



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“EL ABORTO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO-
DEMOGRÁFICOS Y BIOLÓGICOS EN LAS MUJERES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

BACHILLER: OSWALDO MEJÍA PAREDES

CAJAMARCA-PERU

2018

**“EL ABORTO Y SU RELACIÓN
CON LOS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y BIOLÓGICOS EN
LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO
CADENILLAS- CHOTA, 2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre el aborto y los factores socio-demográficos y biológicos en mujeres atendidas, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 235 mujeres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple organizado por las dimensiones: social, demográfico, Biológico, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,863; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,911, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,813 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado estuvieron relacionados a los Factores Socio-Demográficos y Biológicos, las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron relación con los Factores Sociales y las que tuvieron aborto Incompleto con Complicación estuvieron relacionados con los Factores Demográfico. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Socio-Demográficos Biológicos.

PALABRAS CLAVES: *Aborto, factores socio-demográficos, biológicos en mujeres, social, demográfico, Biológico.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the relation between the abortion and the socio-demographic and biological factors in women attended, in the Support Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016. It is a transversal descriptive investigation, we worked with a sample of 235 women, for the collection of information a multiple choice questionnaire was used, organized by the dimensions: social, demographic, Biological, the validity of the instrument was made by the trial of concordance of the expert judgment obtaining a value of 0.863; the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of 0.911, the hypothesis test was carried out using Pearson's R with a value of 0.813 and with a level of significance of p value <0.05.

CONCLUSIONS:

The women treated at the José Soto Cadenillas de Chota Support Hospital, who had a complicated spontaneous abortion, were related to the Socio-Demographic and Biological Factors, the women who had incomplete abortion with complication were related to the Social Factors and those who had an Incomplete abortion. with Complication were related to the Demographic Factors. These results indicate that there is a relationship between both variables: Abortion and the Socio-Demographic Biological Factors.

KEYWORDS: *Abortion, socio-demographic factors, biological in women, social, demographic, Biological.*

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

6

1.3. Objetivos de la investigación

7

1.3.1. Objetivo general

7

1.3.2. Objetivos específicos

7

1.4. Justificación del estudios

8

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

11

2.2. Base teórica

15

2.3. Definición de términos

37

2.4. Hipótesis

38

2.5. Variables

38

2.5.1. Definición conceptual de las variables

38

2.5.2. Definición operacional de las variables

38

2.5.3. Operacionalización de la variable

39

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	42
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	47
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	48
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
CAPÍTULO V: DISCUSION	58
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

En el presente trabajo, se abordará el tema, el aborto y su relación con los factores socio-demográficos y biológicos, se consideró realizar esta investigación por el alto índice de muertes reportadas diariamente por la práctica de esta acción criminal que termina con la vida de un ser que no se puede defender y que pone en riesgo la vida de la persona a la cual se le practica, Por este motivo tratar este tema, es de vital importancia ya que en sí mismo, se refiere a la existencia humana y a los derechos inalienables a la vida del no nacido, por las repercusiones físicas y morales que trae consigo, tanto para la persona que decide la interrupción del embarazo como para quienes la practican.

La investigación consta de tres capítulos.

El capítulo I: El problema, consta de: La Determinación del Problema, la Formulación del Problema, los Objetivos de la investigación, la Justificación y las Limitaciones y alcances de la investigación.

Capítulo II que es el Marco Teórico consta de: Los Antecedentes del estudio, la Base Teórica del estudio y el marco conceptual.

En el Capítulo III: Material y Métodos se considera: El tipo, nivel y diseño de la investigación, la población y la muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, las variables, la operacionalización de las mismas, la validez, confiabilidad de los instrumentos, el plan de recolección y procesamiento de datos. Aspectos administrativos, bibliografía, y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde los inicios de la vida humana el aborto ha ido, multiplicando el riesgo de esta nociva práctica, y dentro de este el inducido que no es un problema fácil de evaluar. Es difícil conocer la problemática real del aborto en nuestra región, pues en la mayoría de los países Latinoamericanos y Caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones (1). Solo Cuba, Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos tienen estadísticas confiables, ya que el aborto está despenalizado. El aborto legal se realiza en el 74% de la población mundial y comprende a 117 países. En América Latina el aborto es ilegal a excepción de Cuba y Puerto Rico. La tasa de aborto en el mundo es de 13 por mil mujeres en edad fértil (MEF); en América Latina es de 37 y en el Perú es de 55 por mil (1).

Es relevante mencionar que las mujeres sometidas a esta práctica no están libres de sufrir efectos secundarios, tanto de orden psicológico como ginecológico; por tal razón el mayor conocimiento de sus causas y de los grupos más vulnerables contribuirá en gran medida a planear políticas sociales adecuadas en beneficio de la salud reproductiva de la mujer.

En América Latina la práctica del aborto está regulada jurídicamente por el sistema de las indicaciones. Este señala que el aborto es penal, salvo que sea autorizado por la concurrencia de determinadas indicaciones. Estas indicaciones son terapéuticas o médicas por riesgo para la vida de *la*

mujer (en Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela); *por enfermedad fetal grave o incurable* (en Panamá, Trinidad y Tobago, Uruguay); *por violación sexual* (en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Uruguay); *por precaria situación familiar* (en Uruguay) (1).

Así, tenemos que en el 2014, se produjeron aproximadamente 926.240 abortos en los Estados Unidos, cifra que ha disminuido en un 8% en comparación con la cifra del 2011 (2). En América Latina y el Caribe, desde el 2010 al 2014 se estima que se produjo 6.5 millones de abortos inducidos por años, que es un cifra superior a los 4.4 millones ocurridos por año entre 1990 y 1994. El número anual más alto ocurrió en América del Sur (3)

También las referencias indican que en América Latina y el Caribe anualmente ocurren 182 millones de embarazos, de estos 36% fueron gestaciones no deseadas y 20% terminan en aborto. En nuestro medio la amenaza de aborto constituye una emergencia obstétrica que en ocasiones es previsible, pero que se asocia con mayor frecuencia a complicaciones obstétricas. Según el Review Data 2007 los riesgos son más altos para el sangramiento si la gestante es mayor de 35 años, si tiene como antecedente 3 o más abortos o si hay enfermedad sistémica como la diabetes o enfermedad tiroidea, y se estima un 59,62% de amenaza de aborto si la gestante es añosa (4)

Asimismo, en Chile aproximadamente el 15% de todos los embarazos clínicos terminan en aborto espontáneo. La causa más frecuente de aborto espontáneo es una anomalía cromosómica fetal, tal como una trisomía autosómica, monosomía X y poliploidía (5). De lo que se observa, el aborto constituye un problema de salud pública; así el aborto en condiciones no adecuadas, sigue constituyendo un evento que finalmente genera la muerte materna o es causante de las complicaciones que muchas veces causa la invalidez de la mujer afectando su aspecto físico y psíquico.

Los resultados de algunos estudios indican la asociación que existe entre los factores sociodemográficos y la ocurrencia del aborto como el de Quintero et.al (2010) (6), revela que el pertenecer a un estrato socio-económico bajo, carecer de una adecuada atención sanitaria y educativa en planificación familiar, no tener pareja estable o que la familia fuera disfuncional contribuye para que la mujer acepte inducirse un aborto. Asimismo Ruiz (2012) (7), concluye que en Andalucía el mayor riesgo de abortar lo presentan mujeres jóvenes, con hijos, mujeres que no conviven con la pareja y con estudios secundarios. Así estos factores presentes facilitarían el aumento del número de abortos.

En el Perú, se estima que se realizan 371,420 abortos clandestinos por año; es decir, más de 1,000 abortos al día. El 50,9% de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto son menores de 25 años. Asimismo, la Encuesta Nacional de la Juventud, elaborada en el 2012 por la Secretaría Nacional de la Juventud, indica que en el Perú el 11,4% de jóvenes se practicaría un aborto ante un embarazo no deseado y el 35% de mujeres jóvenes indicó que conoce a una persona que se ha practicado un aborto (8)

Es importante resaltar que el aborto suele ser una decisión personal que se toma al encontrarse la mujer en una situación límite, luego de analizar las circunstancias que rodean su embarazo. Así el 39% de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto en regiones y el 12% en Lima señalaron que afrontan un embarazo no deseado porque no pudieron abastecerse de métodos anticonceptivos en el establecimiento de salud donde solían hacerlo o porque cambiaron de método al no encontrar en el establecimiento el que venían utilizando (8), siendo muy importante la atención oportuna por parte de los servicios de salud ya que esto evitaría los problemas de embarazos no planificados por no contar con los insumos de planificación familiar.

Asimismo, la referencia del Hospital de Baja Complejidad de Vitarte indica que el 13,27 % de causas de morbilidad durante el año 2015 es debido al aborto lo cual evidencia que es una de las emergencias obstétricas más frecuentes (9); lo que pone en riesgo la vida de la mujer, generalmente por causa de la

hemorragia que se puede generar como complicación. Las adolescentes conforman la cifra más alta de abortos clandestinos en la actualidad y en nuestro país, no llegan a tomar conciencia sobre la delicada situación de lo que es abortar (10).

Refiere Comenttant (2016), que existen factores que intervienen en la decisión de abortar en las adolescentes y dentro de estos está el bajo grado de instrucción, la ocupación, el embarazo no planificado, el uso de métodos anticonceptivos, así como los factores familiares que intervienen en la decisión de abortar como el estado civil de la madre, el grado de instrucción de la madre, la violencia, el ingreso económico y el tipo de familia (11), factores que se relacionan con la ocurrencia del aborto.

Según un artículo del diario El Mundo de España, el aborto clandestino es la tercera causa de mortalidad materna en el Perú. Cada día llegan decenas de mujeres de escasos recursos económicos a emergencias con infecciones, hemorragias y perforaciones causadas en abortos clandestinos. Por la penalización del aborto, las mujeres temen acudir de inmediato a urgencias y finalmente van cuando las infecciones están en estado muy avanzado, lo que convierte al aborto clandestino en un problema de salud pública (12)

En nuestro país, desde 1924 está legalizado el aborto terapéutico, es decir cuando esta práctica constituye el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave o permanente (artículo 119° del Código Penal); El aborto terapéutico se encuentra reglamentado a través de la Resolución Ministerial N° 486-2014, por medio de la cual se aprobó, en julio del 2014. La Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción Voluntaria por indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de los dispuesto en el artículo 119° del Código Penal (13), ello permite salvaguardar la vida de la mujer; aunque muchas veces se justifica un aborto provocado.

En la Región Cajamarca, el problema se hace evidente con las estadísticas que presenta los reportes del Ministerio de Salud; esta información es de las

mujeres que llegan a ser atendidas, y de las que no llegan realmente esos datos se pierden generando un subregistro; lo cierto que, es evidente la problemática que se vive y esto acrecienta los riesgos maternos poniendo en riesgo la vida de la mujer y los daños que el aborto genera en ella. Así según el Plan Operativo Anual 2012, del Hospital Regional de Cajamarca reportó, que en el año 2009 dentro de las diez primeras causas de hospitalización se atendieron 759 casos de amenaza de aborto y 118 casos de aborto espontáneo incompleto. En el año 2010 se registraron dentro de las 15 primeras causas de hospitalización 478 casos de aborto espontáneo incompleto, sin complicación y 376 casos de amenaza de aborto sin complicación (14). En el 2014 según el Plan Operativo Anual del Hospital Regional de Cajamarca, reportó que en el año 2013 de enero a julio se atendieron 220 casos de embarazos que terminaron en aborto (15)

A nivel Local, se observa que la frecuencia de abortos han ido en aumento tomando como referencia los resultados de Altamirano (2008), quien realizó un estudio con la totalidad de casos de abortos atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas-Chota, durante los años 2006-2007, y que fueron un total de 150. En la actualidad, según las referencias estadísticas de la oficina General de Estadística de la DISA-Chota, en este se han atendido para el año 2014 un total de 530 casos de aborto; en el 2015 un total de 632 y para el 2016 se han reportado 602 atenciones de mujeres por aborto (16).

La indicada información, confirma su incremento en relación a los años anteriores y esto en cuanto a los que llegaron a ser atendidos por emergencia los clandestinos quedan sin registro. Generándose más álgida la situación problemática por las repercusiones que este genera en la mujer, familia y sociedad y especialmente en la mujer en quien va a causar alteraciones tanto biológicas como psicológicas las cuales crean un desequilibrio de las mismas que difícilmente se recuperan y en lo biológico como se sabe puede llegar a generar la esterilidad entre otras complicaciones; además la ocurrencia de aborto y especialmente el clandestino van a incrementar las tasas de morbi-mortalidad materna.

Además, en el contexto local se observa la existencia de factores sociales como demográficos que probablemente se relacionan con la ocurrencia del aborto, tal como el inicio precóz de las relaciones sexuales por tanto la ocurrencia de embarazos no deseados; especialmente en las adolescentes, el nivel educativo alcanzado por la población en su mayoría es la secundaria; sin embargo existe un porcentaje de mujeres que tienen primaria y otras son analfabetas, especialmente las mayores de 40 años, el ingreso económico en su mayoría es menor al mínimo vital y la ocupación de las mujeres es el de amas de casa (17), sumándose a esto algunos problemas médicos reportados como es la hipertensión arterial, diabetes, infecciones del tracto urinario entre otras.

