.5% of the sample comes from the marginal urban sector. Regarding harmful habits, of the total of observed elements (132), 110 of them reported having consumed alcohol. Regarding pre-natal control, of the total number of elements observed (132), 108 of them did not attend their prenatal control. Conclusions; of the demographic factors analyzed: The majority of the observed elements (69.7%) are under 20 years of age, which concludes that age is a risk factor for the decision to have an abortion. Those who come from the marginal urban sector, have a higher risk of abortion, since it is a population with socio-cultural characteristics favorable to abortion, such as the results, which show that 45.5% come from the marginal urban area. Of the social factors associated with abortion, the most prevalent factor is the harmful habits factor, since the vast majority expressed having consumed alcohol.

**Key words;** associated factors, abortion.

## ÍNDICE

	Pag
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ii</b>
<b>INDICE</b>	<b>iii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>iv</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos de la investigación	
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación del estudio	4
1.5 Limitaciones de la investigación	5
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes del estudio	6
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definición de términos	35
2.4 Hipótesis	35
2.5 Variables	
2.5.1 Definición conceptual de la variable	37
2.5.2 Definición operacional de la variable	37
2.5.3 Operacionalizacion de la variable	37

<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo y nivel de investigación	38
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	38
3.3 Población y muestra	38
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	43
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	43
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	44
<b>CAPITULO V: DISCUSIÓN</b>	50
<b>CONCLUSIONES</b>	57
<b>RECOMENDACIONES</b>	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	59
<b>ANEXOS</b>	61

## INTRODUCCIÓN.

Entre 2010-2014, en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años. El 25 por ciento del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas. Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo.

El aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias. (1)

Las personas, capacidades y normas médicas consideradas seguras para realizar un aborto son diferentes para el aborto médico (que se realiza sólo con medicación) y del aborto quirúrgico (que se realiza con una aspiradora manual o eléctrica). La capacitación y las normas médicas requeridas para realizar un aborto seguro también varían en función de la duración del embarazo y de los cambiantes progresos científicos y técnicos.

Las mujeres, incluidas las adolescentes, con embarazos no deseados suelen recurrir al aborto peligroso si no pueden acceder al aborto seguro.

Para la prevención de un aborto espontáneo hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

Muchos de los abortos espontáneos que son causados por enfermedades maternas (diabetes, lupus, síndrome antifosfolípido), podrían prevenirse por medio de la detección temprana (antes de la concepción) y el tratamiento de la enfermedad de origen. (2)

La disminución de los riesgos de aborto espontáneo se ha atribuido al cuidado prenatal temprano completo y al evitar la exposición a las amenazas ambientales (como los rayos X y las enfermedades infecciosas). Por ello, si crees que puedes estar embarazada, o en caso de duda, consulta con tu médico, antes de someterte a un control de rayos X, o ante cualquier síntoma de infección o enfermedad.



Muchos de los defectos congénitos se han atribuido al defecto de ácido fólico, por lo que su administración de forma preventiva, previa y en las primeras fases del embarazo, pueden contribuir a la disminución de dichos defectos. (2) Para la prevención del aborto inducido conviene destacar los siguientes hechos a tener en cuenta:

Procurar el acceso a la atención de salud reproductiva y a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos (incluyendo la anticoncepción de emergencia, métodos que pueden prevenir el embarazo no deseado en los primeros días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección) se salva la vida de muchas mujeres al reducirse el número de embarazos no deseados y la posible necesidad de un aborto inducido.

Aun cuando la anticoncepción está al alcance, algunas mujeres quedarán embarazadas sin desearlo y algunas de ellas buscarán poner fin al embarazo. En lugares donde el aborto es legal, deberían estar disponibles los servicios de aborto seguros.

En todos los casos, cada mujer debería tener acceso al cuidado y tratamiento de las complicaciones del aborto, junto con orientación psicológica antes y después del mismo, y anticoncepción para evitar que se repitan los abortos.

(2)

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Organización mundial de la Salud (OMS) define como aborto a la terminación espontánea o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, contada a partir del primer día de la última menstruación normal. (3)

Se calcula que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 2 de cada 5 (80 millones) son no planeados y 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose. (1)

A pesar de los enormes avances experimentados en temas de salud sexual y reproductiva, el aborto permanece como la complicación más frecuente del embarazo. Se considera que entre el 10 y el 15 % de los embarazos confirmados terminan en aborto, y que el 25 % de las mujeres tendrán una pérdida precoz del embarazo durante su vida reproductiva. (2).

En el Perú el aborto, por su magnitud, letalidad, complicaciones y costos, constituye un problema social y de salud pública. (3). En el periodo de 1994 al 2001 se ha observado un incremento significativo en la presentación de casos es decir de 271,100 a 352,000 casos por año. Un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tiene entre 15 y 24 años. (4)

En la Región Ucayali el aborto provocado inseguro es considerado como un problema de salud pública, el número de abortos ha ido incrementándose de manera sostenida de 937 en el año 2001 a 1284 en el año 2007. El 52.5% de los embarazos no los querían entonces o los querían más tarde. Se estima que 7,333 embarazos del 2007 no fueron deseados. De estos no deseados sólo llegaron a los servicios de salud 1,284 casos de aborto, es decir 6,049 se habrían producido de manera clandestina, en otras palabras, se habrían producido a diario 17 abortos inseguros o clandestinos. Así mismo, si se analiza las cifras del total de embarazos del 2007 (13,968), el 9.2% terminó en un aborto (5).

En los últimos años el número de pacientes hospitalizadas por aborto en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, se ha venido incrementando progresivamente. Dicho aumento no sólo responde a un aumento en el número total de embarazos por año, sino que también la tasa de abortos se ha elevado (desde un 10,3% en 2003 hasta un 12,7% en 2015). Si bien resulta complejo, cuando es inexacto, hablar de causas de aborto, se reconoce la existencia de una serie de factores cuya presencia parecen influenciar a una mayor frecuencia de aparición del mismo. A esta dificultad, inherente a la propia naturaleza del proceso, se une la limitada información aportada por los estudios previos realizados sobre el tema; caracterizados, en general, por un análisis incompleto del problema (la mayoría estudian la asociación de un sólo factor con el efecto), una proporción importante de los mismos están basados en diseños poco rigurosos.

Este problema es de suma importancia para la salud pública, de ser solucionado mejoraría los indicadores de morbimortalidad materna existentes en la actualidad 15 muertes para el año 2015, caso contrario la salud materna continuaría siendo un problema que afecta a las mujeres y poblaciones más pobres del país, la Región Ucayali y el Distrito de Yarinacocha. (5)

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.**

### **1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuáles los factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016?

### **1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

- ¿Cuáles son los factores sociales asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016?
- ¿Cuáles son los factores demográficos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016?
- ¿Cuáles son los factores maternos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores demográficos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016.
- Establecer los factores sociales asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016.
- Establecer los factores maternos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, Ucayali 2016.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, pudiendo ser espontáneo o inducido, es el resultado de la presencia de diferentes causas entre ellas: económicas, sociales, culturales, personales y maternas. El problema del aborto es una preocupación social, económica y de salud pública en el país y la región Ucayali. (5)

Es importante desarrollar la presente investigación para contribuir con información que permita solucionar el problema, y revertir los indicadores de salud existentes en la actualidad, ya que se observa que cada año la tasa de abortos se incrementa en la atención hospitalaria. De no abordar el tema el problema podría complicarse y cada vez más mujeres estarían afectadas poniendo en riesgo su salud y por consiguiente la interrupción de su embarazo.

El propósito es que los resultados de la presente investigación se utilicen como base para implementar estrategias de intervención con enfoque de género e interculturalidad, que contribuyan en la sensibilización de la población general, para que asuman una actitud sexual y reproductiva responsable y evitar la interrupción del embarazo debido a problemas relacionados con el aborto.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Horario de alta de hospitalización de las mujeres atendidas por aborto.

Escasa notificación de los casos a través del sistema de vigilancia epidemiológica.

La predisposición de las mujeres hospitalizadas por aborto para participar en el estudio.

Los resultados del estudio solo serán validados a nivel institucional, más no podrán ser inferidos sobre la población general.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1.2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### 2.1.1. A Nivel Internacional

**Macas, J (Ecuador, 2013).** Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para lo cual se revisaron los expedientes clínicos, utilizando una hoja cuestionario de recolección de datos, que indagaba información relacionada con el objetivo de determinar la frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo del 6 de Setiembre 2012 a febrero 2013. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. El universo estuvo conformado por un total de 633 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Abortos, de los cuales 481 estuvo constituida por expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, mientras que la muestra estuvo representada por 273 expedientes clínicos de

pacientes con diagnóstico de aborto incompleto. Los resultados muestran que el 98,53% en relación con el misoprostol no se auto-medicaron, la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%, el 87,18% procedían de zonas urbanas, el 22,34% tenían dos gestaciones, el 49,08% son nulíparas, el 54,94% sin abortos previos, el 63,00% sin cesáreas previas, mientras un 79,85% fueron abortos incompletos espontáneos como causa desencadenante. (6)

**Aldana, L y otros (El Salvador – 2010).** La problemática sobre la incidencia de abortos es importante porque tiene implicaciones para la reproducción humana. El aborto es la interrupción del embarazo o expulsión del producto de la concepción antes de que el feto sea viable es decir antes de las 20 semanas de gestación y que tenga un peso menor de 500 gramos. El objetivo de la investigación fue identificar los factores que influyen en la incidencia de abortos en las mujeres de 19-35 años que ingresan al hospital nacional de Chalchuapa en el periodo de febrero a septiembre del 2010. Esta investigación es de tipo descriptiva; la muestra en estudio fueron 50 usuarias con diagnóstico de aborto las cuales se entrevistaron haciendo uso de la encuesta con preguntas cerradas que posteriormente fueron analizadas detectando los siguientes problemas: embarazos no deseados, inadecuada información acerca de métodos de planificación familiar, inasistencia a sus controles prenatales. De acuerdo a la problemática encontrada se formularon tres estrategias: jornada educativa denominada salud sexual reproductiva y riesgos de un embarazo precoz en adolescentes, material didáctico sobre conocimiento y autocuidado de la embarazada.(7)