Partiendo de esta realidad y tomando en cuenta que ya no se han realizado investigaciones en relación al tema en el ámbito local; se ha creído por conveniente realizar la presente investigación. “El Aborto y su relación con los factores socio-demográficos y médicos, en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2016”

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuál es la relación entre el aborto y los factores: socio-demográficos y biológicos, en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?

1.2.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuáles son los tipos de aborto más frecuentes en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?

¿Cuál es la edad gestacional de las mujeres que abortan atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?

¿Cuáles son los factores sociales relacionado con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?

¿Cuáles son los factores demográficos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?

¿Cuáles son los factores biológicos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el aborto y los factores socio-demográficos y biológicos en mujeres atendidas, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los tipos de aborto más frecuentes en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?
- Identificar la edad gestacional de las mujeres que abortan atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?

- Identificar los factores sociales relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?
- Identificar los factores demográficos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?
- Identificar los factores biológicos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?
- Establecer la relación entre el aborto y los factores socio-demográficos y biológicos en mujeres atendidas, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Importancia de la investigación.

Según la Organización Mundial de la Salud se produjeron desde 2010 hasta 2014 anualmente 56 millones de abortos provocados en el mundo, de los cuales unos 22 millones son peligrosos, de ellos 47 000 provocan defunciones y más 5 millones provocan complicaciones (18)

Según la OMS, el aborto es un problema social que cada vez va incrementándose; si bien, algunas muertes son secundarias al conjunto de factores que derivan en una mala calidad asistencial de los servicios de salud; el mayor componente de mortalidad por aborto se debe al aborto provocado en condiciones de inseguridad. Y tal como se ha podido observar a través de la revisión de los

antecedentes existen factores que favorecen la ocurrencia del aborto sin distinción de edad, condición social o de procedencia.

Por tanto, este trabajo es importante porque se realiza con el objetivo de: Determinar la relación entre el aborto y los factores: Socio-demográficos y médicos en mujeres atendidas, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota. Así los resultados de la presente investigación beneficiará a la comunidad porque proporcionará información local a las autoridades de salud, las mismas que ayudaran a plantear algunas estrategias de intervención en cuanto a la salud reproductiva de la mujer a fin de prevenir el aborto dirigidas a la población en edad fértil especialmente a la población adolescente, teniendo en cuenta que son las más vulnerables en esta problemática del aborto. Además recordar los daños que esta práctica puede ocasionar a nivel biológico y psicológico, los mismos que interfieren con las oportunidades de trabajo y desarrollo personal y en su autoestima.

La presente es de relevancia social porque este problema afecta a grupos vulnerables como son las mujeres de bajos recursos, con mínima información sobre salud materna; Además porque los resultados contribuirán al conocimiento científico respecto al tema a investigar y constituirán una base de datos para próximos trabajos de investigación. Asimismo para la formulación de programas educativos en salud sexual y reproductiva con el fin de prevenir la ocurrencia de los abortos. Importante el papel que juega enfermería en las acciones de promoción para la salud a través de la educación para la salud y así mejorar los indicadores de la salud materna perinatal de las mujeres en nuestra zona especialmente de las adolescentes.

1.4.2. Viabilidad de la investigación.

La presente investigación es viable, porque se cuenta con los recursos humanos, con el apoyo del Director del Hospital José Soto Cadenillas, contando con las facilidades para la ejecución de la presente, asimismo

con los materiales respectivos y los recursos económicos, como la disposición del Tesista quien ejecutará la presente investigación.

1.4.3. Limitaciones del estudio.

Para la ejecución de la presente investigación no se tiene limitaciones; pues se cuentan con antecedentes de trabajos ejecutados en el nivel Internacional, Nacional. En el nivel local la presente contribuirá a contar con información actualizada respecto al tema a investigar.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Campoverde, G y López, K (2013). Realizaron una investigación titulada: Frecuencia de Aborto y Características Socio Demográficas en pacientes atendidas en el Hospital “Homero Castanier Crespo” En el año 2013. Cuenca 2014. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, la muestra fueron todas las pacientes atendidas por aborto (de enero a diciembre-2013), para el procesamiento se empleó el SPSS versión 19. Resultados: La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%. Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido (19)

Fernández, H (2013). Realizó un estudio titulado: Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes, se realizó un estudio descriptivo y transversal de las adolescentes que concurrieron a la consulta

de regulación menstrual durante el período enero-mayo 2013. El universo lo conformaron 150 jóvenes. Resultados: el grupo de edad predominante estuvo entre 18-19 años, 93,5 % tuvo la primera relación sexual entre los 14 y 17 años, 64,5 % ya había tenido 3 o más parejas, el 77,4 % de las jóvenes eran solteras. El 45,1 % usaba condón, 41,9 % refirió embarazo por fallo del método y el motivo más frecuente de solicitud de interrupción fue: muy joven para asumir el rol de la maternidad (90,3 %) (20)

Pluas, B. (2012-2013), realizó un trabajo titulado: Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcivar” en el periodo de septiembre del 2012 a febrero 2013”. Estudio prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal. *Se concluye* de un total de 44 pacientes presentó aborto incompleto (39,3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34,1%; de Unión libre con 59,1%, proceden de áreas rurales 38,6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje el nivel primaria completa con 45,5%; conviven con sus parejas con 63,6%, son amas de casa con 72,7%; 77,3% fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto de muestran que el mayor porcentaje fue de 13-16 SG con 38,6%, Los porcentajes estuvieron iguales en la presentación del aborto el 50% para inducido y el otro 50% para el espontáneo. Según el cumplimiento protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido; el 77,28% (21)

Doblado, N. (2010). Realizó una investigación, titulada. “Aborto en la adolescencia, un problema de salud”, teniendo como resultados que el 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, 49,2 % ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6 % tenía más de un aborto, 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2 % continuaba sin protección, el 27,3 % vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia por lo que deja como conclusiones que el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia son factores influyentes en la toma de decisión con relación al aborto (22)

Aznar, C y Yago, T (2012), realizaron una investigación Titulada: Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años Métodos: 583 mujeres de edades entre 13 y 24 años, atendidas en una consulta de anticoncepción durante el año 2012. Análisis bivalente, pruebas de χ^2 y t de Student. Análisis multivalente mediante regresión logística binaria. Resultados: 174 (29,8%) mujeres tuvieron un Embarazo no planificado. El riesgo de Embarazo no planificado aumentó en mujeres inmigrantes [OR: 2,858 (IC95%:1,808-4,519)], en las jóvenes con menor nivel de estudios (OR: 2,343 [IC95% 1,361-4,035]), en las que no utilizaron un método anticonceptivo seguro (todos menos el *coitus interruptus*) durante su primer coito (OR:3,043 (IC95% 1,900-4,875)), en las que manifestaron inconvenientes con el uso de los métodos anticonceptivos (OR: 2,092 [IC95% 1,267-3,454]) y en las que tuvieron asistencia irregular a la consulta (OR: 2,063 [IC95% 1,275-3,339]). No hubo relación con la edad (adolescentes/jóvenes). El modelo se consideró aceptable: Hosmer-Lemeshow no significativo y con un poder de discriminación del 77%. (23)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Sánchez, J. (2012) en su estudio titulado: “factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, durante el periodo agosto-diciembre del 2012”. Se realizó un estudio de casos y controles. Se definió como caso a toda paciente con diagnóstico de aborto espontáneo. Por cada caso se tomó dos controles. *Resultados:* Se halló que los principales factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo son: Tener edad \geq 35 años (OR=1.91), ser multigestas (OR=3.58) o gran multigestas (OR= 5.83), tener antecedentes de cesárea (OR=2.58), legrado uterino (OR=2.42), abortos (OR=5.7), parto prematuro (OR=4.41), el consumir cafeína (OR= 5), tabaco (OR=15.29), bebidas alcohólicas (OR=26.91), la obesidad (OR=2.85), la amenaza de aborto (OR=4.06), la patología ovárica durante la gestación (OR=5.24), la infección urinaria (OR=4.8), la fiebre (OR=5.81), la diabetes (OR=5.06) y el estrés materno (OR=3.63). Conclusiones y recomendaciones: Se concluye que existen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo, la mayoría de los cuales son prevenibles o controlables. Se

recomienda la utilización de los resultados con el fin de desarrollar actividades de salud preventiva promocional (24)

Paredes, LL. et.al. (2011), realizaron una investigación, titulada. Factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el aborto. Se determinó la relación entre los factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el aborto, con un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. Los casos correspondieron a 145 usuarias de 14 a 45 años de edad atendidas en el servicio de ginecología con diagnóstico de aborto, empleándose la estadística inferencial no paramétrica Chi-cuadrado para determinar la relación de las variables en estudio con un nivel de significancia $\alpha = 0,05$, obteniéndose que existe relación 2 2 2 significativa entre la ocupación ($X = 15,647$), nivel económico ($X = 9,851$), religión ($X = 18,389$), con 2 grado de instrucción y actitud hacia el aborto ($X = 14,651$); no se encontró relación estadísticamente c 2 2 2 significativa con la edad ($X = 0,382$), estado civil ($X = 0,725$) y procedencia ($X = 2,831$). Los resultados de la presente investigación permitirán plantear, ejecutar y evaluar estrategias y actividades orientadas a la prevención o disminución del aborto y sus posibles consecuencias, mejorando el sistema de información, asegurando una buena educación sexual y reproductiva ampliada a centros educativos, logrando de esta manera mejorar la calidad de vida de la adolescente, de la familia y de la sociedad. Palabras claves: aborto, factores sociodemográficos, educación sexual (25)

Edquén, J. (2006-2007), realizó una investigación titulada: “El aborto y Factores Socio-Demográficos, Somáticos en Mujeres Atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2006-2007”. La presente investigación es un estudio de diseño no experimental, descriptivo, analítico, transversal, retrospectivo y correlacional. La muestra corresponde a 150 casos de aborto. Resultados. El 46,0% de los abortos ocurrieron entre las 8-12 semanas de gestación y dentro de los tipos de aborto, el más frecuente fue el incompleto con hemorragia en 65,3% del total de los casos. , el 18,7% fueron aborto incompleto infectado, 18,3% aborto incompleto no complicado, otro tipo de aborto 4,0% y solamente 0,7% aborto frustró.

Al establecer la relación estadística entre el aborto y los factores demográficos, a través de la prueba de la chi-cuadrado encontró que esta no fue significativa entre los factores demográficos dentro de ellos (procedencia, edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso económico). Así mismo al establecer la relación entre los tipos de aborto y los factores somáticos se encontró relación estadística altamente significativa con otros tipos de problemas como(cefalea intensa, gastritis, infección del tracto urinario, violencia familiar entre otros), siendo el valor de (P=0,000). (26)

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1. EL ABORTO:

DEFINICIÓN DEL ABORTO.

La definición de aborto estuvo ligado al término de viabilidad que, referido al producto de la concepción, significa la capacidad de supervivencia de un feto fuera del vientre materno.

Se acepta que el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o 140 días de gestación) contados desde el primer día de la última menstruación) y cuando el producto pesa menos de 500 g, independientemente de si la interrupción ocurrió espontáneamente o artificialmente (27)

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO.

A.- SEGÚN LA FORMA COMO SE INICIA:

Aborto Espontáneo, Es aquel que se produce sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación.

Aborto Provocado o Inducido, Aquel en el que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

B.- SEGÚN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL ABORTO:

ABORTO ESPONTÁNEO.

Es la terminación del embarazo antes de las 20 semanas o 140 días de gestación y cuando el producto pesa menos de 500g, en el que no se

demuestre causa o intención ajena que lo haya ocasionado, relacionándosele, más bien, a una forma de selección natural.

La incidencia del aborto espontáneo se ve distorsionada por algunas dificultades:

No incluye abortos precoces (tempranos o subclínicos), que pasan inadvertidos y son considerados como simples retrasos.

Se han incluido en los registros de aborto espontáneo a algunos que ocurrieron intencionalmente; esto fue corroborado en países donde se legalizó el aborto y que, luego de ello, observaron que hubo una importante declinación del índice de abortos espontáneos.

Muchos abortos tempranos no son comunicados luego de ser atendidos en consultorios privados. O su ocurrencia produjo repercusiones mínimas que no fueron consideradas de importancia por la mujer, por lo que no acudió a consulta, ocasionando subregistro.

En nuestro país un último estudio de la incidencia hospitalaria del aborto (incluyendo el intencional) encuentran cifras que van desde 7 al 29%. Hay un claro incremento de riesgo de recurrencia cuando hay antecedente de un aborto anterior. Así también, el riesgo de aborto disminuye rápidamente con la mayor edad del embarazo. Además es muy bajo en nulíparas y jóvenes y considerablemente en multíparas añosas (27)

FACTORES ETIOLÓGICOS RELACIONADOS.

La expulsión espontánea va precedida, generalmente, de la muerte del producto, por lo que la búsqueda de los diferentes factores que condicionan dicha muerte nos ayudará a comprender las causas del aborto espontáneo. Se puede agrupar las causas en:

- a.- Anomalías del huevo
- b.- Anomalías del aparato reproductor
- c.- Enfermedad general de la madre

a.- Causas ovulares. Ocasionalmente alrededor del 65% de los abortos espontáneos. Las malformaciones ovulares han sido demostradas en la gran mayoría de las pérdidas tempranas y se pueden deber a:

- Alteraciones cromosómicas, constituyen la casi totalidad de este grupo y pueden suceder en el momento de la meiosis de las células germinales (ovocito y espermatozoide), dando lugar a las monosomías (45 cromosomas) o trisomías (47 cromosomas). Pueden ocurrir también en el momento de la fecundación, por la penetración de dos espermatozoides (o un espermatozoide con doble núcleo) en el óvulo, conduciendo a la triploidía (69 cromosomas).
- Malformaciones embrionarias y fetales, de diversa índole y sin aparente alteración cromosómica. Sin embargo se debe determinar la presencia de anomalías del cariotipo.
- Anomalías de la placenta, sin relación con patología materna, y también con grandes infartos. Aunque estas alteraciones placentarias son, fundamentalmente, causantes de desprendimiento en etapas tardías del embarazo.
- Agentes teratógenos, Dentro de los que se incluyen las infecciones, la radiación y los agentes químicos; actúan ocasionando malformaciones ovulares (27)

b.- Anormalidades del aparato reproductor. Las anomalías que alteran o reducen la cavidad uterina pueden ser causa de aborto más frecuentemente de infertilidad.

Anormalidades uterinas. La más importante es el leiomioma, tumor uterino trascendente por su localización, más que por su tamaño y número; así, los miomas submucosos y los intramurales pueden deformar la cavidad. Otras anomalías son los pólipos endocervicales. Los miomas son causa de aborto, infertilidad, prematuridad y desnutrición fetal.

Anormalidades del endometrio. Ocasionan alteración de la nidación y pueden reflejar diferencias hormonales. Puede ser una de las causas frecuentes e importantes de aborto, de acuerdo a la experiencia que actualmente se tiene con la fertilización asistida y transferencia embrionaria.

Este grupo incluye la endometritis crónica, la fibrosis perivascular, así como las cicatrices uterinas por cesárea.

c.- Enfermedad general de la madre. Ocasiona más frecuentemente, abortos tardíos; en la mayoría de los casos, no hay relación causal con los abortos tempranos, por lo que las enfermedades generales podrían ser consideradas como factores asociados.

- **Factores endocrinos.** Como la insuficiencia del cuerpo lúteo, que ocasiona producción deficiente progesterona, han sido considerados en la etiología del aborto. La progesterona es la encargada de estimular la transformación secretoria del endometrio y dar el soporte necesario para la implantación del huevo en las primeras etapas del embarazo, antes que la placenta tome esa función, lo que ocurre alrededor de los 36 días luego del pico de LH. La extracción del cuerpo lúteo antes de las 8 semanas de gestación va seguida de un aborto dentro de los 4 a 7 días siguientes.

- **Infecciones agudas.** Pueden afectar la vitalidad fetal por la hipertermia o por sus toxinas o por acción directa. Dentro de ellas se encuentran la malaria, la infección de las vías urinarias, la sífilis, la tifoidea, brucelosis, toxoplasmosis, enfermedades virales (rubeola, citomegalovirus, herpes simple, hepatitis, Clamidiasis, entre otras)

c.- Otras causas.

- Enfermedades crónicas que ocasionan estados convulsivos, como la tuberculosis y la carcinomatosis.
- Estados carenciales que llevan a la desnutrición y anemia.
- Enfermedades del tejido conjuntivo, como el lupus eritematoso diseminado.
- Enfermedades que cursan con hipertensión arterial crónica, como enfermedad cardiovascular hipertensiva.
La nefropatía reno vasculares
- Traumatismos físicos directos sobre el útero grávido.

- Un factor que se viene investigando es el tóxico como el tabaco, antagonista del ácido fólico, plomo, mercurial, campos magnéticos, agentes radioactivos y contaminantes ambientales.
- Los esfuerzos físicos, entre los que se podrían incluir las relaciones sexuales y el orgasmo (27)

PATOLOGÍA DEL ABORTO EXPONTÁNEO.

En el aborto espontáneo, la lesión más frecuente que se tiene es la hemorragia en la decidua basal, con subsecuente necrosis en los tejidos subyacentes y reacción inflamatoria. Estas lesiones condicionan el desprendimiento del huevo, que se comporta como cuerpo extraño dentro de la cavidad uterina, siendo expulsado parcial o totalmente.

La clasificación de Mall, modificada por Herig, se refiere a los llamados huevos patológicos y tiene los grupos de:

- Solo vellosidades
- Vesícula coriónica vacía
- Corion con amnios vacío.
- Corion con amnios conteniendo un embrión cilíndrico.
- Corion con amnios conteniendo un embrión atrófico

Clasificación del aborto espontáneo:

a.- Amenaza de aborto. Como su nombre lo indica, la amenaza de aborto implica un riesgo de que ocurra la expulsión fetal, independientemente de si ha ocurrido muerte fetal o no. Clínicamente, se le puede reconocer por la presencia de sangrado genital de magnitud variables, desde una secreción mucohemática hasta un sangrado franco, que pone en riesgo la estabilidad hemodinámica. El sangrado suele ser fresco rojo rutilante y acompañado de dolor suprapúbico de tipo contracción en abdomen bajo y/o en región lumbosacra (27).

b.- Aborto Incompleto. Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blando, grande y sin retraerse totalmente, el

cuello uterino permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.

El aborto incompleto, es el más susceptible de ocurrir a partir de la décima semana. La cantidad de restos retenidos relaciona, también directamente con el dolor, pues, cuanto mayor cantidad haya, será mayor el dolor, pues el útero trata de expulsar el cuerpo extraño.

c.- Aborto Completo. Cuando ocurre la interrupción espontánea del embarazo antes de cumplida la décima semana, es factible que el feto y la placenta sean expulsados juntos y completamente. Clínicamente, se puede reconocer el aborto completo cuando, luego de la expulsión, el sangrado se hace mínimo, el dolor suprabúbico desaparece y, al examen, el cuello está cerrado y el útero contraído e involucionando, de un tamaño inferior al que le correspondería (27).

d.- Aborto Diferido o Frustrado. Es el aborto retenido o diferido, entendiéndose como tal la muerte del feto en el útero no seguida de su expulsión. La desaparición de los síntomas y signos del embarazo puede ser la primera manifestación de este cuadro clínico.

El aborto retenido se puede complicar con trastornos de la coagulación por consumo del fibrinógeno, debido al paso de tromboplastina al torrente circulatorio materno. Este accidente es más frecuente mientras mayor es el período en el que el feto muerto permanece in útero (27).

1. ABORTO PROVOCADO O INDUCIDO.

Es aquel en el que se induce premeditadamente el cese del embarazo y comprende:

a.- Aborto Terapéutico. Es el término del embarazo antes del término de la viabilidad fetal con el propósito de proteger la salud de la madre. El aborto terapéutico parece aceptable para la mayoría de las personas y al mismo tiempo razonable desde el punto de vista médico.

Está indicado. Cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar seriamente su salud.

Cuando el embarazo ha sido consecuencia de violación o incesto.

Cuando la continuación del embarazo se cree que va a dar lugar al nacimiento de un niño con malformaciones físicas graves o con retraso mental.

b.- Aborto electivo, voluntario o Provocado. Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal. La gran mayoría de abortos que se practican en la actualidad pertenecen a esta categoría (27).

2. ABORTO SÉPTICO.

Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocérvix, vagina y vulva). También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evaluación del huevo. Se producen así endocervicitis, endometritis y miometritis agudas, que a su vez pueden originar por vía hematógena cuadros sépticos generales y por vía linfática parametritis agudas bilaterales.

Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blando, grande y sin retraerse totalmente, el cuello uterino permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente (27).

3.- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ABORTO.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

El diagnóstico clínico empieza con la búsqueda de factores de riesgo, dentro de la anamnesis la amenorrea, el sangrado genital variable y el dolor son signos y síntomas frecuentes, al examen físico se puede encontrar sangrado genital variable y modificaciones o no del cuello de útero (28)

A continuación se presenta un resumen de la clínica del aborto y su orientación diagnóstica:

Tipo	Datos clínicos
Amenaza de aborto	<p>Amenorrea secundaria</p> <p>Prueba de embarazo positiva (βhCG cuantitativa)</p> <p>Presencia de vitalidad fetal</p> <p>Sangrado uterino de magnitud variable</p> <p>Dolor tipo cólico en hipogástrico</p> <p>No existe dilatación cervical evidente</p>
Aborto inevitable	<p>Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea</p> <p>Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico</p> <p>Puede haber o no dilatación cervical</p>
Aborto incompleto	<p>Expulsión parcial del producto en concepción Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea.</p>
Aborto en evolución o aborto Inminente	<p>Expulsión inminente del tejido ovular Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia</p> <p>Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea</p> <p>Sangrado uterino persistente de moderada cantidad</p> <p>Dilatación cervical ostensible.</p>
Aborto completo	<p>Expulsión completa del producto de la concepción</p> <p>Disminución del sangrado uterino y del dolor</p> <p>Es frecuente el cierre del orificio cervical</p>
Aborto diferido o huevo muerto retenido	<p>Volumen uterino menor que por amenorrea</p> <p>Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal)</p> <p>No hay modificaciones cervicales.</p>
Aborto séptico	<p>Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto</p> <p>Existe secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de Infección Hipersensibilidad supra púlica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y del útero; alteración del estado general</p>

De esta manera un aborto puede ser diagnosticado de manera clínica, sin embargo existen auxiliares de diagnóstico como:

- Ultrasonido: Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, en 8 a 31% puede ser imposible determinaren la primera consulta, si el embarazo

es intrauterino o extrauterino. En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10% de los casos (29)

- Anticuerpos monoclonales: Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas coriónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la HGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal (29)

4.- FORMAS DIAGNÓSTICAS DEL ABORTO

a.-Anamnesis.

Se debe estimar la edad gestacional en base a la fecha de última regla, la duración habitual del ciclo menstrual, la existencia y tipo de irregularidades menstruales, y la fecha en que se obtuvo la primera prueba de embarazo positiva. La sintomatología generalmente consiste en amenorrea, dolor pélvico y sangrado vaginal, si bien, dada la realización de estudios ecográficos cada vez más precoces, en muchas ocasiones las pacientes se encuentran asintomáticas en el momento del diagnóstico (30)

b.- Exploración física. Es importante, en principio, confirmar la estabilidad hemodinámica de la paciente y descartar un abdomen agudo. Se debe realizar especuloscopia para comprobar el origen, la cantidad y el aspecto del sangrado, y una exploración bimanual para constatar si existe dilatación cervical, si el tamaño y la forma uterina son acordes con los datos menstruales, y si se identifican masas anexiales (30)

c.- Ecografía. El diagnóstico de certeza debe establecerse mediante la exploración ecográfica. Su realización es obligatoria ante cualquier embarazada con sospecha de aborto (grado de recomendación B). Se debe emplear sonda vaginal siempre que se disponga de ella (grado de

recomendación B). Ser cauto, y en caso de duda repetir la exploración tras un intervalo de tiempo (7 días) para evitar un falso diagnóstico de aborto.

Los signos ecográficos que permiten de forma inequívoca el diagnóstico de aborto diferido son:

- Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud céfalo-caudal (LCC) >5 mm (grado de recomendación B).
- Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con LCC >3,5 mm inequívocamente demostrada por un evaluador experimentado en condiciones óptimas para la visualización del embrión (grado de recomendación B).
- Saco gestacional con un diámetro medio de ≥ 20 mm sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior (grado de recomendación B)

d.- Determinación de β -HCG. Resulta de utilidad como complemento a la ecografía en caso de que no se pueda establecer con seguridad la localización de la gestación.

A partir de niveles >1000 mUI/ml es factible localizar la gestación por ecografía transvaginal. Cuando los niveles de β -HCG superan las 1.500 mUI/ml, es posible localizar una gestación intrauterina en más del 90% de los casos.

En una gestación intrauterina viable, los niveles de β -HCG tienden a duplicar su valor cada 48 horas. Si el incremento es menor, se debe sospechar la presencia de una gestación ectópica. Cuando los niveles disminuyen a los 2 días nos encontramos ante una gestación no viable, ya sea intrauterina o ectópica (30)

e.- Diagnóstico diferencial.

Sangrado por implantación. Se trata de una hemorragia escasa, en cantidad menor a una menstruación, que ocurre en casi la mitad de las embarazadas entre las semanas 4^a y 6^a. A veces se puede confundir con una menstruación,

lo que alteraría el cálculo de la edad gestacional. No se asocia a peor pronóstico, por lo que no se trata de una amenaza de aborto.

Patología del aparato genital. Una de las causas más frecuentes de hemorragia del primer trimestre, es el traumatismo ocasionado por las relaciones sexuales sobre una vagina o cérvix más friables, debido a los cambios del embarazo. La exploración con espéculo permitirá confirmar la procedencia del sangrado.

Metrorragia disfuncional. Se descartará mediante la realización de test de embarazo.

Embarazo ectópico. En casos en los que no es posible localizar la gestación por ecografía con prueba de embarazo positiva. Se deben cuantificar los niveles de β -HCG. La sospecha de embarazo ectópico debe ser alta cuando por ecografía transvaginal se objetiva un útero vacío y los niveles de β -HCG sérica son >1800 mUI/ml (grado de recomendación B).

Gestación molar. Se debe sospechar ante niveles de β -HCG muy elevados junto con el hallazgo ecográfico de cambios hidrópicos placentarios y/o quistes tecaluteínicos (30)

5.-TRATAMIENTO.