**Mesa, M. y otros (Cuba – 2012).** La interrupción de embarazo es un problema que enfrenta la salud reproductiva a nivel mundial, como tal también afecta a nuestro país y a nuestra institución de salud, por lo



que se decide realizar un estudio de corte transversal en un grupo de pacientes que acudían a consulta de interrupción de embarazo en el Hospital Materno “Comandante Piti Fajardo” del municipio de Güines, provincia La Habana durante el mes de diciembre del año 2008, a las cuales se le realizaron encuestas, obteniendo resultados desalentadores en cuanto al nivel de información sobre salud reproductiva de la población femenina, el 56,1% desconocían de métodos anticonceptivos, el 40 % no sabían de complicaciones del aborto inducido, también conocimos el alto número de pacientes adolescentes que optan por este proceder, que representó el 45,6 % del universo estudiado y de factores socioculturales y psicosociales que influyen en la toma de decisiones por parte de las mujeres para acudir a este proceder.(8)

### **2.1.2 A Nivel Nacional**

**Rojas, M. (Lima – 2014).** Realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal, periodo Febrero-Setiembre del 2008 Diseño: Estudio Observacional, Descriptivo Transversal, Prospectivo MATERIAL Y METODO Se realizó una encuesta a toda gestante que cumplía con los criterios de inclusión, a toda gestante con una edad gestacional de hasta 22 semanas y con diagnóstico de amenaza de aborto que se encontraban hospitalizadas en los servicios de adultas y adolescentes en el periodo de estudio, no se trabajó con muestra, previa firma del consentimiento informado como aceptación de autorización para continuar con la encuesta respectiva con Ficha de Recolección de datos referentes a su estado de salud y socio epidemiológicos, se utilizó la base de datos disponible en la oficina de apoyo a la investigación SPSS Versión 13. RESULTADOS: Hubieron 135 casos de amenazas de abortos de un total de 6,669 gestaciones, representa una incidencia de 2.02%, son características epidemiológicas: 24% menores de 19 años,

41.5% son no deseados, 68.15% empezaron su relación sexual entre los 15 a 19 años, 0.7% el embarazo fue por violación, 12.6% indujeron el aborto, el 89.63% no usaban métodos anticonceptivos, el 33.3% de los padres no aceptaba la gestación de su hija y el 27.41% de los responsables del embarazo no aceptaban la gestación. Mayor número de casos en paridad 2 a 5 con un 61.5% y en 40.7% se presentan hasta las 20 semanas. Continúan el embarazo en un 80% y constituye un factor de riesgo la edad menor de 20 años (OR= 2.88), el embarazo no deseado (OR= 2.75), el control prenatal es un factor protector evidente (OR= 6.6). (9)

**Sánchez, V. (Lima – 2011).** Realizó un estudio con el Objetivo de analizar la relación entre factores socioreproductivos y el aborto provocado. Métodos: Estudio correlacional retrospectivo realizado en Instituto Especializado Materno Perinatal. Entrevistamos a 92 pacientes, edad 15 a 49 años, con diagnóstico previo de embarazo y con antecedente de aborto provocado (hasta 2 años). Excluimos pacientes con trastornos de la conducta y problemas psiquiátricos. Utilizamos una entrevista estructurada, la cual constó 5 ítems, que daban un total de 30 preguntas. Verificamos datos relacionados con el hogar, características sociales de la pareja, características reproductivas y características del aborto provocado. Analizamos a través de estadísticas descriptivas e inferenciales,  $p < 0.05$  y para las asociaciones OR IC 95%. Existe 13.3 veces más probabilidad de presentar factores socioreproductivos de riesgo para aborto provocado en aquellas mujeres que cursaron estudios básicos, 12 veces más en aquellas que iniciaron su actividad sexual dentro de los 13 a 19 años, es 11.1 veces más en aquellas que fueron primigestas, 10.7 veces más en aquellas que no vivían con la pareja, 8.1 veces más en aquellas que no tenían pareja estable, 6.7 veces más en aquellas que tenían de cero a cinco años de relación con la pareja, 4.8 veces más en aquellas que presentan grado de hacinamiento 4, es 4.2 veces más cuando la edad de primera gestación

se encuentra dentro de los 14 a 19 años y finalmente 3.7 veces más cuando la edad es de 20 a 25 años. Los factores asociados al aborto provocado ser joven (20 a 25 años), soltera, con estudios básicos (primaria y secundaria), vivir en grado de hacinamiento 4 (todos duermen en una habitación), menos de 5 años de unión con pareja, no vivir con él; inicio de actividad sexual precoz (13 a 19 años), primera gestación entre 14 a 19 años.(10)

**Huarca, L. (Huaraz – 2011).** El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, fue realizado en una muestra de 232 pacientes en caso de aborto que acudieron al Hospital de Apoyo “Víctor Ramos Guardia” Huaraz, en el lapso de 1º setiembre de 1991 al 31 de agosto de 1996, cuyo objetivo fue determinar cómo influyen los factores maternos en la incidencia de aborto. Los datos fueron recolectados a través de un protocolo y para el análisis estadístico se utilizó porcentajes, la media aritmética y desviación standard, observándose los siguientes resultados: La frecuencia de aborto en relación al número de partos es de 1 aborto cada 5,1 partos; el 24,59 % de ellos se presentó entre el período 1991 - 1992; y el 74,57 % de abortos fue incompleto. La edad de mayor frecuencia es de 30 a 34 años (28,84 %). En el estado civil las casadas representan el 46,8 % de los casos de aborto. El grado de instrucción con mayor incidencia de abortos es la secundaria incompleta con el 23,71 %. La ocupación que realizaban las mujeres era “su casa” en un 71,8 %. El 36,64 % ya tenían de 1 a 2 hijos vivos; el 25 % tenía antecedentes de 1 aborto y el 7,76 % 2 y más abortos. El 5,17 % usaron el DIU y el 4,31 % píldoras para evitar un nuevo embarazo; el 31,0 % tenía un período intergenésico de 2 a 3 años. El 6,12 % de los casos no asistieron a un control pre-natal; la patología más frecuente asociada al aborto fue la ITU con el 3,45 % y otras complicaciones en una proporción de 3,45 %. 0,1 % de abortos fueron diagnosticados clínicamente, el 62,5 % presentó ginecorragia más dolor; el mayor porcentaje del tiempo de la enfermedad fue de 2 a 3 días (24,14 %); el 46,98 % de los casos de

aborto tenían una edad de 9 a 12 semanas, la mayoría fue sometida a tratamiento quirúrgico, siendo un 42,24 % exclusivamente para legrado uterino previa aplicación de anestésicos. El 80,17 % de los pacientes permanecieron hospitalizados durante 1 a 2 días. El 6,03 %; 5,6 % y 3,9 % de las complicaciones fue la anemia por hemorragia, infección y shock hipovolémico respectivamente. (11)

### **2.1.3. A Nivel local**

A nivel local no se encontraron estudios desarrollados sobre la variable en los últimos 5 años.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Aborto**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos hueros) o de un feto de menos de 500 gramos, peso que corresponde a una gestación de 20 semanas. (3)

En algunos textos americanos, la palabra “aborto” indica el procedimiento médico o quirúrgico que se realiza para terminar un embarazo, y el término “aborto espontáneo” hace referencia a la pérdida del feto de tipo natural o no inducida. (2)

### **2.2.2. Epidemiología**

Se calcula que el 10 a 15% de los embarazos terminan en aborto y que sólo el 35% de todos los huevos fecundados alcanzan una edad gestacional superior a 28 semanas.

Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos se observa que en las adolescentes puede alcanzar un 10- 12%, en tanto que en las mujeres mayores de 40 años, el porcentaje aumenta entre cuatro y cinco veces.

En América Latina el aborto inducido es permitido en Cuba, Puerto Rico y algunos países pequeños del Caribe y al igual que en el resto del mundo, el aborto se asimila a un método más de planificación familiar frente a un embarazo no deseado. Se calcula que en Latinoamérica se producen 4.200.000 abortos inducidos al año, distribuidos así: en las islas del Caribe 400.000, en países de América Central 800.000 y en Sur América 3.000.000, todos ilegales porque en estos países el aborto no está permitido. (5)

### **2.2.3. Clasificación**

En la clasificación se tienen en cuenta la iniciación y la evolución del aborto. Por la forma como se inicia se puede dividir en espontáneo e inducido. En esta última categoría se presenta la posibilidad que sea legal, ilegal o terapéutico de acuerdo con la legislación de cada país.

El aborto legal, también conocido como electivo o voluntario, es el que se realiza antes de la viabilidad por solicitud de la embarazada, pero sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal. El terapéutico es la terminación de la gestación con el fin de salvar la salud de la madre.

El ilegal es el provocado clandestinamente en países donde está prohibido. (12)

#### **2.2.3.1 Aborto espontáneo.**

Los factores causales del aborto espontáneo son múltiples y pueden asociarse en dos categorías: los fetales o cromosómicos y los relacionados con la madre o maternos.

##### **a). Factores fetales o cromosómicos**

El desarrollo anormal de las células germinales y los defectos en la implantación del trofoblasto, son las causas más frecuentes de aborto, especialmente en la primera semana.

Aproximadamente el 60% de los embriones expulsados presentan anomalías congénitas incompatibles con la vida. Las causas fetales se relacionan con la patología del huevo fecundado y con las anormalidades de la placenta. Las alteraciones cromosómicas son las más frecuentes y 3/5 partes están representadas en trisomías, triploidia y monosomía. (13)

#### **b). Factores maternos**

Son múltiples y han sido mejor estudiadas que las causas fetales. Los más importantes son: infecciones (urinarias, virales, toxoplasmosis, fiebre amarilla, paludismo, etc.), factores endocrinos (insuficiencia del cuerpo lúteo, hipo e , endometriosis, diabetes), factores inmunológicos, traumatismos sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica, anomalías uterinas (malformaciones, miomas, incompetencia cervical), cirugías, y causas externas como la exposición a radiaciones ionizantes, medicamentos y drogas de abuso.(13)

#### **2.2.3.2 Aborto inducido**

La aparición del aborto inducido o provocado se confunde con los inicios de la humanidad. En la historia de la medicina aparecen informes en el Antiguo Testamento y en la literatura de los primeros siglos. Uno de los documentos más antiguos sobre materiales y métodos para producir el aborto, data de los tiempos del emperador SHENG-NUNG en la China legendaria, 23 siglos antes de CRISTO y en el Código de Hamurabi se lee que el aborto era permitido a las mujeres solteras pero no a las casadas. Los griegos y los romanos legislaron acerca del aborto; SÓCRATES admitía el aborto por voluntad de la madre y ARISTÓTELES lo aceptaba en los casos de un excesivo número de hijos. PLATÓN en Grecia, insistía en el aborto en toda mujer

mayor de 40 años, sin embargo HIPÓCRATES prohibía el aborto de manera categórica en los términos de su juramento. El cristianismo proclamó el derecho a la vida, no sólo del niño sino también del feto, razón por la cual las diferentes comunidades cristianas los proscibieron, lo consideraron como un delito e hicieron cada vez más rigurosas las sanciones penales contra quien practicaba el aborto y contra la mujer que lo permitía. (14)

Cada año en Estados Unidos se embarazan 6 millones de mujeres aproximadamente, cerca del 11% de todas las mujeres en edad reproductiva. Se calcula que 50- 60% de los embarazos no son deseados o planeados y cerca de la mitad de ellos son electivamente abortados. Actualmente se considera que 2/3 de las mujeres americanas tendrán un embarazo no deseado durante su vida reproductiva.

El Alan GuttmacherInstitute, entidad que conduce la investigación acerca del aborto ha suministrado las siguientes cifras en relación a las estadísticas norteamericanas: cada año cerca de 3 de cada 100 mujeres en edades entre 15 y 44 años tienen abortos; la mayoría de las mujeres que abortan son jóvenes, 55% de ellas menores de 25 años y el 22% son mayores de 30 años.

Las mujeres solteras tienen tres veces más probabilidad de tener un aborto que las casadas. El 63% de todos los abortos ocurren en mujeres blancas, pero una mujer no blanca tiene dos veces más probabilidad de tener un aborto comparada con una mujer de raza blanca.

El número de abortos efectuados por cada 100 mujeres hispanas es 43% más alto que entre cada 100 mujeres no hispanas.

Las mujeres católicas tienen 30% más posibilidades de tener un aborto que las protestantes. Pero las mujeres sin filiación religiosa

tienen tasas más altas de aborto que aquellas que confiesan un credo religioso. El aborto es tres veces más probable entre las mujeres pobres. (15)

#### **2.2.4. Métodos abortivos**

Los antropólogos consideran que cada sociedad conoce sus propias prácticas para terminar el embarazo.

Los métodos utilizados en los países donde el aborto es ilegal y las condiciones de atención médica son precarias son diversos e incluyen sustancias que se ingieren por boca (perejil, sabina, nuez moscada, artemisa, azafrán, aceite de resino, etc.), objetos que se insertan dentro del útero (sondas, tallos de arbustos), presión física sobre el abdomen, inserción de medicamentos o sustancias dentro de la vagina.

Los problemas derivados de estas prácticas son graves, las complicaciones más frecuentes son la sepsis, la perforación del útero, abscesos pélvicos, necrosis uterina, perforación de asas intestinales, peritonitis, insuficiencia renal aguda, choque séptico, trombo embolismo pulmonar y muerte por falla multisistémica.

Los procedimientos médicos para el aborto inducido están comprendidos dentro de tres categorías: (13)

##### **a). Procedimientos Quirúrgicos**

Extracción, aspiración por vacuum, dilatación y evacuación. Inducción del parto: para embarazos avanzados, en el segundo o tercer trimestre.

##### **b). Procedimientos Farmacológicos**

Se han empleado diferentes fármacos antiprogestágenos como el mifepristone, el misoprostol, un análogo sintético de



laprostaglandina E-1 y el metrotexate un antagonista del ácido fólico que actúa interrumpiendo la síntesis de nucleótidos.

El síndrome de Mobius caracterizado por parálisis facial completa con o sin defectos congénitos de las extremidades, se ha observado en hijos de mujeres que han tomado misoprostol durante el primer trimestre del embarazo en un intento fallido por inducir el aborto. (13)

### **2.2.5. Perfil psicológico y socio demográfico del aborto inducido**

La literatura no provee un perfil definido de la mujer que acude al aborto pero sí dibuja algunas características. Entre las razones que se aducen para buscar el aborto se incluyen los problemas económicos, embarazos previos con complicaciones, problemas con los hijos actuales, contraindicaciones médicas generales para el embarazo, conflictos maritales, sentimientos de soledad, aspiraciones profesionales, y sentimientos de inseguridad hacia el futuro. Sin embargo, estas mismas razones son encontradas en mujeres que llevan sus embarazos a término. Otros factores considerados por la mujer para solicitar el aborto son el caos social, el incesto, el abuso sexual, la inmadurez, el abandono, la violencia doméstica, la falta de anticoncepción o la falla de los métodos anticonceptivos.

El estudio de los factores psicológicos de las mujeres que se someten al aborto no ha arrojado resultados concluyentes. Helene Deutsch ha hecho énfasis en los impulsos destructivos latentes en todos los embarazos, en tanto que MORON tiene en cuenta la ambivalencia del deseo a embarazarse y los sentimientos de pérdida después del aborto. Esta estudiosa ha observado que los embarazos no planeados son más frecuentes en los períodos de depresión.

Los estudios publicados en Francia, Estados Unidos y el Reino Unido después de la legalización del aborto, han encontrado la presencia de escasos síntomas psiquiátricos moderados o severos después del aborto. (14)

### **a). Reacciones emocionales**

Stotland N., considera que la respuesta emocional inmediata después del aborto puede incluir sentimientos de dolor, culpa, indiferencia o ambivalencia, los cuales son a menudo confundidos con un trastorno mental. La autora analiza los sentimientos que experimenta la mujer después del aborto en la siguiente forma:

**Culpa.** Con frecuencia las mujeres que abortan experimentan culpa después del aborto, sentimiento que puede estar relacionado con la terminación de una vida humana pero también con la precipitación o la concepción inoportuna lo cual denota una falta de control o falta de autoestima.

**Madurez.** Con frecuencia las mujeres reportan que la experiencia del aborto ha significado un cambio en sus vidas, que han pasado de la pasividad a la responsabilidad activa, y que ahora planean y conducen su destino. Reconocen que esta dolorosa decisión les ha enseñado a tomar con seriedad su futuro, sus deberes y obligaciones y que se sienten más responsables de sus actuaciones, decisiones y de la manera de afrontar las situaciones difíciles.

**Alivio.** A pesar de los sentimientos de remordimiento, de la decepción y las recriminaciones, algunas mujeres sienten que pueden reenfocar su vida y continuar adelante. (14)

## **2.2.6. Factores asociados al aborto**

### **2.2.6.1. Edad materna.**

Es el principal factor asociado a la aparición de aborto espontáneo. En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación.

Este aumento de riesgo conforme se incrementa la edad de la madre no puede ser atribuido exclusivamente a la mala calidad ovocitaria secundaria al aumento de la edad, pues en estudios con gestaciones obtenidas mediante donación de ovocitos los resultados son equiparables a los anteriores, una vez que la fase de implantación ha finalizado. Dicha circunstancia ha hecho que se empiecen a contemplar otros factores como el “envejecimiento” uterino como contribuyentes al aborto espontáneo.

Dejando al margen factores socioeconómicos, se considera que la edad óptima reproductiva en la mujer se encuentra entre los 18 y los 34 años, una vez finalizado el desarrollo puberal y ya terminada la etapa de crecimiento y maduración. En cualquier caso, no existe consenso para definir la edad límite a partir de la cual aumenta excesivamente el riesgo de aborto espontáneo. Probablemente se encuentre en torno a los 35 años, pues desde el punto de vista perinatal, el embarazo de una mujer en este rango de edad, es considerado de alto riesgo obstétrico, dada su estrecha relación con resultados adversos gestacionales: aborto espontáneo, embarazo ectópico malformaciones fetales, hipertensión y diabetes, placenta previa, parto dificultoso, parto por cesárea, neonato de bajo peso al nacer, depresión neonatal y muerte fetal y neonatal. (12)

Las gestantes de mayor edad presentan un riesgo superior de gestación aneuploide, determinado por la elevada proporción de ovocitos portadores de alteraciones cromosómicas. Hasta el momento no está claro por qué, si todas las mujeres tienen ovocitos anómalos en el ovario, el riesgo de

alteraciones cromosómicas aumenta con la edad. Se han considerado dos hipótesis:

Los ovocitos que se encuentran en mejor estado son los que maduran en los primeros ciclos.

Las mujeres más jóvenes tienen menos probabilidad de llevar a término una gestación con una alteración cromosómica, al poseer un mejor mecanismo de filtrado para las anomalías embriofetales

Las mujeres de edad más avanzada tienen más posibilidades de concebir un bebé con anomalía cromosómica, y este tipo de embarazos se pierden con más facilidad. De hecho, las mujeres de 40 años tienen el doble de posibilidades de sufrir un aborto que las mujeres de 20 años. Tu riesgo de aborto también aumenta con cada niño que esperas. (12)

#### **2.2.6.2. Procedencia.**

Algunos estudios desarrollados en el Perú demostraron que las mujeres procedentes de las zonas rurales tienen mayor riesgo de llegar a tener un aborto. De hecho, las mujeres que viven en zona rural son más vulnerables debido al bajo nivel educativo y por consiguiente la reducida educación sanitaria respecto al cuidado de su propia salud. Así mismo, factores como la pobreza extrema, desnutrición crónica, situaciones de desigualdad por condición de género, entre otros factores incrementa la vulnerabilidad a padecer de aborto. (12)

#### **2.2.6.3. Grado de instrucción.**

Los factores personales de las adolescentes relacionadas a la decisión de abortar son: una edad igual o mayor a 15 años, el 45.3% tenía como grado de instrucción secundaria incompleta, lo que indica que el grado de instrucción tiene un riesgo significativo con la decisión de abortar.

Respecto a los factores familiares relacionados a la decisión de abortar en las adolescentes, el 33.3% de las madres tuvieron grado de instrucción secundaria incompleta. (12)

#### **2.2.6.4. Estado civil.**

En un estudio se demostró que, dentro de los factores familiares, el 52% de los padres tuvieron de estado civil convivientes por lo que se indica que el estado civil de los padres es un factor en la decisión de abortar.

Sin embargo, el estado civil de las personas que padecieron de aborto no constituye un riesgo significativo. (12)

#### **2.2.6.5. Tipo de familia.**

El 90.7% de las adolescentes que decidieron abortar no tuvieron el apoyo de sus padres, así mismo un 45.3% de las familias fueron de tipo monoparental. (12)

#### **2.2.6.6. La violencia familiar.**

La violencia y la coerción sexual, sobre todo la violación, como ya se mostró en párrafos anteriores, son hechos comunes en la vida de muchas adolescentes, que derivan en un gran número de embarazos no deseados y abortos (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000). En un estudio realizado en el año 2000 en Antigua, Bahamas, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica y Santa Lucía, la Organización Panamericana de la Salud reportó que casi la mitad de las adolescentes entrevistadas de 10 a 18 años que habían tenido relaciones sexuales declararon que la primera vez que tuvieron sexo fue de manera forzada (Halcón et al., 2000). Las relaciones sexuales en estas circunstancias tienen implicaciones de corto y largo plazo. Del mismo modo, pueden tener consecuencias psicológicas, sociales y físicas, como embarazos no deseados, abortos, infecciones, además de partos de hijos no deseados (Jejeebhoy y Bott, 2003).