Debemos distinguir dos grandes grupos a la hora de hacer un tratamiento terapéutico, por un lado, la actitud conservadora en la amenaza de aborto y, por otro, la técnica empleada en caso de confirmarse una gestación interrumpida (31)

Tratamiento conservador. Durante años se ha considerado el valor terapéutico del reposo y la abstinencia sexual, aunque no ha demostrado su verdadera utilidad. El empleo de agentes pregestacionales (HCG o Progestágenos naturales o sintéticos), tampoco han demostrado su eficacia, salvo quizá la administración de HCG en caso de abortos de repetición de

posible causa hormonal. Si existe DIU in situ y el hilo es visible, o el dispositivo accesible con control ecográfico, debe extraerse

Evacuación quirúrgica

El tratamiento quirúrgico del aborto se basa en las técnicas de legrado con cureta o por aspiración.

Evacuación médica.

Numerosos autores consideran el legrado extremadamente peligroso después de la semana doce de gestación, propugnando el tratamiento médico. También es una alternativa para aquellas mujeres que deseen evitar la cirugía.

El fármaco más usado es el misoprostol administrado por vía vaginal. Las ventajas de este fármaco son: bajo precio, escasos efectos secundarios cuando se administran por vía vaginal, fácil disponibilidad, evita la necesidad de anestesia y los riesgos asociados a la cirugía, y parece presentar menos complicaciones posteriores a medio plazo.

El misoprostol está contraindicado en pacientes con glaucoma o asma y su uso para esta indicación no está actualmente aprobado en España. El empleo de oxitócicos solos o asociados a prostaglandinas, sigue siendo una alternativa al legrado en caso de aborto del segundo trimestre (31)

6.- COMPLICACIONES:

Según Bombi. Los abortos espontáneos presentan una tasa de complicaciones muy baja. Las más frecuentes son la hemorragia y el aborto séptico. La hemorragia puede llegar a ser muy intensa y requerir transfusión sanguínea. Suele ceder con un legrado uterino, pero si la pérdida de sangre es muy importante se puede complicar con una coagulación intravascular diseminada (CID). Este cuadro puede llevar a fallo multiorgánico y riesgo de muerte (32)

El aborto séptico se produce por la infección del material gestacional de dentro de la cavidad uterina. En algunas ocasiones se produce al intentar manipular el

útero de forma mecánica o química en un intento de interrumpir la gestación. La fiebre es el síntoma principal y su evolución puede ir desde un cuadro leve que se resuelva con tratamiento antibiótico a un cuadro muy severo que precise tratamiento quirúrgico y unidad de cuidados intensivos.

Otras complicaciones son las derivadas de la cirugía para la evacuación del tejido gestacional retenido, es decir de los legrados. La complicación más frecuente es la retención de restos, es decir que no se consiga eliminar todo el tejido y precise después tratamiento médico o un nuevo legrado (32)

La perforación uterina tampoco es infrecuente, precisando generalmente solo de tratamiento médico y la cicatrización del tejido lesionado.

En algunos casos puede producirse una reparación anómala del tejido endouterino, formando sinequias o adherencias dentro de la matriz, de forma que no queda una cavidad normal sino que las paredes del útero están “pegadas”. Este síndrome es una de las causas de esterilidad y puede también alterar el flujo menstrual al impedir su salida normal hacia el exterior (32)

Dentro de las complicaciones, la mortalidad es una de ellas, al respecto en Ecuador se encontró que la hemorragia post parto y el aborto son las principales causas de mortalidad materna; a nivel mundial cada año mueren aproximadamente 68000 mujeres por complicaciones vinculadas a abortos 18000realizados en condiciones de riesgo, casi todas de ellas en países en desarrollo (32)

2.2.2. FACTORES SOCIO – DEMOGRAFICOS Y MÉDICOS:

1. FACTORES SOCIO- DEMOGRAFICOS.

Los factores sociales y demográficos, es definido como condiciones existentes pertenecientes o relativas al estado social, económico y cultural, que determina la orientación y el marco de actividades de la persona, influyendo en el estado físico, en de ánimo para integrarse parcial o totalmente en la sociedad y el aspecto demográfico referido a las características propias de la población

humana desde el punto de vista cuantitativo y de alguna manera influye en la decisión de interrumpir o no un embarazo (26)

Entre los principales factores socio – demográficos se describen:

A. Edad. Es el número de años cronológicos del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento (33). Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos. La edad materna, especialmente por encima de los 35 años, es un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de aborto espontáneo. El fenómeno se asocia fundamentalmente con alteraciones cromosómicas, siendo las trisomías la alteración más frecuente (34)

Aborto espontáneo. Según resultados de trabajos de investigación, un 80% de las pérdidas se debió a abortos espontáneos. Las probabilidades de que este hecho se produjera variaban de un mínimo del 8,7% en las mujeres de 22 años a un 84,1% entre las de 48 años o más (35)

B. Estado Civil. Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia. El estado o Nación a la que pertenece. La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada por sociólogos y especialistas en porque el matrimonio constituye el primer paso en la formación biológica (35)

En el estado civil o conyugal de la población, también se advierten cambios, lo que tendrían repercusión en la conformación de las familias. Después de la categoría soltera/o, los mayores porcentajes corresponden a dos tipos de uniones: el matrimonio y la unión de hecho, denominada también como unión consensual. En efecto, la población que en el año 2013 declaró ser soltera/o, representó el 38,2%, esta categoría en el año 2004 fue de 41,3%. La unión consensual o de hecho es una situación que se viene incrementando en los últimos años. De 17,6% de personas que vivían en unión de hecho en el año 2004, se incrementó a 20,4% en el año 2013. En tanto que la condición de casada/o disminuyó de 30,8% en el año 2004 a 28,1% en el año 2013. Esta

característica es similar en las áreas urbana y rural. La mayor participación de la mujer en el mercado laboral y su relativa autonomía así como la alta movilidad laboral de hombres y mujeres tendrían relación con el mayor porcentaje de uniones de hecho así como el incremento del porcentaje de divorcios, que de 5,5% en el año 2004 aumentó a 7,9% en el 2013. Asimismo, en esta situación habría influido la legislación que efectivizó el divorcio de mutuo consentimiento (36)

C. Ocupación. Es el tipo de trabajo, profesión u oficio que efectúa la persona. Las mujeres que trabajan en la industria o manufactura de plásticos, en contacto con las radiaciones son causa de muerte fetal y malformaciones embrionarias. Estas se presentan en accidentes o en errores de diagnóstico o en el personal que trabaja en contacto con ellas. Aparentemente la dosis de radiación tóxica para el embrión es de 5 o más radiaciones (34). Además se presenta como principal factor personal de riesgo para el aborto el no tener ocupación.

D. Ingreso Económico. Cantidad de ingreso económico que recibe el padre o madre a cambio de su trabajo en forma insuficiente que no le alcanza para cubrir las necesidades mínimas y básicas de la familia (34).

Los factores económicos influyen en la decisión de interrumpir o no un embarazo y además, son determinantes de la cantidad, oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud.

Los economistas consideran que el comportamiento de las personas responde a incentivos. Por incentivos se entiende el conjunto de costos y de beneficios asociados con una determinada conducta o decisión. Pues bien, la despenalización del aborto modifica de manera sustancial los incentivos que afectan las decisiones de anticoncepción, embarazo y aborto. La despenalización y facilitación del aborto generan precisamente este tipo de riesgo: puede anticiparse que habrá más descuido en la prevención del embarazo y que aumentarán tanto el número de embarazos no intencionales, como el de abortos. Así pasó en los Estados Unidos y en los países de Europa

Central cuando se liberalizó el aborto, de acuerdo con un estudio del National Bureau of Economic Research (Levine & Staiger, 2002). Esto, por cierto, es contrario al argumento que algunos proponentes de la despenalización del aborto, quienes han repetido en los medios que la medida llevará a una reducción en el número de abortos totales (37)

E. Procedencia. Lugar donde radica habitualmente la persona, estableciendo su residencia habitual, pudiendo ser esta zona urbana los que radican en la ciudad y rural las que viven fuera de la ciudad (34).

En cuanto a los estudios realizados sobre aborto se observa que estos se dan independientemente del lugar de procedencia de la mujer; sin embargo la referencia de Edquén (2006- 2007), nos revela que en Chota se dio en mayor porcentaje el aborto incompleto con hemorragia en un 73,5% y correspondían a la zona urbana y 55,2% a la zona rural. En cuanto al aborto incompleto infectado el 22,4% su procedencia era la zona rural y 15% la zona urbana, observándose en este caso que el mayor porcentaje se da en la zona urbana y las mayores complicaciones en la zona rural probablemente por las condiciones en que realizan el aborto, distancias entre otros factores (26).

F. Grado de Instrucción. Definido como el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad (38)

El nivel educativo es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos trabajos. El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo nivel de Instrucción y el menor riesgo a hijos de madres con alto Nivel de instrucción; asimismo estudios revelan que las mujeres con menor nivel de instrucción son las más propensas a practicarse un aborto lo que va muy ligado al nivel de pobreza. La educación actúa mejorando la condición social y el auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones (39)

2. FACTORES MÉDICOS.

Referida a los antecedentes biológicos o médicos, asociados al riesgo de padecer alguna patología en este caso un aborto (40)

A.- Hipertensión arterial. Las pacientes embarazadas hipertensas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales: desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática y renal (41)

La hipertensión arterial, incrementa el riesgo de muerte fetal y materna, ocasiona retardo en el crecimiento intrauterino fetal, patología que está dentro de las primeras causas de morbimortalidad feto- materno.

En la hipertensión crónica, las cifras de presión arterial señaladas ocurren antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, complicando 6 a 8% de los embarazos; en 86% de casos se debe a hipertensión esencial y, en el resto, es secundaria a trastornos renales, endocrinos o metabólicos, inmunológicos, entre otros. Alrededor de 20 a 25% de mujeres con hipertensión crónica desarrollarán preeclampsia (41)

B.- Diabetes. Trastorno que hace que la concentración de azúcar en sangre sea demasiado alta. Tiene lugar cuando el organismo no produce insulina o cuando no puede utilizarla como corresponde, se relaciona con mayor probabilidad de pre eclampsia, aborto, defectos al nacimiento, retardo en el crecimiento intrauterino o macrosomía fetal (41)

Se asocia la ocurrencia del aborto recurrente con la diabetes (DBT) sufrida por la mujer, denominada esta como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia, resultante de un defecto en la secreción, la acción insulínica o ambas. En la DBT mal controlada, se ve afectada la placentación e implantación, las etapas tempranas del embarazo e incluso el adecuado desarrollo folicular, por lo que se sabe que la

hiperglucemia tiene efectos nocivos sobre la evolución normal del embarazo (41)

C. Gastritis, Tanto en el embarazo normal como en el complicado es frecuente observar alteraciones y síntomas del aparato digestivo extremadamente comunes, que pueden llegar a disminuir la calidad de vida de la paciente, como las náuseas, vómitos, los reflujos gastroesofágico, generándose una gastritis al no ser controlada a tiempo.

Según un informe de la DIRESA- Reportó que muchas jóvenes huancavelicanas utilizan un producto médico que sirve para tratar enfermedades gástricas, con fines abortivos, así aseguró la directora de Uso Racional de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Diresa, Zully Contreras Osorio tras advertir sobre las consecuencias de utilizar el medicamento Misoprostol para inducir el aborto. En este caso las consecuencias fisiológicas pueden ser fatales, pues los efectos van desde sangrados y hemorragias graves que pueden provocar la muerte hasta cáncer al útero (42)

D. Infecciones de transmisión sexual, las infecciones sexualmente transmisibles son las que se diseminan en forma predominante o exclusiva por contacto sexual, generándose en la mujer un alto riesgo de transmisión para el producto de la concepción el mismo que puede ser infectado a través de la placenta. Así tenemos de estas constituyen un riesgo en la gestación generándose aborto espontáneo dentro de ellas la sífilis.

E.- Inflamación Pélvica, es una enfermedad como consecuencia de una inflamación de ciertas enfermedades de transmisión sexual, especialmente de la infección por Chlamydia y Gonorrea que puede afectar a las trompas de Falopio y los tejidos del útero, los ovarios y las áreas circundantes, también pueden provocar consecuencias graves que incluyen infertilidad, embarazo ectópico y con ello con ello concluir en un aborto (43)

F.- Tuberculosis. Es aún causa significativa de morbimortalidad. La tuberculosis pulmonar, que ocasiona un mico bacteria, ejerce poco efecto en el

curso del embarazo porque casi nunca predispone al aborto, al trabajo de parto prematuro o a mortinatos, además de que casi nunca se adquiere en forma congénita. El embarazo no ejerce un efecto adverso en la tuberculosis, cuando se controla en forma correcta. Sólo las mujeres que hayan experimentado remisión de la enfermedad deben considerar la posibilidad de embarazarse, pues esta constituye un factor de alto riesgo tanto para la madre como para el producto.

G.-Infección del tracto urinario. Es la infección bacteriana más común de la mujer. Más de la mitad de las mujeres experimenta por lo menos un episodio de infección urinaria en algún momento de su vida. 1) La infección de la vía urinaria durante el embarazo constituye la primera causa de enfermedad médica no obstétrica que compromete el bienestar materno, fetal y neonatal. 2) Representa la primera causa de internamiento por sepsis en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Bartolomé y el Instituto Materno – perinatal en Lima. Además se asocia entre 27% a 35% de los partos pre términos, 22% a 30% de los neonatos pequeños para la edad gestacional y puede conllevar a abortos espontáneos durante las primeras ocho semanas de gestación (43)

H.- Falla de métodos anticonceptivos, dentro de ellos los dispositivos intrauterinos (DIU) tienen una tasa de embarazos de 1,5 por 100 años- mujer, dependiendo del DIU y la experiencia del insertador. El riesgo de aborto espontáneo en aquellas usuarias que se embarazan con el DIU in situ es cercano al 50%. Este riesgo disminuye al 25% si el DIU logra ser extraído antes de las 12 semanas de gestación, lo cual además prevendría los abortos sépticos del segundo trimestre y los partos prematuros en estas pacientes.