En México, como en la mayoría de los países en desarrollo, la violación es un problema social, particularmente preocupante en el caso de las adolescentes. En un estudio con mujeres tratadas por abusos sexuales en esa nación, que se realizó en 1995, 54% de las participantes resultaron ser menores de 20 años. Se trató, en todos los casos, de mujeres solteras

que fueron objeto de abuso sexual, incluida la violación, en proporciones similares, por parte de algún familiar o un amigo (del 20 al 21% de los casos), por un desconocido, en el 46% de éstos, y en un 13% por alguna otra persona conocida (Martínez Ayala et al , 1999 ; Billings et al., 2002). En otro estudio sobre la opinión de los adolescentes con respecto al aborto, para el cual se consultó a adolescentes de una escuela de nivel medio y superior de la ciudad mexicana de Cuernavaca, se encontró que la mayoría de los hombres y de las mujeres estaban de acuerdo con interrumpir un embarazo en caso de violación (Sosa Sánchez, 2005). (12)

#### **2.2.6.7. Hábitos nocivos.**

El alcance de este hábito tóxico como enfermedad social es muy importante, pero adquiere una relevancia especial en relación con su abuso durante la gestación, por las consecuencias que se derivan sobre el feto.

El alcohol atraviesa fácilmente la placenta, llegando con rapidez a la circulación fetal, donde el hígado fetal, inmaduro, lo metaboliza más lentamente que en el adulto. Por ello, las concentraciones de alcohol en sangre fetal pueden ser más elevadas que en la madre, manteniéndose además altas durante más tiempo que en sangre materna, dando lugar al Síndrome Alcohólico Fetal o embriofetopatía alcohólica. Este síndrome agrupa a distintos cuadros: crecimiento intrauterino retardado, alteraciones del desarrollo psicomotor, síndrome de abstinencia en el recién nacido, retraso mental, problemas de aprendizaje, emocionales o de comportamiento y defectos cardíacos, en el macizo orofacial, auriculares, genitales, renales, sindactilias y alteraciones articulares. (12)

El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa también el riesgo de aborto espontáneo (particularmente aquel de tipo precoz), el bajo peso al nacer y la muerte fetal. Además cuando hablamos de alcoholismo existe una frecuente asociación del mismo con malnutrición y otros hábitos poco saludables que afectan negativamente sobre el embarazo.

Tabaco, el hábito de fumar cigarrillos durante el embarazo es muy extendido. Los estudios de prevalencia realizados en la década de los

noventa mostraron que entre el 20 y el 33% de las mujeres embarazadas de los países desarrollados mantienen su práctica en el embarazo. A pesar de ello, la percepción del tabaco como un elemento perjudicial para la descendencia hace que la proporción de mujeres que deja de fumar durante el embarazo sea mayor que la que lo hace en otros momentos de sus vidas. (12)

Hasta el 40% de las mujeres en los EE.UU que fuman antes del embarazo dejan el hábito antes de su primera visita prenatal, una tasa sustancialmente mayor que la informada en la población general. Sin embargo, sólo un tercio de estos ex fumadores siguen siendo abstinentes después de un año. Por este motivo el embarazo puede ser un "momento apropiado de aprendizaje" para el abandono del hábito de fumar: existe una mayor percepción del riesgo y los resultados personales que provoca respuestas afectivas o emocionales fuertes, y redefine la función social o el autoconcepto de una mujer, especialmente cuando el fracaso en el cumplimiento de una función social resulta en la estigmatización social.

Existen diferencias sociales marcadas entre las mujeres que fuman y las que no lo hacen. El hábito continuo y el consumo diario elevado demuestran una fuerte asociación con desventajas sociales, alta paridad, ausencia de pareja y un índice de ingresos bajos. Además, existen otros factores psicosociales muy comunes, que contribuyen a mantener el hábito de fumar: depresión, estrés laboral, exposición a la violencia de los compañeros íntimos, bajos niveles de apoyo y temor al aumento de peso.

El tabaco sigue siendo uno de los pocos factores potencialmente evitables asociados con el aborto, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y la mortalidad perinatal. También existen datos que invocan el papel del tabaquismo en la génesis de trastornos cognitivos y del comportamiento de niños y adolescentes cuyas madres estuvieron expuestas al humo del tabaco. Esto lo convierte en un tema de salud pública prioritario durante el embarazo. Además, el hábito de fumar se asocia con tasas bajas de iniciación de la lactancia materna, y una duración reducida de la misma, si bien existen pocas pruebas de que esta asociación se deba a los efectos fisiológicos del hábito de fumar en la lactancia materna. (12)

El riesgo de aborto, aun mínimo, ha sido confirmado en fumadoras de más de 10 cigarrillos por día. Se estima que cada año se producen entre 19.000 y 141.000 abortos como consecuencia del hábito tabáquico. En cambio, la evidencia de los efectos del tabaco ambiental en fumadoras pasivas es débil e inconsistente, no pudiendo extraerse conclusiones válidas al respecto.

La asociación entre aborto y consumo activo de tabaco es conocida desde 1957, pero tuvieron que pasar casi treinta años hasta que se plantearan consensos mundiales sobre esta materia. En octubre de 1985 tuvo lugar en San Francisco la primera Conferencia Internacional sobre Tabaquismo y Salud Reproductiva. En ella se reconoció de modo firme la estrecha relación entre aborto, infertilidad y el hábito de fumar, del mismo modo que se puso de manifiesto la mayor frecuencia de anomalías cuali-cuantitativas en el seminograma de los varones fumadores respecto de controles no expuestos<sup>185</sup>. Además, existen datos que apoyan un aumento del riesgo de aborto cuando el varón es fumador, por una probable exposición materna indirecta al humo del tabaco, aunque dicho efecto también podría estar mediado por el daño espermático antes referido. En cualquier caso, el efecto embrio-fetal es dependiente de la dosis tabáquica a la cual la madre es sometida.

Los efectos del tabaco sobre la gestación son muy precoces y así está descrito que los metabolitos de la nicotina alcanzan al embrión y se acumulan en sus tejidos a una edad tan temprana como las 7 semanas gestacionales.

Todas las sustancias del tabaco atraviesan la barrera placentaria. De los 2500 productos químicos que contiene el humo del cigarrillo, no se sabe con certeza cuáles son nocivos para el desarrollo del fetal, pero lo que si se conoce es que tanto la nicotina como el monóxido de carbono pueden ser perjudiciales para el feto. (12)



En cuanto al mecanismo por el cual el tabaco ejerce su efecto pernicioso sobre la gestación, es múltiple:

La exposición materna al humo del tabaco modifica los niveles plasmáticos de estroprogéstágenos, hormonas íntimamente ligadas al mantenimiento del embarazo. Es bien conocido que tanto la síntesis de progesterona como la excreción urinaria de estrógenos se ven disminuidas en fumadoras, probablemente como consecuencia del efecto citotóxico que los alcaloides del tabaco ejercen sobre el trofoblasto<sup>188,189</sup>.

El consumo de tabaco ejerce un claro efecto vasoconstrictor, mediado por la descarga adrenal que provoca la nicotina. Tal efecto reduce el flujo placentario y provoca hipoxia materno-fetal, fenómeno en el que también intervendrán la exposición al monóxido de carbono de la combustión, la inhibición de los enzimas respiratorios por parte de la nicotina y la síntesis de carboxihemoglobina. (12)

El tabaco es un potente genotóxico. Dicho efecto está mediado por la activación de los componentes neutros de la fase particulada mediante enzimas halladas en múltiples tejidos, siendo los compuestos más importantes los benzopirenos y los dibenzoantracenos. Una vez activadas estas moléculas, tóxicas por sí mismas o alguno de sus metabolitos reactivos, forman uniones covalentes de alta afinidad con el material genético, dando lugar a la formación de aductos. Una medida de la inestabilidad genética inducida por compuestos genotóxicos, además de la presencia de mutaciones en genes diana asociados con el hábito fumador, es el incremento en la formación de micronúcleos, visibles fácilmente en cultivos celulares humanos. Muchos carcinógenos químicos del tabaco pueden ser activados metabólicamente al interaccionar con moléculas intracelulares, produciendo de este modo daño genético. Recientemente diversos autores han detectado la presencia de metabolitos específicos del tabaco en la orina de recién nacidos de fumadoras activas y pasivas, lo que sugiere un posible efecto genotóxico del humo del tabaco desde etapas precoces del desarrollo embrionario.

Se especula con la posibilidad de que el tabaco, además de distorsionar la función ovárica y trofoblástica, altere la motilidad de la trompa de Falopio, perturbando el transporte de los gametos y el cigoto. (14)

Aunque es conocido que el humo del tabaco contiene numerosas sustancias teratogénicas, los más recientes estudios no encuentran datos que sugieran la existencia de malformaciones fetales específicas asociadas al consumo materno de tabaco.

Existen pruebas sólidas acerca de la falta de fiabilidad de un autoinforme como medida del nivel de consumo de tabaco en los ámbitos de asistencia sanitaria, especialmente en la atención materna. Este hallazgo implica que los ensayos que no validan el nivel de consumo de tabaco tienen probabilidad de presentar errores de medición considerables y, por lo tanto, un poder estadístico reducido para identificar los efectos verdaderos.

En cualquier caso, el problema más importante en España actualmente y en relación con el embarazo es la elevada incidencia de hábito tabáquico entre las mujeres en edad fértil. Según el Instituto de la Mujer hay un 21,5% de fumadoras de más de 10 cigarrillos al día<sup>161</sup> dentro de este grupo de población. (15)

El riesgo para el feto está directamente asociado al número de cigarrillos. Se ha podido constatar que el abandono del hábito tabáquico en el primer trimestre evita los efectos deletéreos, y que si no se consigue en el segundo trimestre, pero si en el tercero, se obtienen mejores resultados que si se continua fumando. (12)

#### **2.2.6.8. Ocupación.**

Pocos trabajos reúnen los criterios suficientes de diseño para realizar un adecuado análisis estadístico de la exposición profesional a tóxicos, en relación con el aborto espontáneo. Pequeños tamaños muestrales, medidas poco fiables del efecto y malas definiciones de la variable exposición, sesgos de selección y observación, mal control de variables

de confusión e imposibilidad de análisis en la relación dosis efecto han sido constantes en los estudios realizados hasta el momento.

Aunque algunos estudios han encontrado un cierto efecto adverso de algunas profesiones sobre la fertilidad (masculina y femenina), resulta virtualmente imposible estimar la proporción de infertilidad debida a exposición laboral en la población general.