Así también existe la falla de métodos anticonceptivos, en particular de los tradicionales, como la abstinencia y el coitus interruptus, cuyo índice de fracaso es elevado, además de la incorrecta utilización de la píldora y otros métodos, que dependen de acciones repetidas de la usuaria (43)

2.2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD POR LA ENFERMERÍA

El concepto de Promoción de la Salud surgió y se desarrolló en los últimos 20 años. Tres importantes conferencias internacionales establecieron bases conceptuales y políticas de Promoción de la Salud, las realizadas en Ottawa (1986), Adelaide (1988) y Sundsvall (1991). (44)

Las concepciones del enfermero son fundamentales para su práctica, por ser quien asume la competencia para actuar como educador, junto al equipo de salud y la comunidad, y eso requiere un pensamiento orientado en los cambios de actitud. Las acciones del enfermero no pueden estar centradas en la prevención de enfermedades, en los factores de riesgo, cuyo objetivo está enfocado a la enfermedad.

Las acciones de Enfermería en Promoción de la Salud son fundamentales, con la realización de grupos para la conquista de la autonomía y asimilación de conocimientos en la mejora de la calidad de vida de las personas. Desarrollar acciones de cuidar pautadas en un proceso de diálogo, valorando la individualidad de cada ser, es un cuidado más próximo a las reales necesidades de los usuarios (44)

Poco a poco, los enfermeros aprenden a pensar y a hacer Promoción de la Salud, un concepto amplio y complejo de ser incorporado en las personas, instituciones y sociedades, a fin de superar el tradicional patrón asistencial.

Por ello, esta está conceptualizada en la Política Nacional de Promoción de la Salud como...una estrategia de articulación transversal en la que se da visibilidad a los factores que colocan la salud de la población en riesgo y las diferencias entre necesidades territoriales y culturales presentes en nuestro país, mirando a la variación de mecanismos que reduzcan las situaciones de vulnerabilidad, defiendan radicalmente la equidad e incorporen la participación y el control sociales en la gestión de las políticas públicas (44)

El énfasis en la atención primaria en salud y las acciones específicas destinadas a la Promoción de la Salud exigen la movilización del enfermero de la Estrategia Salud de la Familia (44)

En el caso del aborto los enfermeros juegan un papel muy importante en la promoción de la salud ya que mediante el desarrollo de las estrategias de educación para la salud en salud sexual y reproductiva se estará educando a la población joven y adulta en los diferentes temas los cuales permitirán que la población tenga el conocimiento y tome conciencia sobre las medidas de prevención y así evitar los embarazos no planificados; actuando con una paternidad responsable y evitar de esta forma el incremento en la frecuencia de abortos en sus diferentes diagnósticos, los cuales perjudican la salud de la mujer tanto física, psicológica como social y acrecientan los indicadores de morbimortalidad materna.

2.2.4. MODELO TEÓRICO.

La presente investigación tendrá un sustento en la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem. (45)

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. La teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

El autocuidado, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y de desarrollo (Orem, 2001, p.522).

Un requisito de autocuidado es el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.

Otro de los requisitos es la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados (los objetivos del autocuidado) (Orem, 2001, p.522)

El déficit de autocuidado, es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en las que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (Orem, 2001, p.522)

La actividad enfermera, es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Orem, 2001, P.522)

El sistema enfermeros, son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Orem, 2001, p.522)

Esta teoría sustenta a la presente investigación en medida que el autocuidado lo genera cada persona con la decisión de cuidar su propia salud cuando realizan acciones negativas o contrarias como es el caso del aborto entonces la persona tendrá un déficit en su auto cuidado y la enfermera quien juega un

papel importante desde el primer momento que la persona acude a un establecimiento de salud o es captada en su hogar a través de una visita domiciliaria; su papel fundamental de participar en la atención directa y su rehabilitación además la parte importante de la educación impartida al paciente y a su familia para su cuidado en el hogar y restituir su salud (45)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

ABORTO.

La Organización Mundial de la Salud define al aborto como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, la cual se considera a partir de 22 semanas de gestación, el peso de 500 gr. Y longitud céfalo nalgas de 25 cm. (46)

ABORTO EXPONTÁNEO

Es la terminación del embarazo antes de las 20 semanas o 140 días de gestación y cuando el producto pesa menos de 500g, en el que no se demuestre causa o intención ajena que lo haya ocasionado, relacionándosele, más bien, a una forma de selección natural (6)

ABORTO INDUCIDO.

Es definida como la interrupción de una gestación provocada intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica (47)

FACTORES.

Se refiere a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de presentar o no un problema, enfermedad, trastorno o lesión (48)

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H_a El aborto guarda relación significativa con algunos factores Socio-demográficos de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.

H_o El aborto no guarda relación significativa con algunos factores Socio-demográficos y biológicos de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.

2.4.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- Los factores Sociodemográficos, la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso económico familiar, procedencia. Se relacionan significativamente con el aborto. En las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.
- Los factores biológicos, tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, inflamación pélvica, infecciones de trasmisión sexual, infección urinaria, falla de métodos anticonceptivos. Se relacionan significativamente con el aborto. En las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

ABORTO

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS, ANTECEDENTES MÉDICOS

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES O ASPECTOS	INDICADORES
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>ABORTO</p>	<p>Según el diagnóstico que se registra en la historia de la mujer</p> <p>- Tipo de aborto</p> <p>- Edad gestacional</p>	<p>1) Aborto espontáneo complicado</p> <p>2) Aborto espontáneo sin complicación</p> <p>3) Aborto incompleto con complicación</p> <p>4) Aborto incompleto sin complicación</p> <p>5) Aborto retenido</p> <p>6) Aborto séptico</p> <p>7) Otro tipo de aborto</p> <p>1) < 8 semanas.</p> <p>2) 8- 12 semanas.</p> <p>3) 13-17 semanas.</p> <p>4) 18-22 semanas.</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS</p>	<p>EDAD</p> <p>GRADO DE INSTRUCCIÓN</p>	<p>1) Menores de 15 años</p> <p>2) De 15 a 19 años</p> <p>3) De 20 a 24 años</p> <p>4) De 25 a 29 años</p> <p>5) De 30 a 34 años.</p> <p>6) Mayores de 35 años.</p> <p>1) Analfabeta</p> <p>2) Primaria incompleta</p> <p>3) Primaria completa</p> <p>4) Secundaria incompleta</p> <p>5) Secundaria completa</p> <p>6) Superior completa</p>

		7)Superior incompleta
	ESTADO CIVIL	1)Soltera 2)Casada 3)Conviviente
	OCUPACIÓN	1)Ama de casa 2)Comerciante 3)Doméstica 4)Otros
	PROCEDENCIA	1)Zona urbana 2)zona rural
	INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	1)< a 850 nuevos soles 2)igual a 850 nuevos soles 3)mayor a 850 nuevos soles
ANTECEDENTES BIOLÓGICOS	A.-Tuberculosis.	1)Presentó 2)No presentó
	B.-Diabetes	1)Presentó 2)No presentó
	C.-Hipertensión Arterial.	1)Presentó 2)No presentó
	D.-Infecciones de Transmisión sexual.	1)Presentó 2)No presentó
	E.- Infección pélvica.	1)Presentó 2)No presentó
	F.-Gastritis	1)Presentó 2)No presentó

	<p>G.-Infección urinaria</p> <p>H.-Falla de métodos anticonceptivos</p> <p>I.-Otros.</p>	<p>1)Presentó 2)No presentó</p> <p>1)Presentó 2)No presentó</p> <p>1)Presentó 2)No presentó</p>
	<p>ANTECEDENTE OBSTETRICOS</p> <p>- Gestaciones</p> <p>- Partos</p> <p>-Cesáreas</p> <p>-Aborto</p>	<p>1) Una 2) Dos 3) Tres 4) Más de tres</p> <p>1) Uno 2) Dos 3) Tres 4) Más de tres</p> <p>1)Una 2)Dos 3)Tres 4)Más de tres</p> <p>1)Uno 2)Dos 3)Tres 4)Más de tres</p>

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente concierne a una investigación aplicada; estrechamente vinculada a la investigación básica, también recibe la denominación de práctica o empírica (49). De tipo retrospectivo porque se tomará la información sobre los factores socio-demográficos y los antecedentes médicos que las mujeres registraron en el momento de la atención en la historia clínica. No experimental porque no habrá manipulación de las variables. Es de corte transversal, porque la información será recolectada en un solo momento, el instrumento se aplicará por única vez (49)

NIVEL DE INVESTIGACION

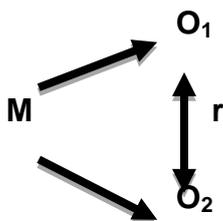
Descriptivo - correlacional, porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, dados en dicho momento y se establecerá la relación entre la variable dependiente con la independiente. “La utilidad y el propósito de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas”. Este tipo de estudio mide las dos o más variables que se desea conocer, si están o no relacionadas con el mismo sujeto y así analizar su correlación (49)

MÉTODO

Es cuantitativo, usa recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, lo cual permite un tratamiento estadístico de diferentes niveles de cuantificación, los datos recogidos pueden ser procesados. Además porque describe las características más importantes del objeto en estudio es este caso de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto cadenillas de Chota, en los servicios de Gineco- Obstetricia, emergencia y hospitalización por aborto.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Es Correlacional cuyo esquema es el siguiente, la cual tienen como objetivo analizar las relaciones entre dos o más variables significativas del objeto de estudio, se determinará el grado de relación existente entre las variable dependiente con la independiente. Se empleará la prueba estadística de chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables aborto y los factores socio-demográficos y los médicos. Además se empleará el coeficiente de Pearson (ρ).



Donde:

M: Muestra (mujeres que fueron atendidas con el diagnóstico de aborto en el H.J.S.C)

O1: Variables 1: Variable independiente el aborto

R: Relación entre ambas variables

O2: Variable 2: variable dependiente, los factores socio-demográficos y antecedentes médicos

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO

Los antecedentes de la creación datan desde 1942, cuando a iniciativa del Diputado Don Benedicto Cevallos Chávez, el 23 de diciembre, se promulga la Ley N° 9705, que disponía la construcción de un Hospital en la ciudad de Chota, estableciendo impuestos a favor de la Beneficencia Pública que los habitantes de Chota pagaban.

Es así que 20 años después el 31 de Diciembre de 1962, cuando el Diputado Nacional don Víctor Tantaleán Vanini, fue a requerir al asesor jurídico del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social Dr. Antonio Valdez Calle, el cumplimiento del contrato entre la Sociedad de Beneficencia Pública de Chota y el mencionado fondo inscrito en 1952, por el cual la Beneficencia cedió a dicha entidad el producto de los impuestos recaudados y los que se recaudan en el futuro para que se construyera el Hospital, interviniendo el Jefe de la Oficina de Programas Dr. Julio Muñoz Puglicevich, previos estudios pertinentes se estima descartar el anterior proyecto y elaborar otro correspondiente al de un Hospital Regional, dado la importancia de demografía de la zona, se construyeron también las Postas Médicas de Tacabamba, Cutervo, Bambamarca, San Miguel, así como el Centro Médico de Jaén. Dos años después en 1964, se obtuvo una partida específica en el presupuesto funcional, a fin de requerir un terreno en el que se levantara el nosocomio, se concede una partida de 100 000 NUEVOS SOLES, destinado para la compra de 30 000 metros cuadrados de terreno. Al estudiar este proyecto el Presidente de la República Don Fernando Belaunde Terry, el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Dr. Javier Arias Stella, y el Dr. Octavio Mongrut Muñoz – Director del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, brindando todo apoyo y firme voluntad para que la obra se hiciera efectiva o realidad.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

POBLACIÓN

La población estará conformada por todas las mujeres cuyo embarazo terminó en un aborto. Se trabajará con las historias clínicas del periodo

comprendido de enero a diciembre del 2016, que hacen un total de 602 mujeres registradas atendidas por aborto.

MUESTRA

La muestra será de tipo probabilística, se utilizará la fórmula estadística para determinarla y estará conformada por las historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto comprendidas entre las edades de 15 a mayores de 35 años, que acudieron a atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015. Constituyen en un número de 235.

La muestra será seleccionada con el método muestral aleatorio simple, que se caracteriza porque todas las unidades de observación tienen la misma probabilidad de caer en la muestra, en este caso la selección se hará sin reemplazo, cada vez que se saque un número de historia se anotará ese número y no se volverá a tomar en cuenta, este procedimiento se lo realizará teniendo en cuenta el registro de atenciones del servicio de Gineco-obstetricia, se tendrá en cuenta los criterios de inclusión.

El tamaño mínimo de muestra se calcula para estimar la proporción de mujeres con diagnóstico de aborto, con una confiabilidad del 95% y un error máximo tolerable de 5 % basado en la siguiente fórmula y los datos que se encuentran a continuación.