Dentro de las profesiones posiblemente involucradas en un resultado adverso reproductivo se encuentran los trabajos de soldadura y aquellos realizados en ambientes con excesivo calor. Y entre las sustancias implicadas en este fracaso reproductivo destacan: mercurio, antimonio, boro, disulfido de carbón, cloro, plomo inorgánico, carbamatos, éter de etilenglicol, manganeso, disolventes orgánicos, estrógenos sintéticos, y progestinas y acetona 231. (12)

#### **2.2.6.9. Numero de Gestación**

Un historial de defectos de nacimiento o problemas genéticos. Si tú, tu pareja, o miembros de tu familia tienen una anomalía genética, se les ha diagnosticado una en un embarazo previo, o han tenido un niño con un defecto de nacimiento, corres un riesgo más alto de aborto.

Un historial de abortos, las mujeres que han tenido dos o más abortos seguidos tienen más probabilidades de tener un aborto que otras mujeres. (13)

#### **2.2.6.10. Edad gestacional**

A veces un aborto es consecuencia de problemas que ocurren durante el delicado proceso del desarrollo temprano. Esto incluye un óvulo que no se implanta adecuadamente en el útero o un embrión que tiene defectos estructurales que le impiden desarrollarse

Cuando el óvulo fecundado presenta problemas cromosómicos, hay posibilidades de que se produzca un óvulo anembriónico o embarazo anembrionario. En este caso, el óvulo fecundado se implanta en el útero,

y la placenta y el saco gestacional comienzan a formarse, pero el embrión interrumpe muy temprano su desarrollo o no se forma en absoluto.

Como la placenta empieza a secretar hormonas, la prueba de embarazo da positiva y quizás incluso tengas algunos síntomas de embarazo, pero un ultrasonido mostrará que el saco gestacional está vacío.

En otros casos, el embrión se desarrolla, pero solamente durante un tiempo muy breve debido a que presenta anomalías que hacen imposible su supervivencia, y el desarrollo se interrumpe antes de que el corazón empiece a latir. (13)

No obstante, una vez que el corazón del bebé comienza a latir, lo cual por lo general se puede apreciar mediante un ultrasonido alrededor de las 6 semanas de embarazo, y no presentas síntomas como sangrado o cólicos similares a los dolores de la menstruación, las probabilidades de que tengas un aborto espontáneo bajan significativamente y continúan disminuyendo con cada semana que transcurre. (14)

#### **2.2.6.11. Control pre natal**

Como la mayoría de los médicos no hace un análisis completo de una mujer saludable después de que haya sufrido un primer aborto espontáneo, a menudo es imposible saber con certeza qué causó la pérdida del embarazo. Incluso cuando se hace una evaluación detallada (por ejemplo, después de que una paciente haya tenido dos o tres abortos espontáneos seguidos), la mitad de las veces no se llega a averiguar la causa. (13)

#### **2.2.6.12. Patologías durante el embarazo.**

Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan sobre la fisiología materna. Así pues, ante un inadecuado control estas enfermedades podrían condicionar abortos de

repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones.

La patología local uterina (tumorações, malformaciones e incompetencia cervical) afectarán en mayor o menor medida según la repercusión que tengan sobre la propia estructura anatómica uterina. Merece especial atención el grupo de los fibromas uterinos, por su elevada prevalencia poblacional y por ser fuente de amplia controversia. (14)

Se ha podido comprobar un aumento en la incidencia de abortos espontáneos cuando aparece fiebre materna durante el embarazo. En cualquier caso, la fiebre deberá ser entendida como un antecedente (y no como una causa) relacionada con un proceso infeccioso, verdadero responsable último de la complicación.

Existen referencias en investigación animal que reconocen la hipertermia materna como un teratógeno. En base a estos hallazgos se sospecha un efecto equiparable en humanos. Los efectos malformativos más frecuentemente relacionados con la hipertermia afectan al sistema nervioso central (incluyendo el tubo neural) y el corazón. A pesar de ello, existe una tendencia generalizada a infravalorar el riesgo real de la hipertermia en el embarazo.

Los datos relacionados con estos efectos se refieren a elevaciones de la temperatura corporal por fiebre de al menos 38,9 grados centígrados durante varios días, aunque otros se refieren a fuentes de calor externas como saunas.

En relación con los procesos infecciosos, la vaginosis bacteriana en el embarazo precoz debe ser considerada un importante factor de riesgo, la que mayor trascendencia presenta actualmente por el riesgo de transmisión vertical, es la producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Los procesos crónicos más frecuentes con riesgo teratógeno son la diabetes mellitus, los trastornos del tiroides, la epilepsia, la hipertensión arterial, y el asma. Menos frecuentes, pero también con posibles riesgos teratógenos, son las enfermedades del tejido conectivo, las cardiopatías, la enfermedad inflamatoria intestinal y los trastornos del ánimo.

El riesgo teratógeno puede provenir de la enfermedad cuando no se encuentra controlada adecuadamente (mal control metabólico de una diabetes, lupus en fase de actividad), del tratamiento (como ocurre con los nuevos fármacos hipotensores Inhibidores del Enzima Convertidor de Angiotensina y Antagonistas del Receptor de Aldosterona tipo 2), o también de la dosis del fármaco (necesidad de dosis altas de corticoides en el caso de las conectivopatías). (8)

#### **a). Fibromas uterinos**

Los fibromas, también denominados leiomiomas o miomas, son tumores benignos del útero que se presentan en un alto porcentaje de mujeres. Ricos en matriz extracelular, derivan de los miocitos presentes en el miometrio, admitiéndose un origen clonal en su etiología: un único miocito sufre una mutación somática que favorece su proliferación, siendo su crecimiento estimulado por otros factores genéticos y/o ambientales (como los estrógenos y la progesterona).

Su localización y tamaño resultan claves para determinar su posible interferencia con el proceso reproductivo. Aunque se ha observado que aparecen con mayor frecuencia en pacientes infértiles que en mujeres sin trastornos reproductivos, particularmente en aquellas con aborto habitual, parece poco probable que sean una causa directa de aborto cuando su localización no compromete la cavidad uterina.

En los casos de miomas que distorsionan la cavidad, la alteración vasculomiometrial asociada y el propio efecto masa podrían condicionar una mayor propensión al aborto; aun así, existen también referencias que apuntan hacia una disminución en las tasas de gestación en aquellos casos de leiomioma que no comprometen la cavidad.

Diagnosticados habitualmente por ecografía, se han comunicado prevalencias del 18-40% en pacientes con aborto de repetición, pero difícilmente pueden ser considerados la causa última de la complicación en tan alto porcentaje de casos, pues en la mitad de pacientes existe al menos otra causa asociada con la infertilidad.

Dado que no existen opciones de tratamiento médico en el fibroma, su exéresis o la embolización de las arterias de las cuales se nutre constituyen la única opción terapéutica para estas mujeres. Como estas técnicas no son inocuas, deberían aplicarse únicamente cuando exista una justificación sintomática para su tratamiento.

Estudios retrospectivos han indicado un beneficio de la extirpación quirúrgica de los fibromas, en términos de mayor fertilidad tanto para la concepción natural como para la asistida. Para este abordaje quirúrgico existen diferentes métodos entre los que se incluyen la laparotomía, la laparoscopia y la histeroscopia, pero sus ventajas y desventajas relativas en términos de eficacia (fertilidad) y efectos secundarios son objeto de controversia. (8)

#### **b). Diabetes mellitus**

La Diabetes Mellitus es la enfermedad médica que con mayor frecuencia coincide con el embarazo. En nuestro medio se estima que afecta al 6-14% de las gestantes, aunque esta prevalencia depende de la población estudiada y de la estrategia diagnóstica empleada. Igualmente, la severidad del proceso varía ampliamente de unas mujeres a otras.

Producida por una insuficiencia insulínica absoluta o relativa que determina una alteración en la movilización y aprovechamiento de la glucosa (cuya entrada en la célula se ve dificultada), se manifiesta por hiperglucemia, glucosuria, incremento del catabolismo de ácidos grasos y proteínas y, en algunas pacientes, cetoacidosis.

Sus potenciales repercusiones negativas sobre el curso de la gestación, la salud materna o el resultado perinatal son importantes; por ello se ha intentado realizar una clasificación de las gestantes diabéticas en función del riesgo de complicaciones que cabría esperar. De entre las diversas propuestas, la más sencilla y a la vez más extendida es la que distingue entre diabetes pregestacionales y gestacionales. La diabetes pregestacional la padecen mujeres con Diabetes Mellitus tipo 1 o tipo 2 identificadas antes de que se inicie el embarazo.

La diabetes gestacional la padecen todas aquellas que se diagnostican por primera vez en el curso del embarazo, con independencia del momento de la gestación en que se detecten, de la severidad del trastorno metabólico, del tratamiento que precisen, de su continuidad después del parto o de la posibilidad de que la diabetes estuviese presente antes de la gestación. La propia definición obliga a re catalogar los casos de diabetes gestacional tras el parto, porque puede tratarse en realidad de diabetes pregestacionales no conocidas. Aproximadamente el 10% de las diabéticas embarazadas son pregestacionales, y el 90% restante, gestacionales. (8)

### **c). Trastornos tiroideos**

Las hormonas tiroideas son esenciales para la regulación y estimulación del metabolismo, el control de la temperatura y el crecimiento y normal desarrollo materno-fetales. Su síntesis y liberación se encuentran muy finamente controladas por un complejo mecanismo hormonal de retroalimentación, en el cual la glándula hipofisaria juega un papel preponderante: el hipotálamo secreta hormona liberadora de tirotrópina (TRH), la cual estimula la liberación de la hormona estimuladora del tiroides o tirotrópina (TSH) por la adenohipófisis. La TSH accede al



torrente circulatorio y se une a los receptores del tiroides, donde controla la producción y liberación de tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), que a su vez inhiben la liberación de TSH por la hipófisis. Parte de la T3 es secretada por el tiroides, pero la mayor proporción se produce por desyodación de T4 en los tejidos periféricos. Tanto la T4 como la T3 circulan en la sangre unidas a proteínas transportadoras (principalmente globulina transportadora de hormonas tiroideas o TBG, transtiretina y albúmina).