Para obtener la muestra se utilizará la siguiente formula:

$$\text{Muestra (n)} = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$\text{Calculandon} = \frac{(602)*(1.96)^2*0.50*0.50}{(0.05)^2*601+(1.96)^2*0.50*0.50}$$

$$n = \frac{(602 * (3.84 * 0.25))}{((0.0025 * 601) + (3.84 * 0.25))}$$

$$n = \frac{(602 * 0.96)}{(1.5 + 0.96)}$$

$$n = \frac{577.92}{2.46}$$

$$n = 235$$

Muestra: 235 mujeres atendidas con el diagnóstico de aborto

En donde:

N = 602(Población de mujeres atendidas con el diagnóstico de aborto)

Z = 1.96 (Coeficiente de 95 % de confiabilidad valor Z curva normal).

P = 0.50 (probabilidad de mujeres que presentan aborto)

Q = 0.50 (probabilidad de mujeres que no presentan aborto).

E = 0.05 error (5%), error muestral.

n = tamaño de la muestra.

a) Criterios de Inclusión.

Se tendrá en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en los servicios de Gineco-obstetricia y emergencia del Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, durante el período de enero a diciembre del 2016.
- Mujeres comprendidas entre las edades de 15 años y mayores de 35 años de edad.
- Mujeres cuya procedencia sea de la zona urbana o rural.
- Historias clínicas con información completa.

b) Criterios de Exclusión.

Se tendrá en cuenta los siguientes criterios de Exclusión:

- Mujeres atendidas con diagnósticos diferentes al de aborto en los servicios de Gineco-obstetricia y emergencia del Hospital de Apoyo

José Soto Cadenillas, durante el período de enero a diciembre del 2016.

- Historias clínicas de mujeres atendidas por aborto con información incompleta.

c) Unidad de Análisis

La unidad de análisis la constituirá cada una de las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2016, que cumplan con los criterios de inclusión.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS

Como técnica el análisis documental para la revisión y recojo de información de historias clínicas y registros de atención. Un documento, desde el punto de vista de la investigación y para el fin que nos ocupa es un objeto específicamente creado por el hombre para la conservación y transmisión de información, en este caso la historia clínica constituye la fuente principal de datos, por lo que juega un papel importante en la comprobación de la hipótesis (49)

INSTRUMENTOS

Para el recojo de la información, se utilizará una ficha ya validada en el trabajo de investigación en relación al tema a investigar por Altamirano (2008). (26)

En la ficha se obtendrá la información teniendo en cuenta los objetivos previstos y las variables en estudio, se contemplarán los siguientes aspectos:

Ficha 1: Se hará referencia a los Datos Generales de Identificación. Y los factores Socio-Demográficos que comprende: Edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia, ingreso económico familiar.

Antecedentes médicos: Tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, infección pélvica, infección de transmisión sexual, gastritis, falla de métodos anticonceptivos, infección de vías urinarias, cesáreas, abortos y otros.

Validez y confiabilidad.

Prueba Piloto.

Se realizará para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicará al 10% del total de la muestra, que corresponde a 27 con características similares a la población y que no conformaran parte de la muestra de estudio.

3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Se realizarán las coordinaciones pertinentes con el Director del “Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, y jefe del Servicio de para obtener la autorización respectiva.
- Se procederá a la revisión de los registros de atenciones con la finalidad de ubicar las historias clínicas de las mujeres cuyo embarazo termino en aborto atendido en los servicios de Gineco-obstetricia y emergencia de enero a diciembre del 2016.
- Se recogerá la información a través del llenado de la ficha elaborada.
- Finalmente se procesará la información y se formulará el informe de la tesis en base a los resultados.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recolectada la información se realizará una consistencia manual, tendiente a revisar y corregir posibles errores, se hará el proceso de codificación. Luego se generará una base de datos en la plataforma del Software Estadístico, se procesará la información utilizando el SPSS Versión 23, elaborando tablas de contingencia, orientados a determinar los objetivos formulados.

Para el análisis de la relación entre la variable dependiente e independiente se utilizará la prueba estadística de Chi- cuadrado, los resultados se presentan en tablas simples y de doble entrada.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El análisis se realizará, sobre la base de procesamiento de datos realizando un análisis cuantitativo de la información. Basándose en las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos; contrastando los resultados con antecedentes y teorías y discutiendo sus coincidencias o diferencias.

Se tendrá en cuenta las conclusiones compatibles con los diversos objetivos formulados; además se contrastará la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, tales como la prueba de Chi-Cuadrado y el coeficiente de Pearson como prueba de independencia de criterios de clasificación; se determinará; si existe relación estadística significativa entre el aborto y los factores Socio-Demográficos y médicos.

Se realizará un análisis entre los factores que resultaran estar relacionados significativamente con el aborto. Se realizará un análisis discriminatorio entre los factores que resultaran estar relacionados significativamente siendo el valor de ($p > 0.05$).

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentarán en tablas estadísticas simples y de doble entrada indicadores estadísticos descriptivos, permitiendo el análisis y la formulación de las conclusiones.

RIGOR ÉTICO

En relación a la ética: se consideraron los siguientes principios éticos que aseguraran la validación del trabajo de investigación: (50)

Principio de Beneficencia. Es la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos.

El presente trabajo de investigación beneficiaran a las mujeres en edad fértil y especialmente a las adolescentes como grupo vulnerable; ya que, aportará el conocimiento sobre el aborto y su relación con los factores sociodemográficos

y médicos, de tal modo que el personal de salud pueda trabajar en cuanto a su prevención.

Confidencialidad. Toda la información obtenida serán tratados con absoluto reserva. No se divulgará por ningún motivo la identificación de las mujeres atendidas por caso de aborto en el Hospital José Soto Cadenillas en el periodo del estudio enero a diciembre 2016.

RIGOR CIENTÍFICO.

Confiabilidad: Los resultados serán determinados por la información recopilada tal cual estuvo escrita en las historia clínicas, esperando que la información sea la más verás; por tanto la recolección de la información será realizado por el investigador (50)

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

ABORTO Y LOS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y BIOLÓGICOS EN MUJERES ATENDIDAS, EN EL HOSPITAL DE APOYO JOSÉ SOTO CADENILLAS DE CHOTA, 2016.

FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS Y BIOLOGICOS	ABORTO							
	INCOMPLETO CON COMPLICACION		ESPONTANEO COMPLICADO		INCOMPLETO SIN COMPLICACION		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sociales	38	16%	66	28%	21	9%	125	53%
Demográficos	24	10%	40	17%	21	9%	85	36%
Biológicos	4	2%	19	8%	2	1%	25	11%
Total	66	28%	125	53%	44	19%	235	100%

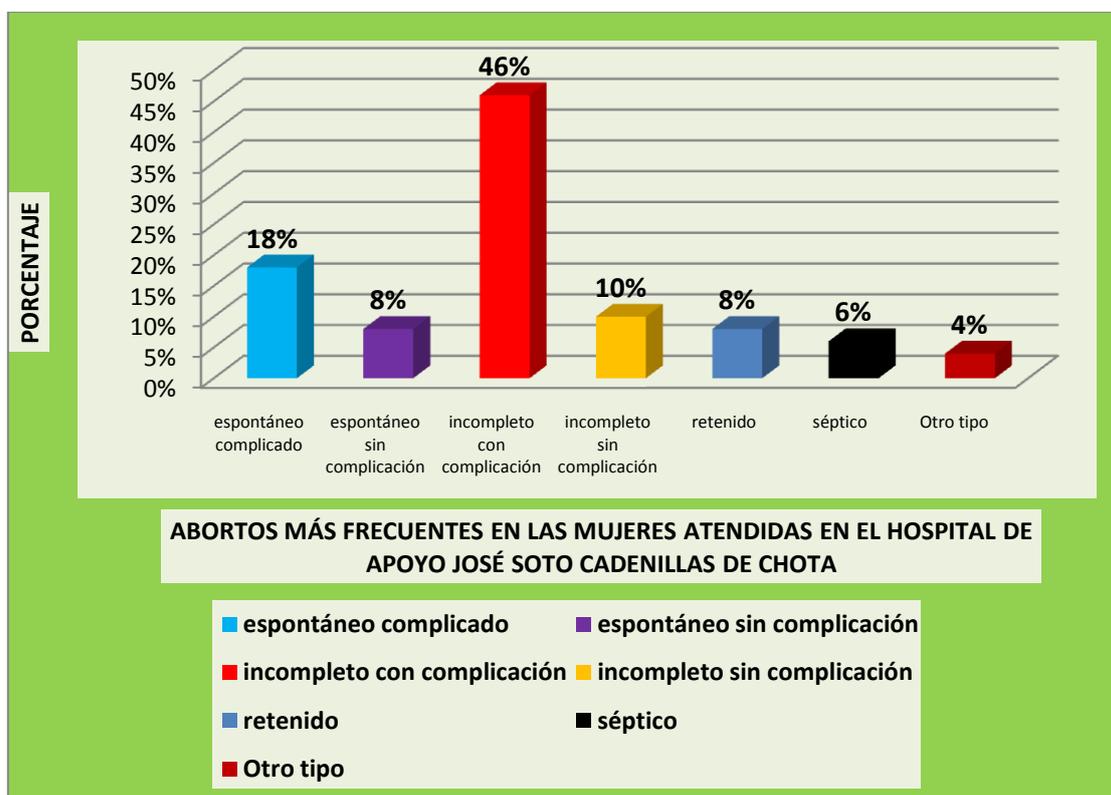
FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado estuvieron relacionados a los Factores Socio-Demográficos y Biológicos en un 28%(66), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron relación con los Factores Sociales en un 16%(38) y las que tuvieron aborto Incompleto con Complicación estuvieron relacionados con los Factores Demográficos en un 9%(21). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Socio-Demográficos Biológicos.

GRAFICA 1

ABORTOS MÁS FRECUENTES EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JOSÉ SOTO CADENILLAS DE CHOTA, 2016?



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 1:

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, tuvieron aborto más frecuente de: Incompleto con complicación en un 46%, seguido del espontaneo complicado en un 18%, Incompleto sin complicación 10%, Espontaneo sin Complicación en un 8%, retenido en un 8%, séptico en un 6% y otros tipos en un 4%.

TABLA 2

**FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON EL ABORTO EN LAS MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JOSÉ SOTO CADENILLAS DE
CHOTA, 2016**

EDAD	ABORTO							
	INCOMPLETO CON COMPLICACION		ESPONTANEO COMPLICADO		INCOMPLETO SIN COMPLICACION		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menores de 19	14	6%	19	8%	5	2%	38	16%
20 a 24	24	10%	40	17%	21	9%	85	36%
25 a 29	14	6%	28	12%	7	3%	49	21%
30 a 34	14	6%	21	9%	5	2%	40	17%
35 a más	0%	0%	17	7%	6	3%	23	10%
Total	66	28%	125	53%	44	19%	235	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron edades de 20 a 24 años en un 17%(40), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron edades de 20 a 24 años en un 10%(24) y las que tuvieron aborto Incompleto sin Complicación tuvieron edades de 20 a 24 años en un 9%(21). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Sociales.

TABLA 3

FACTORES DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL ABORTO EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JOSÉ SOTO CADENILLAS DE CHOTA, 2016

INGRESOS ECONÓMICOS	ABORTO							
	INCOMPLETO CON COMPLICACION		ESPONTANEO COMPLICADO		INCOMPLETO SIN COMPLICACION		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< a 850 nuevos soles	24	10%	89	38%	19	8%	132	56%
= a 850 nuevos soles 20 a 24	33	14%	16	7%	12	5%	61	26%
> a 850 nuevos soles	9	4%	20	8%	13	6%	42	18%
Total	66	28%	125	53%	44	19%	235	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron ingresos económicos menores de 850 nuevos soles en un 38%(89), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron ingresos económicos igual a 850 nuevos soles en un 14%(33) y las que tuvieron aborto Incompleto sin Complicación tuvieron ingresos menores a 850 nuevos soles en un 8%(19). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Demográficos.

TABLA 4
FACTORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL ABORTO EN LAS
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JOSÉ SOTO
CADENILLAS DE CHOTA, 2016

EDAD	ABORTO							
	INCOMPLETO CON COMPLICACION		ESPONTANEO COMPLICADO		INCOMPLETO SIN COMPLICACION		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tuberculosis	14	6%	9	4%	5	2%	28	12%
Diabetes	12	5%	16	7%	5	2%	33	14%
Hipertensión arterial	14	6%	24	10%	5	2%	42	18%
ITS	14	6%	21	9%	14	6%	49	21%
Infección Urinaria	12	5%	55	23%	16	7%	83	35%
Total	66	28%	125	53%	44	19%	235	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron Infección Urinaria en un 23%(55), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron ITS en un 6%(14) y las que tuvieron aborto Incompleto con Complicación tuvieron Infección urinaria en un 7%(16). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Biológicos.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: El aborto guarda relación significativa con algunos factores Socio-demográficos de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.

H₀ El aborto no guarda relación significativa con algunos factores Socio-demográficos y biológicos de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.