En estados de aumento de las proteínas transportadoras (embarazo, estímulo estrogénico, cirrosis, hepatitis y trastornos hereditarios) se encuentran niveles aumentados de T3 y T4 totales, con concentraciones de hormonas libres normales. A la inversa, en enfermedades sistémicas graves, hepatopatía crónica y síndrome nefrótico se encuentran niveles bajos de T3 y T4, totales con concentraciones normales de hormonas libres. (12)

La interrelación tiroides-gestación es recíproca. El embarazo influye en la normal función del tiroides, del mismo modo que las disfunciones tiroideas pueden afectar la fertilidad de la mujer, el curso del embarazo establecido, la salud fetal y el estado materno y del recién nacido en el postparto. Además, las funciones tiroideas materna y fetal están íntimamente ligadas y ciertos cuadros gestacionales, como la hiperémesis gravídica o la mola hidatiforme pueden alterar también la función tiroidea.

Durante el embarazo la glándula tiroides aumenta ligeramente de tamaño, por hiperplasia e hiperemia. Como hemos señalado, aumentan la T3 y T4, pero la función tiroidea es normal. La función tiroidea de la mujer gestante está modulada por tres factores: el aumento de HCG (que estimula a la glándula tiroides), el aumento en la excreción urinaria de yoduros (con descenso de su concentración plasmática) y el aumento de la globulina transportadora (TBG) en el primer trimestre. La captación de yodo por el tiroides está aumentada y se mantiene alta en el postparto inmediato. Los niveles de TBG llegan al doble de valores normales y su aclaramiento hepático disminuye. En cuanto a las hormonas tiroideas, aproximadamente el 85% de ellas son transportadas durante el embarazo

unidas a la TBG, que aumenta su capacidad de fijación; el otro 15% lo hacen junto a la prealbúmina (TBPA).

Los niveles de T3 y T4 aumentan desde el inicio de la gestación y se mantienen altas hasta después del parto. Está aumentada la fracción unida a proteínas, mientras que la libre es igual o ligeramente menor al final del proceso. Sin embargo, las determinaciones plasmáticas del índice de tiroxina libre pueden ser falsamente elevadas por infravaloración de los niveles de TBG<sup>75</sup>. Un último factor a contemplar en relación con el efecto del embarazo sobre la función tiroidea es que la propia gestación provoca alteraciones de la respuesta inmunológica, con una disminución global de las respuestas inmunes y de los títulos de anticuerpos antitiroideos. (12)

Las enfermedades tiroideas son la segunda alteración endocrina en frecuencia entre las mujeres en edad reproductiva. Tal circunstancia hace que no resulte infrecuente encontrar mujeres embarazadas con alguna disfunción tiroidea. Los trastornos del tiroides son consecuencia fundamentalmente de procesos autoinmunitarios que estimulan la producción excesiva de hormonas tiroideas (hipertiroidismo, tiroxicosis) o provocan destrucción de la glándula y producción insuficiente de hormonas tiroideas (hipotiroidismo). Como ya se ha señalado, las enfermedades autoinmunes de la glándula tiroides son muy frecuentes entre las mujeres en edad reproductiva. (12)

#### **d). Trombofilias**

Las trombofilias constituyen un grupo variado de trastornos relacionados con la coagulación que están asociados con una predisposición a eventos trombóticos. Estos estados hipercoagulables pueden ser tanto hereditarios como adquiridos.

Las trombofilias hereditarias incluyen la mutación del gen de la protrombina (esto produce un aumento de la concentración de protrombina en plasma) y la resistencia a la proteína C activada (RPCa),

casi siempre secundaria a la mutación del factor V Leiden, la cual produce un fallo en la inactivación del factor V activado. Otras trombofilias hereditarias son la deficiencia de los anticoagulantes fisiológicos proteína C, proteína S y antitrombina.

Las trombofilias adquiridas incluyen aquellas que están asociadas con los anticuerpos antifosfolípido, generalmente con los anticuerpos anticardiolipina y el anticoagulante lúpico. (12).

La hiperhomocistinemia (homocisteína plasmática elevada en ayunas) puede también ser hereditaria o adquirida.

Estos trastornos han sido estrechamente asociados con tromboembolismos venosos tales como la trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar potencialmente fatal. Sin embargo, un importante número de publicaciones recientes ha relacionado estos trastornos con eventos obstétricos adversos tales como la restricción del crecimiento intrauterino, el nacimiento de mortinatos, la preeclampsia grave de inicio temprano y el desprendimiento de placenta. (12)

#### **e). Hipertermia materna**

Existe sólida evidencia relativa al aumento en la incidencia de abortos espontáneos cuando aparece fiebre o hipertermia materna durante el embarazo. En cualquier caso, la fiebre deberá ser entendida como un antecedente (y no como una causa) relacionada con un proceso infeccioso, verdadero responsable último de la complicación.

Los efectos más frecuentemente relacionados con la hipertermia son el incremento en las tasas de aborto espontáneo y malformaciones del sistema nervioso central (incluyendo el tubo neural) y el corazón. Aunque como se ha señalado, existen datos muy sólidos acerca de esta asociación, existe una tendencia generalizada a infravalorar el riesgo real de la hipertermia en el embarazo.

En cualquier caso, conviene señalar que los datos relacionados con estos efectos se refieren a elevaciones de la temperatura corporal de al menos

38,9 grados centígrados durante varios días, aunque otros se refieren a fuentes de calor externas. (13)

#### **f). Técnicas invasivas de diagnóstico prenatal**

La realización de métodos diagnósticos invasivos durante el embarazo (amniocentesis, biopsia corial y funiculocentesis) pueden favorecer la pérdida del embarazo. El riesgo descrito de pérdida gestacional para estas técnicas es del 1-3%, tasa íntimamente relacionada con la experiencia del especialista que lleva a cabo el procedimiento. (14)

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Aborto:** Acción y efecto de abortar, es decir, el fracaso por interrupción o malogramiento de un proceso o actividad.

**Factor de riesgo:** Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad

**Legrado:** Intervención quirúrgica que consiste en raspar la superficie de los huesos o la mucosa del útero para limpiarlos de sustancias adheridas u obtener una muestra.

**Feto:** Embrión de los mamíferos placentarios y marsupiales, desde que se implanta en el útero hasta el momento del parto.

**Histerectomía:** Extirpación del útero, o matriz.

**Congénito:** Conjunto de caracteres con los que nace un individuo, ya sean normales o patológica

### **2.4. HIPÓTESIS.**

Por ser un estudio de nivel descriptivo, no se formuló hipótesis, tal como lo explica el autor Hernández Sampieri en su texto metodología de la investigación cuarta edición.

## **2.5. VARIABLE**

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable**

#### **Factores asociados al aborto**

Características y atributos que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado, los factores que influyen no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento.

### **2.5.2. Definición operacional de la variable.**

La variable se operará considerando las dimensiones e indicadores planteados, lo cual se consideró en el instrumento para recolectar la información.

### 2.5.3. Operacionalización de la variable.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS
<p><b><u>VARIABLE</u></b></p> <p>FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO</p>	<p><b>FACTORES DEMOGRAFICOS</b></p>	EDAD	1. Menor a 20 años
			2. De 20 años a mas
		PROCEDENCIA	1. URBANA
		2. URBANO MARGINAL	
		3. RURAL	
	<p><b>FACTORES SOCIALES</b></p>	GRADO DE INSTRUCCIÓN	1. ANALFABETA
			2. PRIMARIA
			3. SECUNDARIA
			4. SUPERIOR
		ESTADO CIVIL	1. CASADA
			2. CONVIVIENTE
			3. SOLTERA
			4. VIUDA
			5. DIVORCIADA
		TIPO DE FAMILIA	1. NUCLEAR
	2. EXTENSA		
	3. INCOMPLETA		
	VIOLENCIA FAMILIAR	1. SI	
		2. NO	
	HABITOS NOCIVOS	1. ALCOHOL	
		2. CIGARRILLOS	
		3. DROGAS	
	<p><b>FACTORES MATERNOS</b></p>	NÚMERO DE GESTACIÓN	1. PRIMIGESTA
2. MULTIGESTA			
3. GRAN MULTIGESTA			
EDAD GESTACIONAL		< 22 SEMANAS	
		> 22 SEMANAS	
CONTROL PRE NATAL		1. SI	
		2. NO	
PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO		1. ITU	
		2. HIPERTENSION ARTERIAL	
		3. DIABETES	
	4. ANEMIA		
	5. INFECCION POR VIH		
	6. MALF. CONGENITAS		

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. Tipo de Investigación**

La Investigación que se desarrolló fue bajo el enfoque cuantitativo, cuya finalidad fue identificar los factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico durante el año 2016.

Transversal, porque la recolección de los datos se realizó en un solo momento.

Prospectivo, porque los datos se generaron luego de haber iniciado el estudio.

### 3.1.2. Nivel de Investigación

La investigación corresponde al nivel descriptivo, ya que se procedió a describir las características de la variable de interés.

De diseño no experimental, ya que la variable en estudio se evaluó en su contexto natural. (15)

## 3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se realizó en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico, el mismo que se encuentra ubicado en el Jr. Aguaytía N° 605 de la localidad de Puerto Callao, distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali.

## 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.3.1. POBLACION

La población o universo de estudio estuvo constituida por 356 mujeres hospitalizadas con el diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Amazónico entre los meses de enero a julio de 2016.

### 3.3.2. MUESTRA

El tamaño de muestra para la ejecución de la investigación fue de 132 mujeres hospitalizadas con el diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Según Herrera Castellanos, si la población es finita, es decir conocemos el total de la población entonces la fórmula utilizada para calcular el tamaño de la muestra fue:

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



**Donde:** n= Tamaño de la muestra  
 N= Tamaño de la población = 356  
 p=Probabilidad de éxito 50 % (0.50)  
 q=Probabilidad de fracaso 50% (0.50)  
 e= Nivel de error = 5%(0.05)  
 Z= Distribución Normal para un IC 95% = 1.96

$$n = \frac{356 (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(0.05)^2 * (356 - 1) + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50} = 342$$

Comprobando con el factor de corrección del muestreo, tenemos:

$$f = n_o / N = 342 / 356 = 0.960 > 0.05 (5\%)$$

Como el factor de muestreo es mayor al 5%, se corrige el tamaño de la muestra inicial, mediante la fórmula del tamaño de la muestra final

$$n_f = n_o / 1 + n_o / N = 342 / 1 + 342 / 356 = 132$$

Los elementos de la muestra serán seleccionados mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, hasta complementar el tamaño de muestra sugerido, durante los meses de octubre a diciembre del presente año. Se hará uso de los siguientes criterios:

### **Criterios de inclusión**

- Mujeres hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Amazónico con diagnóstico de aborto
- Mujeres hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia que voluntariamente aceptan participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia que su condición de salud no permita desarrollar el cuestionario.

### **3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **3.3.3. Técnicas**

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta.