Ha ≠ H₀

α=0,05 (5%)

Tabla 5: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Aborto	Factores socio-demográfico y Biológico
Aborto	Correlación de Pearson	1	,913**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	235	235
Factores Socio-demográfico y Biológico	Correlación de Pearson	,913**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	235	235

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 2, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,9q3, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Aborto y los Factores socio-demográficos Biológicos. con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

Siendo cierto que: El aborto guarda relación significativa con algunos factores Socio-demográficos de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado estuvieron relacionados a los Factores Socio-Demográficos y Biológicos en un 28%(66), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron relación con los Factores Sociales en un 16%(38) y las que tuvieron aborto Incompleto con Complicación estuvieron relacionados con los Factores Demográficos en un 9%(21). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Socio-Demográficos Biológicos. Coincidiendo con Campoverde y López (2013). Resultados: La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%. Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido. Coincidiendo además con Sánchez (2012) concluye que existen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo, la mayoría de los cuales son prevenibles o controlables. Se recomienda la utilización de los resultados con el fin de desarrollar actividades de salud preventiva promocional.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, tuvieron aborto más frecuente de: Incompleto con complicación en un 46%, seguido del espontaneo complicado en un 18%, Incompleto sin complicación 10%, Espontaneo sin Complicación en un 8%, retenido en un 8%, séptico en un 6% y otros tipos en un 4%. Coincidiendo con Fernández (2013). Resultados: el grupo de edad predominante estuvo entre 18-19 años, 93,5 % tuvo la primera relación sexual entre los 14 y 17 años, 64,5 % ya

había tenido 3 o más parejas, el 77,4 % de las jóvenes eran solteras. El 45,1 % usaba condón, 41,9 % refirió embarazo por fallo del método y el motivo más frecuente de solicitud de interrupción fue: muy joven para asumir el rol de la maternidad (90,3 %). Coincidiendo además con Paredes et.al. (2011), realizaron una investigación, titulada. Factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el aborto. Se determinó la relación entre los factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el aborto, con un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. Los casos correspondieron a 145 usuarias de 14 a 45 años de edad atendidas en el servicio de ginecología con diagnóstico de aborto, empleándose la estadística inferencial no paramétrica Chi-cuadrado para determinar la relación de las variables en estudio con un nivel de significancia $\alpha = 0,05$, obteniéndose que existe relación 2 2 2 significativa entre la ocupación ($X = 15,647$), nivel económico ($X = 9,851$), religión ($X = 18,389$), con 2 grado de instrucción y actitud hacia el aborto ($X = 14,651$); no se encontró relación estadísticamente c 2 2 2 significativa con la edad ($X = 0,382$), estado civil ($X = 0,725$) y procedencia ($X = 2,831$). Los resultados de la presente investigación permitirán plantear, ejecutar y evaluar estrategias y actividades orientadas a la prevención o disminución del aborto y sus posibles consecuencias, mejorando el sistema de información, asegurando una buena educación sexual y reproductiva ampliada a centros educativos, logrando de esta manera mejorar la calidad de vida de la adolescente, de la familia y de la sociedad. Palabras claves: aborto, factores sociodemográficos, educación sexual.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron edades de 20 a 24 años en un 17%(40), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron edades de 20 a 24 años en un 10%(24) y las que tuvieron aborto Incompleto sin Complicación tuvieron edades de 20 a 24 años en un 9%(21). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Sociales. Coincidiendo además con Pluas (2013) *concluye* de un total de 44 pacientes presentó aborto incompleto

(39,3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34,1%; de Unión libre con 59,1%, proceden de áreas rurales 38,6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje el nivel primaria completa con 45,5%; conviven con sus parejas con 63,6%, son amas de casa con 72,7%; 77,3% fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto de muestran que el mayor porcentaje fue de 13-16 SG con 38,6%, Los porcentajes estuvieron iguales en la presentación del aborto el 50% para inducido y el otro 50% para el espontáneo. Según el cumplimiento protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido; el 77,28%. Coincidiendo con Edquén (2007) Resultados. El 46,0% de los abortos ocurrieron entre las 8-12 semanas de gestación y dentro de los tipos de aborto, el más frecuente fue el incompleto con hemorragia en 65,3% del total de los casos. , el 18,7% fueron aborto incompleto infectado, 18,3% aborto incompleto no complicado, otro tipo de aborto 4,0% y solamente 0,7% aborto frustrado. Al establecer la relación estadística entre el aborto y los factores demográficos, a través de la prueba de la chi-cuadrado encontró que esta no fue significativa entre los factores demográficos dentro de ellos (procedencia, edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso económico). Así mismo al establecer la relación entre los tipos de aborto y los factores somáticos se encontró relación estadística altamente significativa con otros tipos de problemas como(cefalea intensa, gastritis, infección del tracto urinario, violencia familiar entre otros), siendo el valor de ($P=0,000$).

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron ingresos económicos menores de 850 nuevos soles en un 38%(89), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron ingresos económicos igual a 850 nuevos soles en un 14%(33) y las que tuvieron aborto Incompleto sin Complicación tuvieron ingresos menores a 850 nuevos soles en un 8%(19). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Demográficos. Coincidiendo con Doblado (2010). teniendo como resultados que el 40,6 % de las adolescentes tuvo la

primera relación sexual a los 15 años, 49,2 % ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6 % tenía más de un aborto, 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2 % continuaba sin protección, el 27,3 % vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia por lo que deja como conclusiones que el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia son factores influyentes en la toma de decisión con relación al aborto.

OBJETIVO ESPECIFICO 4

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron Infección Urinaria en un 23%(55), las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron ITS en un 6%(14) y las que tuvieron aborto Incompleto con Complicación tuvieron Infección urinaria en un 7%(16). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Biológicos. Coincidiendo con Aznar y Yago (2012) Resultados: 174 (29,8%) mujeres tuvieron un Embarazo no planificado. El riesgo de Embarazo no planificado aumentó en mujeres inmigrantes [OR: 2,858 (IC95%:1,808-4,519)], en las jóvenes con menor nivel de estudios (OR: 2,343 [IC95% 1,361-4,035]), en las que no utilizaron un método anticonceptivo seguro (todos menos el *coitus interruptus*) durante su primer coito (OR:3,043 (IC95% 1,900-4,875)], en las que manifestaron inconvenientes con el uso de los métodos anticonceptivos (OR: 2,092 [IC95% 1,267-3,454]) y en las que tuvieron asistencia irregular a la consulta (OR: 2,063 [IC95% 1,275-3,339]). No hubo relación con la edad (adolescentes/jóvenes). El modelo se consideró aceptable: Hosmer-Lemeshow no significativo y con un poder de discriminación del 77%.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado estuvieron relacionados a los Factores Socio-Demográficos y Biológicos las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron relación con los Factores Sociales y las que tuvieron aborto Incompleto con Complicación estuvieron relacionados con los Factores Demográfico. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Socio-Demográficos Biológicos. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,813 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, tuvieron aborto más frecuente fueron: Incompleto con complicación con el mayor porcentaje, seguido del espontaneo complicado, luego el aborto Incompleto sin complicación como los de mayor porcentaje.

TERCERO

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron edades de 20 a 24 años, las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron edades de 20 a 24 años y las que tuvieron aborto Incompleto sin Complicación tuvieron edades de 20 a 24 años. Es decir, el aborto se presenta en mayor porcentaje en mujeres de menos edad o mujeres jóvenes. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Sociales.

CUARTO

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron ingresos económicos menores de 850 nuevos soles, las mujeres que tuvieron aborto

incompleto con complicación tuvieron ingresos económicos igual a 850 nuevos soles y las que tuvieron aborto Incompleto sin Complicación tuvieron ingresos menores a 850 nuevos soles. Es decir, el aborto se presenta en mayor porcentaje en mujeres de menos ingresos económicos. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Demográficos.

QUINTO

Las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, que tuvieron aborto Espontaneo Complicado tuvieron Infección Urinaria, las mujeres que tuvieron aborto incompleto con complicación tuvieron ITS y las que tuvieron aborto Incompleto con Complicación tuvieron Infección urinaria. Es decir, el aborto se presenta en mayor porcentaje en mujeres con enfermedades como infecciones urinarias e ITS. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Aborto y los Factores Biológicos.

RECOMENDACIONES

Promover y ejecutar actividades formativas dirigidas a las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, sobre el aborto, con la finalidad que la información que se les brinde sea veraz y efectiva donde puedan reconocer factores socio-demográficos y biológicos que se relacionan.

Realizar coordinaciones estrechas con las Instituciones aliadas educativas para el desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva en las mujeres, con participación de la familia, teniendo en cuenta los factores sociales.

Promover la difusión acerca de las consecuencias del aborto en las mujeres, utilizando la radio y la estación de televisión local, así como afiches, gigantografías y volantes, considerando los resultados de la presente investigación en el factor cultural.

Promover la campaña preventiva de las enfermedades infecto contagiosas y las ITS, entre las mujeres, en coordinación con la Escuela de Enfermería de la UAP, que permita desarrollar trabajo comunitario, en prevención de los factores biológicos del aborto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda, Martín. Aborto en la adolescencia. Enfoque integral para educadores de la enseñanza media superior, en Contribuciones a las Ciencias Sociales.enero 2009. [En línea].; 2009. [citado 26 de Enero 2017]. Disponible en URL:<http://www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.htm>
2. Harrinson. Principios de Medicina Interna, (2vols), 17^o Edición, Edit. Interamericana. Santa Fe, Argentina. México: Mcgraw-Hill; 2012.
3. Salud Md. Boletín Epidemiológico de Lima Internet, Lima, Perú,. [Internet]. [citado 26 de Enero 2017]. Disponible en URL:
<http://www.dge.gob.pe/boletín.php>.
4. Otero, MRR. Factores Médicos y Socio Epiemiológico Asociados a la Amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo Febrero Setiembre 2008. [Tesis], para optar el Título de Medico. Univesirsidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina Humana; 2008.
5. Silva, Taucher. et.al. Estudio Cromosómico en Abortos Espontáneos. Revista Chilena de Obstericia y Ginecología. 2014; 79(1).
6. Quintero, Eliana. et.al.Characterísticas sociodemográficas de las mujeres que consultan por aborto en un Hospital Público de Bucaramanga. perspectiva desde la justicia distributiva. Revista de salud pública.o124-0064.Vol 12,Núm.4(2010. [En línea].; [citado 26 de Julio 2017]. Disponible en URL:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/10966>.
7. Ruíz, Miguel. et.al. Características Sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía 2007-2010. [En línea].; [citado 20 de Julio 2017]. Disponible en URL:
http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S0213-9111202000600003.
8. Centro Flora tristán. Situación del aborto clandestino en el Perú. [Online].; 2012 [citado o6 de Abril del 2017].Disponible en URL:
http://www.cddperu.org/sites/default/files/hoja%20informativa%204%20aborto%20clandestino_0.pdf.
9. Hospital de Baja Complejidad Vitarte, área de estadística e informática.

[En línea].; [citado 20 de Julio 2017. Disponible en URL:

<http://www.hospitalvitarate.gob.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=297>.

10. Ortiz, Carlos. et.al. Prevalencia de Embarazo no Deseado y Modo de Resolución en Estudiantes Universitarios, Adolescentes y Adultos Jóvenes en Cali, Colombia, en relación a la percepción de la calidad de educación sexual recibida. [En línea].; [citado 06 de Agosto 2017. Disponible en URL:

<http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2003/X1prevalencia.pdh>

11. Comenttant, M. Factores que intervienen en la decisión de abortar en edolescentes. [Tesis], para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2016.

12. Organización no Gubernamental Flora Tristán. Los Abortos Clandestinos en el Perú. 2015.

13. Centro Legal de Derechos Reproductivos en el Mundo. [En línea].; 2014 [citado 16 de Abril 2017. Disponible en URL:

<http://www.reproductiverghts.org/es/document/leyes-sobre-aborto-en-el-mundo-de-2014>.

14. Ministerio de Salud. Hospital Regional de Salud- Cajamarca. Plan Anual 2012.

15. Ministerio de salud. Hospital Regional de salud- cajamarca. plan Operativo, 2014.

16. Diercción de Salud Chota. Oficina General de Estadística e Informática. Casos Atendidos de Aborto en el Hospital José Soto Cadenillas durante los años: 2014-2015 y 2016.

17. Dirección de Salud Chota. Análisis Situacional de Salud (ASIS-2014). Oficina de Epidemiología.

18. OMS. Prevención del aborto peligroso. Internet. Ginebra, Suiza;WHO. [En línea].; 2014 [citado 20 de Junio 2017. Disponible en URL:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>.

19. Campoverde,G y López, Karla. Frecuencia de aborto y características sicodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castenier Crespo" en el año 2013. Cuenca 2014. [Tesis], previa a la

obtención del Título de Médico y Médica. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina.

20. Fernández, Hugo. et.al. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev. Cubana Obste. Ginecol. [En línea].; 2014 [citado 11 de Junio 2017. Disponible en URL:

http://bvs.sid.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin07214.htm.

21. Pluas, Beatriz. Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez "Miguel Hilario Alcivar" en el periodo septiembre del 2012 a febrero 2013". Universidad de Guayaquil. facultad de Ciencia Médicas. escuela de Obstetricia. [Tesis]. [En línea].; 2012 [citado 11 de Abril 2017. Disponible en URL:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1886/1/INCIDENCIA%20del%20aborto%20incompleto.pdf>.(último acceso:11 de agosto del 2016).

22. Doblado, Norma. "Aborto en la adolescencia un problema de salud". Rev. Cubana Obst Ginecol v36n3. Ciudad de la Habana jul-sep 2010. [En línea].; 2012 [citado 11 de Abril 2017. Disponible en URL:

http://www.scielo.sid.cu/scielo.php?crip=sci_arttex&pid=S0138-600x2010000300011.

23. Aznar, Tomás y Yago, Teresa. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev.Esp.Salud. Vol.88 nº3 Madrid may/jun.2014. [En línea].; 2016 [citado 23 de Agosto 2017. Disponible en URL:

http://www.scielo.iscii.es/scoelo.php?script=sci_arttex&pid=S1135.

24. Sánchez, Jacob. "Factores de Riesgo para Aborto Espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Gustavo Lamatta Luján, Huacho-Lima, durante el periodo Agosto-Diciembre del 2012". Universidad Nacional Jorge Basadre Gorohmann-[Tesis]. [En línea] [citado 16 de Agosto 2017. Disponible en URL:

http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/.84_2013_sanchez_cjuno_j_facs_medicina_2013.pdf?.

25. Paredes, Llanet. et.al. Factores Sociodemográficos-culturales y la actitud hacia el aborto. [En línea] [citado 23 de Agosto 2017. Disponible en URL:

<http://www.Users/ABANTO/Desktop/Downloads/96-399-1-PB.pdf>.

26. Edquén, Jesus. "El Aborto y Factores Socio-Demográficos. Somáticos en Mujeres Atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2006-2007". [Tesis], para optar el Título Profesional de Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela Académico Profesional de Enfermería. 2008.
27. Pacheco, RJ. Ginecología Obstetricis y Reproducción. Tomo II. 22007 ed. Vera JC, editor. Lima, Perú: REP SAC; 2007.
28. Narvaéz, P NA. Estudio Cmparativo de las Características del Aborto entre mujeres Adultas y Adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador 2008.Tesis. Títl Médico. Unversidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. escuela de Medicina. [En línea] [citado 26 de Noviembre 2016. Disponible en URL:

<http://www.dspace.ucuenca.edu.ec/bistream/123456789/3447/1/MED11.pdf>.
29. Cunnigham G JLKBSa. El Aborto. 23^a ed. México DF:Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2011. P.215-234. Gobierno Federal Mexicano. Guía de rereferencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de abortos recurrentes. [En línea].; México 2010. [citado 20 de Agosto 2016. Disponible en URL:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_RR_CENETEC.pdf.
30. Requejo, IG. Nuevo abordaje en el Manejo del aborto diferido. [Tesis], para optar el Grado de Doctor. Madrid: Universidad Computense de Madrid, Obstetricia y Ginecología; 2012.
31. PCM, Beatriz. Incidencia del Aborto en Mujeres de 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez"Miguel Hilario Alcivar" en el periodo Septiembre del 2012 a Febrero 2013". [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Ciencias Médicas; 2013.
32. Bombi, I. Complicaciones del Embarazo. 2014. España. [En línea].; México 2010. [citado 26 de Mayo 2017. Disponible en URL:

<http://.www.mapfre.es/salud/es/cinformaitvo/complicaciones-aborto.stml>.
33. De Conceptos D. Portal de Conceptos.com. 2016. [En línea]. [citado 16 de Agosto 2017. Disponible en URL:

<http:www.definicionabc.com/salud/cesarea.php>

34. Facil DH. Portal Definicon ABC.;2016. [En línea].; México 2010. [citado 16 de Agosto 2017. Disponible en URL:
<http://www.definicionabc.com/salud/cesarea.php>.
35. Martey, Patricia. El Riesgo de Aborto Espontáneo aumenta con la edad materna. [En línea].; [citado 15 de Abril 2017. Disponible en URL:
<http://www.elmundo.es/salud/2000/394/962259875.html>.
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El registro Civil, Estado Civil. Ministerio de Justicia. [En línea].; [citado 15 de Agosto 2017. Disponible en URL:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf.
37. Morfín, A. Una nota económica sobre el aborto[En línea].; [citado 15 de Agosto 2017. Disponible en URL:
<http://7es.catholic.net/op/articulos/5676/cat/262/una-nota-economica-sobre-el-aborto.html>
38. Diccionario Océano. España 2007.
39. Silva, Lhj Factores associated with Maternal Mortality in Rural. Guinea Dissan An International Journal of Obstetrics&Ginecology 2002,109(7),792-799.
40. Espinoza,E. Portal Monografías. [En línea].; [citado 16 de Enero 2017. Disponible en URL:
<http://www.monografías.com/trabajos10/causa/causa2.shtml>.
41. Faraj, María. Aborto Recurrente y Diabetes. Servicio de Endocrinología, Complejo Médico(PFA) Churruca-Visca. Buenos Aires, Argentina. [En línea].; [citado 15 de Noviembre 2016. Disponible en URL:
[http://saegre.org.ar/revista/nimero/2010/2010/n2/aborto_recurrente.2016\)..](http://saegre.org.ar/revista/nimero/2010/2010/n2/aborto_recurrente.2016)..)
42. Diario El Correo: Usan medicamentos para la gastritis con fines abortivos. [En línea].; [citado 16 de Agosto 2016. Disponible en URL:
<http://www.diariocorreo.pe/ciudad/usan-medicamentos-para-la-gastritis-confine-97454>.

43. Eviti, RC. *Habitus Profesional y Ciudadanía: Un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos reproductivos en México*. Rio de Janeiro 2009[En línea].; [citado 20 de Febrero 2017. Disponible en URL:
http://www.research.net/prolife/Joaquina_Eviti/publication/267691011_Habitu_profesional_y_ciudadania_un_estudio_sociologico/link/5511a45oct268a4aae85fb7.pdf.
44. Bezerra, F, Mesquita, A, Costa de Sousa SM. et.al. *Promoción de la Salud: La Calidad de Vida en las Prácticas de Enfermería*. *Enfermería Global*. Ensayo. Vol 12.Nª 32. Octubre 2013. [En línea].; [citado 11 de Febrero 2017. Disponible en URL:
http://www.-scielo.isciii.es/cielo.php?scrip=sci_erttex&pid=S1695-61412013000400016.
45. Marriner, Ann y Raile, Martha. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 2007. ed. EdiDE SL, editor. Barcelona- España: ELSEVIER; 2007.
46. Organización Mundial de la Salud. departamento de salud sexual reproductiva e Investigaciones Conexas sin riesgos: guía técnica y de políticas para el sistema de salud. 2ª edición. Ginebra; 2012.
47. Vargas, F. *Aborto*. *Obstetricia Integral del siglo XXI*. Capítulo 1. Colombia 2010. [En línea].; [citado 08 de Agosto 2017. Disponible en URL:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/978984476180.01.pdf..>
48. Silva, R AS. *Factores Asociados al Aborto Inducido entre jóvenes pobres en la ciudad de Sao Paulo*, 2007. *Rev.bras.estud.popul*.2012;29(2):409-419. [En línea].; [citado 08 de Agosto 2017. Disponible en URL:
<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n2/a11v29n2.pdf>.
49. Hernández Sampierr FCBL. *Metodología de la Investigación*. Quinta edición ed. Chacón JM, editor. México: MCGrawHill; 2010.
50. Cáceres, P. *Ética y Deontología*. Primera edición. Filipis-Perú:s.n.;2010.

ANEXOS

ANEXO 01



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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EL ABORTO Y LOS
FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS Y BIOLÓGICOS.

I. DATOS GENERALES:

Número de Historia Clínica:.....

Fecha de ingreso:

Servicio de atención:.....

Diagnóstico:

Procedencia:.....

II. INFORMACIÓN SOBRE EL ABORTO:

A. Tipo de aborto:

1) Aborto espontáneo complicado ()

2) Aborto espontáneo sin complicación ()

3) Aborto incompleto con complicación ()

4) Aborto incompleto sin complicación ()

5) Aborto retenido ()

6) Aborto séptico ()

7) Otro tipo de aborto ()

Especifique:.....

B. Edad gestacional:

- 1) < 8 semanas ()
- 2) 8 a 12 semanas ()
- 3) 13 a 17 semanas ()
- 4) 18 a 22 semanas ()
- 5) otro ()

III. FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS.

FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS:

A. Edad:

- 1) Menores de 15 años ()
- 2) 15 a 19 años ()
- 3) 20 A 24 años ()
- 4) 25 a 29 años ()
- 5) 30 a 34 años ()
- 6) mayores de 35 años ()

B. Estado Civil:

- 1) soltera ()
- 2) casada ()
- 3) conviviente ()
- 4) otros ()

Especificar:.....

C. Grado de instrucción:

- 1) Analfabeta ()
- 2) Primaria incompleta ()
- 2) Primaria completa ()
- 3) Secundaria incompleta ()
- 3) secundaria completa ()
- 4) Superior incompleta ()
- 5) Superior completa ()

D. Ocupación:

- 1) ama de casa ()
- 2) estudiante ()
- 3) comerciante
- 4) empleada del hogar ()
- 4) empleada pública ()
- 5) Otros ()
- Especificar:..... ()

F. Ingreso económico familiar mensual

- 1) < a 850 nuevos soles ()
- 2) igual a 850 nuevos soles ()
- 3) > a 850 nuevos soles ()

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Antecedentes:

- Tuberculosis ()

- Diabetes ()
- Hipertensión arterial ()
- Infecciones de transmisión sexual ()
- Infección urinaria ()
- infección pélvica ()
- falla de métodos anticonceptivos ()
- otros problemas ()

Especificar:

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- Gestaciones

- 1) Una ()
- 2) Dos ()
- 3) Tres ()
- 4) Más de tres ()

- Partos

- 1) Un ()
- 2) Dos ()
- 3) Tres ()
- 4) Más de tres ()

- Cesáreas

- 1) Una ()
- 2) Dos ()
- 3) Tres ()
- 4) Más de tres ()

- Abortos

- 1) Uno ()
- 2) Dos ()
- 3) Tres ()
- 4) Más de tres ()

5.5.-MATRIZ DE CONSISTENCIA.

TÍTULO DEL PROYECTO: “EL ABORTO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y BIOLÓGICOS HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2016”

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	INDICADORES	Método
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre el aborto y los factores: socio-demográficos y biológicos, en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Cuáles son los tipos de aborto más frecuentes en</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el aborto y los factores: Socio-demográficos y médicos en mujeres atendidas, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>H_a El aborto guarda relación significativa con algunos factores Socio-demográficos de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.</p> <p>H_o El aborto no guarda relación significativa con algunos factores Socio-demográficos y biológicos de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>EL ABORTO</p>	<p>Tipos de aborto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aborto espontáneo complic 2) Aborto espontáneo sin complicación. 3) Aborto incompleto con complicación 4) Aborto incompleto sin complicación 5) Aborto retenido 6) Aborto séptico 7) Otro tipo de aborto <p>Edad gestacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) < 8 semanas 2) 8-12 semanas 	<p>Cuantitativo</p>

<p>las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p> <p>¿Cuál es la edad gestacional de las mujeres que abortan atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores sociales relacionado con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar los tipos de aborto más frecuentes en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p> <p>Identificar la edad gestacional de las mujeres que abortan atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p>	<p>Chota, 2016.</p> <p>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</p> <p>Los factores Sociodemográficos, la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso económico familiar, procedencia. Se relacionan significativamente con el aborto. En las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.</p> <p>Los factores biológicos, tuberculosis, diabetes,</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS.</p> <p>Edad.</p> <p>Estado civil</p>	<p>3) 13-17 semanas 4) 18-22 semanas</p> <p>1) Menores de 15 años 2) De 15 a 19 años 3) De 20 a 24 años 4) De 25 a 29 años 5) De 30 a 34 años 6) Mayores de 35 años</p> <p>1)Soltera 2)Casada 3)Conviviente 4) Otros.</p> <p>1) Analfabeta</p>	
--	--	--	---	--	--

<p>¿Cuáles son los factores demográficos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p>	<p>Especificar los factores sociales relacionado con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p>	<p>hipertensión arterial, inflamación pélvica, infecciones de transmisión sexual, infección urinaria, falla de métodos anticonceptivos. Se relacionan significativamente con el aborto. En las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2016.</p>	<p>Grado de instrucción</p>	<p>2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Superior incompleta 7) superior completa</p>	
<p>¿Cuáles son los factores biológicos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p>	<p>Identificar los factores demográficos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p>		<p>Ocupación</p> <p>Ingreso económico familiar mensual</p>	<p>1)Ama de casa 2)Comerciante 3)Doméstica 4) Otros.</p> <p>1)< a 850 nuevos soles 2)igual a 850 nuevos soles 3)> a 850 nuevos soles</p> <p>1) Zona urbana</p>	

	<p>Puntualizar los factores biológicos relacionados con el aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016?</p> <p>Establecer la relación entre el aborto y los factores socio-demográficos y médicos en mujeres atendidas, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas</p>		<p>Procedencia</p> <p>ANTECEDENTES MÉDICOS</p> <p>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</p> <p>- Gestaciones</p>	<p>2) Zona urbano marginal</p> <p>1) Tuberculosis. 2) Diabetes 3) Hipertensión Arterial. 4) Problemas pélvicos 5) Infección pélvica 6) Enfermedades de transmisión sexual. 7) Falla de métodos anticonceptivos 8) Otros.</p> <p>1) Una 2) Dos 3) Tres</p>	
--	--	--	--	--	--

	de Chota, 2016.		<ul style="list-style-type: none"> - Partos - Cesáreas - Abortos 	<ul style="list-style-type: none"> 4) Más de tres 1) Uno 2) Dos 3) Tres 4) Más de tres 1) Uno 2) Dos 3) Tres 4) Más de tres 1) Uno 2) Dos 3) Tres 4) Más de tres 	
--	-----------------	--	---	---	--