#### **3.4.2. Instrumentos**

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario aplicado a las mujeres hospitalizado por aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Amazónico durante los meses de enero a junio de 2017.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

#### **3.5.1. Validez del instrumento.**

El instrumento fue validado por la investigadora Lopez., R. en su estudio Factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Dos de mayo de Lima, 2010; por lo que no requiere ser sometido a validez. (14)

#### **3.5.2. Confiabilidad del instrumento.**

La confiabilidad del instrumento fue medida mediante la prueba de Kurden Richarson 20, publicando un valor de 0,88, procedimiento realizado por la investigadora Lopez., R. (14) en su estudio Factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Dos de mayo de Lima, 2010; por lo que no requiere medir la confiabilidad.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

#### **3.6.1. Plan de recolección de datos**

Mediante oficio dirigido al director del Hospital Amazónico, se solicitó el permiso para acceder al servicio de ginecología, donde a partir de la historia clínica se recolectó los datos según la variable de estudio.

### **3.6.2. Plan de procesamiento de datos**

La información previo control de calidad fue procesada en una base datos elaborada en el programa SPSS Versión 22 de donde se generaron las tablas y gráficos para su análisis correspondiente. Los datos se presentan en tablas estadísticas de frecuencia, donde se detallan los valores absolutos de la variable estudiada.

### **3.7. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS**

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, ya que el estudio y los objetivos planteados solo requieren la presentación de tablas de frecuencias.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Tabla 01.

Distribución según factores demográficos asociados al aborto en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017.

GRUPO ETARIO	Nº	Porcentaje
Menor a 20 años	92	69.7
De 20 años a más	40	30.3
PROCEDENCIA		
Urbana	24	18.2
Urbano marginal	60	45.5
Rural	48	36.3
Total	132	100.0

**Fuente:** encuesta aplicado a mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017.

#### INTERPRETACIÓN:

Del total de elementos observados (132), 92 pacientes tienen la edad menor a 20 años, el cual representa el 69.7% de la muestra; mientras que 40

pacientes tienen la edad de 20 años a más, el cual representa el 30.3% del total de la muestra.

Respecto a la procedencia, del total de elementos observados (132), 60 de ellas proceden del sector urbano marginal, el cual representa el 45.5% de la muestra; mientras que 48 de ellas proceden de la zona rural, el cual representa el 36.3%; y 24 de ellas proceden de la zona urbana, el cual representa el 18.2% del total de la muestra.

Tabla 02.

Distribución según factores sociales asociados al aborto en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	Porcentaje
Analfabeta	22	16.7
Primaria	30	22.7
Secundaria	72	54.5
Superior	08	06.1
ESTADO CIVIL		
Casada	04	3.0
Conviviente	80	60.7
Soltera	48	36.3
Viuda	00	0.0
Divorciada	00	0.0
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear	14	10.7
Extensa	48	36.3
Incompleta	70	53.0
VIOLENCIA FAMILIAR		
Si	92	69.7
No	40	30.3
HABITOS NOCIVOS		
Alcohol	110	83.3
Cigarrillos	20	15.1
Drogas	02	1.6
Total	132	100.0

Fuente: encuesta aplicado a mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017.

## **INTERPRETACIÓN:**

Del total de elementos observados (132), 72 de ellas tienen grado de instrucción secundaria, el cual representa el 54.5%; mientras que 30 de ellas tienen grado de instrucción primaria, el cual representa el 22.7%; así mismo 22 de ellas son analfabetas, el cual representa el 16.7%; y 08 de ellas presentan grado de instrucción superior, el cual representa el 6.1% del total de la muestra.

Respecto al estado civil, del total de elementos observados (132), 80 de ellas son conviviente, el cual representa el 60.7% de la muestra; mientras que 48 de ellas son solteras, el cual representa el 36.3%; y 04 de ellas son casadas, el cual representa el 3.0% del total de la muestra.

Respecto al tipo de familia, del total de elementos observados (132), 70 de ellas tienen familia incompleta, el cual representa el 53.0% de la muestra; mientras que 48 de ellas tienen familias extensas, el cual representa el 36.3%; y 14 de ellas tienen familia nuclear, el cual representa el 10.7% del total de la muestra.

Respecto a violencia familiar, del total de elementos observados (132), 92 de ellas expresaron sufrir violencia familiar, el cual representa el 69.7%; mientras que 40 de ellas expresaron no sufrir violencia, el cual representa el 30.3% del total de la muestra.

Respecto a hábitos nocivos, del total de elementos observados (132), 110 de ellas expresó haber consumido alcohol, el cual representa el 83.3% de la muestra; mientras que 20 de ellas expresó haber consumido cigarrillo, el cual representa el 15.1%; y 02 de ellas expresó haber consumido droga, el cual representa el 1.6% del total de la muestra.



Tabla 03.

Distribución según factores maternos asociados al aborto en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017.

NÚMERO DE GESTACIÓN	Nº	Porcentaje
Primigesta	90	68.2
Multigesta	20	15.1
Gran multigesta	22	16.7
EDAD GESTACIONAL		
Menor a 22 semanas	121	91.7
22 semanas a mas	11	8.3
CONTROL PRE NATAL		
Si	24	18.2
No	108	81.8
PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO		
ITU	96	72.8
Hipertensión arterial	18	13.7
Diabetes	05	3.7
Anemia	13	9.8
Infección por VIH	00	0.0
Malformación congénita	00	0.0
Total	132	100.0

**Fuente:** encuesta aplicado a mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017.

### INTERPRETACIÓN:

Del total de elementos observados (132), según el número de gestación 90 de ellas fueron primigestas, el cual representa el 68.2%; mientras que 22 de ellas fueron gran multigesta, el cual representa el 16.7%; así mismo 20 de ellas fueron multigestas, el cual representa el 15.1%; del total de la muestra.

Respecto a la edad gestacional, del total de elementos observados (132), 121 de ellas son presentaron una gestación menor a 22 semanas, el cual representa el 91.7% de la muestra; y 11 de ellas presentaban de 22 semanas a mas, el cual representa el 8.3% del total de la muestra.

Respecto al control pre natal, del total de elementos observados (132), 108 de ellas no acudieron a su control pre natal, el cual representa el 81.8% de la muestra; mientras que 24 de ellas sí acudieron a su control pre natal, el cual representa el 18.2% del total de la muestra.

Respecto a patologías sufridas durante el embarazo, del total de elementos observados (132), 96 de ellas expresó haber sufrido de ITU, el cual representa el 72.8% de la muestra; mientras que 18 de ellas expresó haber sufrido de hipertensión arterial, el cual representa el 13.7%; y así mismo 13 de ellas expresó haber sufrido de anemia, el cual representa el 9.8%; y 05 de ellas expresó haber sufrido de diabetes, el cual representa el 3.7.% del total de la muestra.

## **CAPITULO V.**

### **DISCUSIÓN.**

En la Tabla 01; se observados que 92 pacientes tienen la edad menor a 20 años, el cual representa el 69.7%; mientras que 40 pacientes tienen la edad de 20 años a mas, el cual representa el 30.3% del total de la muestra.

Respecto a la procedencia, 60 de ellas proceden del sector urbano marginal, el cual representa el 45.5% de la muestra; mientras que 48 de ellas proceden de la zona rural, el cual representa el 36.3%; y 24 de ellas proceden de la zona urbana, el cual representa el 18.2% del total de la muestra.

Resultado contrario a lo hallado por Macas, J (Ecuador, 2013), en su estudio sobre frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013, donde, de un total de 633 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Abortos, la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, y el 87,18% procedían de zonas urbanas.

En la tabla 02, se observa que 72 de ellas tienen grado de instrucción secundaria (54.5%); respecto al estado civil, 80 de ellas son conviviente (60.7%); respecto al tipo de familia, 70 de ellas tienen familia incompleta, (53.0%); respecto a violencia familiar, 92 (69.7%) de ellas expresaron sufrir

violencia familia; respecto a hábitos nocivos, 110 (83.3%) de ellas expresó haber consumido alcohol.

Resultado similar al obtenido por Rojas, M. (Lima – 2014), en su estudio sobre factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal, periodo Febrero-Setiembre.

Quién indicó como resultados: Hubieron 135 casos de amenazas de abortos de un total de 6,669 gestaciones, representa una incidencia de 2.02%, son características epidemiológicas: 24% menores de 19 años, 41.5% son no deseados, 68.15% empezaron su relación sexual entre los 15 a 19 años, 0.7% el embarazo fue por violación, 12.6% indujeron el aborto, el 89.63% no usaban métodos anticonceptivos, el 33.3% de los padres no aceptaba la gestación de su hija y el 27.41% de los responsables del embarazo no aceptaban la gestación. Mayor número de casos en paridad 2 a 5 con un 61.5% y en 40.7% se presentan hasta las 20 semanas. Continúan el embarazo en un 80% y constituye un factor de riesgo la edad menor de 20 años (OR= 2.88), el embarazo no deseado (OR= 2.75), el control prenatal es un factor protector evidente (OR= 6.6). (9)

Así mismo, es concordante con los resultados obtenidos por Sánchez, V. (Lima – 2011), en su estudio sobre relación entre factores socioreproductivos y el aborto provocado; indicando que existe 13.3 veces más probabilidad de presentar factores socioreproductivos de riesgo para aborto provocado en aquellas mujeres que cursaron estudios básicos, 12 veces más en aquellas que iniciaron su actividad sexual dentro de los 13 a 19 años, es 11.1 veces más en aquellas que fueron primigestas, 10.7 veces más en aquellas que no vivían con la pareja, 8.1 veces más en aquellas que no tenían pareja estable, 6.7 veces más en aquellas que tenían de cero a cinco años de relación con la pareja, 4.8 veces más en aquellas que presentan grado de hacinamiento 4, es 4.2 veces más cuando la edad de primera gestación se encuentra dentro de los 14 a 19 años y finalmente 3.7 veces más cuando la edad es de 20 a 25 años. Los factores asociados al aborto provocado ser joven (20 a 25 años), soltera, con estudios básicos (primaria y secundaria), vivir en grado de hacinamiento 4 (todos duermen en una habitación), menos de 5

años de unión con pareja, no vivir con él; inicio de actividad sexual precoz (13 a 19 años), primera gestación entre 14 a 19 años.(10)

En la tabla 03 se observa que 90 (68.2%) de ellas fueron primigestas; respecto a la edad gestacional, el 91.7% (121) de ellas son presentaron una gestación menor a 22 semanas; respecto al control pre natal, el 81.8% (108) de ellas no acudieron a su control pre natal; así mismo, respecto a patologías sufridas durante el embarazo, el 72.8% (96) de ellas expresó haber sufrido de ITU, mientras que el 13.7% (18) de ellas expresó haber sufrido de hipertensión arterial, y 13 de ellas expresó haber sufrido de anemia, el cual representa el 9.8%; y 05 de ellas expresó haber sufrido de diabetes, el cual representa el 3.7.% del total de la muestra.

Resultado de similar característica obtenido por Huarca, L. (Huaraz – 2011), en su trabajo de investigación sobre características epidemiológicas, pacientes en caso de aborto que acudieron al Hospital de Apoyo “Víctor Ramos Guardia” Huaraz; quién redactó los siguientes resultados: La frecuencia de aborto en relación al número de partos es de 1 aborto cada 5,1 partos; el 24,59 % de ellos se presentó entre el período 1991 - 1992; y el 74,57 % de abortos fue incompleto. La edad de mayor frecuencia es de 30 a 34 años (28,84 %). En el estado civil las casadas representan el 46,8 % de los casos de aborto. El grado de instrucción con mayor incidencia de abortos es la secundaria incompleta con el 23,71 %. La ocupación que realizaban las mujeres era “su casa” en un 71,8 %. El 36,64 % ya tenían de 1 a 2 hijos vivos; el 25 % tenía antecedentes de 1 aborto y el 7,76 % 2 y más abortos. El 5,17 % usaron el DIU y el 4,31 % píldoras para evitar un nuevo embarazo; el 31,0 % tenía un período intergenésico de 2 a 3 años. El 6,12 % de los casos no asistieron a un control pre-natal; la patología más frecuente asociada al aborto fue la ITU con el 3,45 % y otras complicaciones en una proporción de 3,45 %. 0,1 % de abortos fueron diagnosticados clínicamente, el 62,5 % presentó ginecorragia más dolor; el mayor porcentaje del tiempo de la enfermedad fue de 2 a 3 días (24,14 %); el 46,98 % de los casos de aborto tenían una edad de 9 a 12 semanas, la mayoría fue sometida a tratamiento quirúrgico, siendo un 42,24 %

exclusivamente para legrado uterino previa aplicación de anestésicos. El 80,17 % de los pacientes permanecieron hospitalizados durante 1 a 2 días. El 6,03 %; 5,6 % y 3,9 % de las complicaciones fue la anemia por hemorragia, infección y shock hipovolémico respectivamente. (11)

## CONCLUSIONES

1. De los factores demográficos analizado: La mayoría de elementos (69.7%) observados tienen la edad menor a 20 años, por lo que se concluye que la edad es un factor de riesgo para la decisión de tener un aborto, siendo el factor edad el que prima.

Los que proceden del sector urbano marginal, poseen mayor riesgo de abortar, ya que es una población con características socio culturales favorables para el aborto, tal como lo obtenido en los resultados, donde se muestra que el 45.5% proceden de la zona urbano marginal.

2. De los factores sociales asociados al aborto, el factor de mayor prevalencia es el factor hábitos nocivos, ya que la gran mayoría expresó haber consumido alcohol; seguido del factor violencia familiar, ya que 92 de ellas expresaron sufrir violencia familiar; en el factor estado civil 80 de ellas son conviviente; en el factor grado de instrucción 72 de ellas tienen grado de instrucción secundaria; en el factor tipo de familia, 70 de ellas tienen familia incompleta.
3. De los factores maternos asociados al aborto, el factor edad gestacional es el que prima, observándose que el 91.7% de ellas presentaron una gestación menor a 22 semanas; Respecto al factor control pre natal, 81.8% de ellas no acudieron a su control pre natal. Respecto al factor patologías sufridas durante el embarazo 72.8% de ellas expresó haber sufrido de ITU. El factor número de gestación el 68.2% fueron primigestas.

## RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Ministerio de Salud:

Desarrollar programas preventivos promocionales dirigidos a reducir los factores que constituyen un riesgo para el aborto, programas que debe implementarse en los colegios, ya que son la población más vulnerable en la decisión de abortar.

2. A las autoridades de la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa:

Fomentar en los estudiantes a realizar investigaciones para determinar los factores asociados al aborto, que permita generar mayor conocimiento científico sobre la variable en estudio.

3. A los estudiantes de la escuela académica profesional de Enfermería Filial Pucallpa:

Priorizar el tema de prevención del aborto en las actividades preventivo promocional desarrolladas en las distintas asignaturas abocadas a la educación sanitaria.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo. Bogota D,C. Diciembre 2006
2. Gaviria A, Silvia L. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del aborto inducido.<http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf>
3. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Research impct. (2015). Consultado Set 22. 2017. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/)
4. Chumbe Ovidio (2008). Manejo del Aborto. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 244-248
5. Julia Martínez Huamán. Diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva en la región Ucayali. (2013). Consultado Set 21. 2017. Disponible en: <http://promsex.org/images/docs/Publicaciones/ucayalidiagnosticossyrr.pdf>.
6. Macas, J (Ecuador, 2013). Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013. [Tesis de grado]. Consultado Set 21. 2017. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1806>
7. Aldana, M. y otros (2010). Factores que influyen en la incidencia de aborto en mujeres de 19 - 35 años de edad. Universidad autónoma de Santa Ana, UNASA. [Disertación]. Consultado Set 21. 2017. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38077038/tesis\\_fin\\_al\\_roberta\\_granelli.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1506648514&Signature=9gSMLoUtpqp1XLIYfD0FRClS0Q%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa\\_penalizacion\\_del\\_aborto\\_en\\_Nicaragua..pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38077038/tesis_fin_al_roberta_granelli.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1506648514&Signature=9gSMLoUtpqp1XLIYfD0FRClS0Q%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_penalizacion_del_aborto_en_Nicaragua..pdf)

8. Mesa, M. Garrido, M. Gort L. (2005). Impacto social del aborto inducido. Hospital materno "comandante Manuel piti fajardo". Güine. [Disertación]. Consultado Set 21. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Conpes-147-DefinicionesTeoricas.pdf>
9. Rojas, M. (2008). Factores médicos y socio epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto en el instituto materno perinatal periodo febrero-septiembre. Lima. [tesis de grado]. Consultado Set 21. 2017. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2523>
10. Sanchez, V. (2004). Factores socio reproductivos y su relación con el aborto provocado - instituto especializado materno perinatal. Lima. [tesis de grado]. Consultado Set 21. 2017. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/884>
11. Huarca R. (1996). Factores que influyen en la incidencia de abortos. Huaraz. [tesis de grado]. Consultado Set 21. 2017. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/116>
12. Hijona, Jesús (2009). "Factores asociados al aborto espontaneo". Universidad de Granada
13. Castañeda E. y otros (1994). Factores insociales que influyen en la aparición del aborto provocado Rev. Cubana Obstet. Ginecol 25(1): 55-60. Cuba.
14. Lopez R. Factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Dos de mayo de Lima, 2010.
15. Perez D. Panta A. (1993). Factores epidemiológicos asociados al aborto. Chiclayo- Perú.
16. Ragan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:839-62.
17. Dzul, M. (2004) Diseño no experimental. <http://www.uaeh.edu.mx/virtual>. Barcelona España.

# **ANEXOS**

## ANEXO 01

### UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

#### CUESTIONARIO

##### INTRODUCCIÓN

La presente encuesta tiene como propósito recopilar información que permita conocer los factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico durante el año 2016, por lo que solicito su colaboración para que nos brinde información confiable y veraz.

##### 1. DATOS GENERALES

No de Historia Clínica: .....

##### 2. FACTORES DEMOGRAFICOS

Edad.....

Procedencia: Zona Urbana ( ) Zona Rural ( ) Zona Urbano Marginal ( )

##### 3. FACTORES SOCIALES

Grado de Instrucción: Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

Estado Civil: Casada ( ) Conviviente ( ) Soltera ( ) Viuda ( ) Otro ( )

Tipo de Familia: Nuclear ( ) Extensa ( ) Incompleta ( ) Otro ( ) .....

Violencia familiar: SI ( ) NO ( )

Hábitos Nocivos: Alcohol ( ) Cigarrillos ( ) Drogas ( ) Ninguno ( )

Ocupación: Ama de Casa ( ) Estudiante ( )

##### 4. FACTORES MATERNOS

Antecedente de Aborto: SI ( ) NO ( )

Gestación: Primigesta ( ) Multigesta ( ) Gran Multigesta ( )

Edad Gestacional: Menos de 22 semanas ( ) Más de 22 Semanas ( )

Tuvo Control Pre Natal: SI ( ) NO ( )

Enfermedades que presentó durante el embarazo:

ITU ( ) Hipertensión Arterial ( ) Diabetes ( ) Anemia ( ) Infección por VIH ( )

Malformaciones Congénitas ( )

***Muchas Gracias***

**ANEXO 2**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	
<b>Factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico durante el año 2016.</b>	<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPOTESIS GENERAL</b>	<b><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></b> Factores que influyen en el aborto	<b>Factores Demográficos</b>	Edad	<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>POBLACION O UNIVERSO</b>	
	¿Cuáles son los factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016?	Determinar los factores asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016.	Existen algunos factores demográficos, sociales y maternos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016.			Procedencia			Grado de instrucción
					Estado civil				
					Tipo de familia		<b>NIVEL DE INVESTIGACION</b>		
					Violencia familiar		Explicativo		
					Hábitos nocivos		Retrospectivo		
	<b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>HIPOTESIS ESPECIFICAS</b>		La edad y procedencia son factores demográficos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico – 2016.	<b>Factores sociales</b>	Ocupación	<b>TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>TAMAÑO MUESTRAL</b>
	¿Cuáles son los factores demográficos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016?	Identificar los factores demográficos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico – 2016.	Número de gestaciones				Observación y entrevista	63 mujeres	
	¿Cuáles son los factores sociales asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016?	Identificar los factores sociales asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016	El grado de instrucción, estado civil y tipo de familia son factores sociales asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital amazónico – 2016.		Edad Gestacional	<b>UNIDAD DE MUESTREO</b>			
					Control Pre Natal	Historia Clínica			
Patologías				<b>UNIDAD DE ANALISIS</b>					
¿Cuáles son los factores maternos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016?	Establecer los factores maternos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico - 2016.	El número de gestaciones y las patologías son factores maternos asociados al aborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Amazónico – 2016.	<b><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></b> El Aborto	<b>Clasificación del aborto</b>	Espontaneo	<b>Instrumentos de recolección de datos</b>	Mujeres hospitalizadas por aborto		
					Inducido	Historia Clínica			
						SIP 2000	<b>TIPO DE MUESTREO</b>		
					Encuesta	M. probabilístico			

