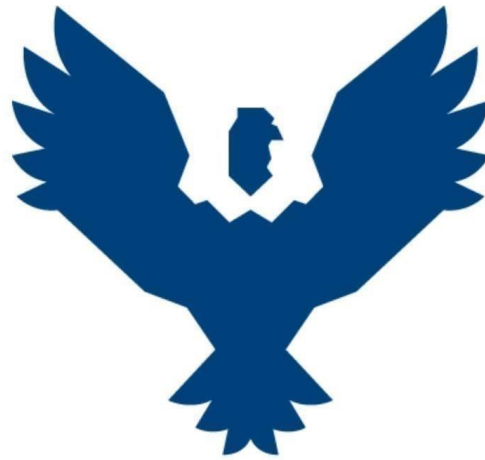




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto. Centro de Salud Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 - 2019.

Línea de investigación

Salud Materno Infantil

Presentada por:

Mendoza Buleje Elsa Reyna
ORCID: 0000-0001-9674-9144

Para optar el título de:

Segunda Especialidad en
Emergencias Obstétricas y
Alto Riesgo Obstétrico

Asesora:

Dra. Obst. Gladis Edith Rojas Salas
ORCID: 0000-0002-4980-3889

Cusco – Perú
2022



Metadatos

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Elsa Reyna Mendoza Buleje
Número de documento de identidad	44404093
URL de Orcid	0000-0001-9674-9144
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Gladis Edith Rojas Salas
Número de documento de identidad	07933864
URL de Orcid	0000-0002-4980-3889
Datos del jurado	
Presidente del jurado (jurado 1)	
Nombres y apellidos	Rosario Isabel Soto Bringas
Número de documento de identidad	23951548
Jurado 2	
Nombres y apellidos	Alicia Enriqueta De La Cruz Galarza
Número de documento de identidad	23904821
Jurado 3	
Nombres y apellidos	Gladys Cristina Josefina Montes Paredes
Número de documento de identidad	23954874
Jurado 4	
Nombres y apellidos	Yolanda Victoria León Villalobos
Número de documento de identidad	23962092
Datos de la investigación	
Línea de investigación de la Escuela Profesional	Salud Materno Infantil



Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto. Centro de Salud Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 - 2019

Por Elsa Reyna Mendoza Buleje

Fecha de entrega: 14-sep-2023 11.15pm (UTC- 0500)

Identificador de la entrega: 2166629068

Nombre del archivo: o_de_aborto._Centro_de_Salud_Ocobamba_-_Chincheros_Apur_mac.docx (2.29M)

Total de palabras: 13956

Total de caracteres: 76515



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto. Centro de Salud Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 - 2019.

Línea de investigación

Presentada por:

Mendoza Buleje Elsa Reyna

0000-0001-9674-9144

Para optar el título de:

Segunda Especialidad en

Emergencias Obstétricas y

Alto Riesgo Obstétrico

Asesora:

Dra. Obst. Gladis Edith Rojas Salas

0000-0002-4980-3889

Cusco – Perú
2022



Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto. Centro de Salud Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 - 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Elsa Reyna Mendoza Buleje
Título del ejercicio:	Postgrado
Título de la entrega:	Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de ...
Nombre del archivo:	o_de_aborto_Centro_de_Salud_Ocobamba_-_Chincheros_Ap...
Tamaño del archivo:	2.29M
Total páginas:	76
Total de palabras:	13,956
Total de caracteres:	76,515
Fecha de entrega:	14-sept.-2023 11:15p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2166629068



E. Rojas



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por brindarme esta oportunidad de superación en mi vida profesional.

A la Universidad Andina del Cusco, por permitirme la oportunidad de seguir con mis estudios de segunda especialidad.

A los docentes de la segunda especialidad, por brindarme sus conocimientos y experiencias, en especial a la Dra. Gladis Rojas Salas quien asesoro mi trabajo de investigación



DEDICATORIA

A Dios:

Todo poderoso por brindarme inteligencia,
y muchas ganas de superación, por hacer
que cada obstáculo sea superado en el
transcurso de mi educación y permitirme
obtener lo anhelado.

A mis padres y hermanos: Quienes
en todo momento me brindan
palabras de aliento, apoyo
incondicional y confianza.

A Geber, Ghambel y Zamvir:

Quienes son los que me motivan a ser
mejor profesional, madre y mujer en esta
vida



INDICE

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.- Planteamiento del problema	2
1.2.- Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema general	3
1.3.- Justificación.....	4
1.3.1 Conveniencia.....	4
1.3.2 Relevancia social.....	4
1.3.3 Implicancias prácticas	4
1.3.4 Valor teórico	4
1.3.5 Utilidad metodológica	5
1.4 Objetivos de la investigación	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Delimitación del estudio.....	6
1.5.1 Delimitación espacial.....	6
1.5.2 Delimitación temporal	6
CAPITULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.1.1 Antecedentes internacionales	7
2.1.2 Antecedentes nacionales	8
2.2 Bases teóricas.....	11
2.2.1. Aborto	11
2.2.2 Características sociodemográficas.....	18
2.2.3 Características obstétricas	20
2.2.3 Características clínicas.....	22
2.3 Marco conceptual	24
2.4 Variables e indicadores	24
2.4.1 Identificación de variables	24
2.4.2 Operacionalización de variables.....	24
CAPITULO III	28
MÉTODO.....	28
3.1 Alcance de estudio	28
3.2 Diseño de investigación	28



3.3 Población.....	28
3.4 Muestra.....	28
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
3.6 Validez y confiabilidad del instrumento	29
3.7 Plan de análisis de datos.....	29
CAPITULO IV.....	37
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	37
CAPITULO V	37
DISCUSIÓN.....	47
5.1. Descripción de hallazgos relevantes y significativos	47
CONCLUSIONES	53
SUGERENCIAS	56
BIBLIOGRAFIA	57
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	65
VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS	68



RESUMEN

Estudio con el objetivo de identificar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto. Centro de Salud Ocobamba - Chincheros Apurímac entre 2017 a 2019. Método: estudio descriptivo, comparativo, de corte transversal, cuantitativa, no experimental. La población estuvo representada por 68 mujeres con Diagnóstico de aborto durante los años 2017 al 2019. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 26 mediante tablas con frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central, Resultados: Las características sociodemográficas halladas son edad de 18 a 34 años en las que con mayor frecuencia se ha presentado el diagnóstico de aborto, el 77.9% tiene nivel de educación secundaria, el 41.2% de condición civil de conviviente y ocupación el 54.4% son amas de casa. Entre las características Obstétricas, la multiparidad en el 91.2%, sin atención prenatal el 91.2%, el 79.4% sin antecedentes de aborto, el 70.4% menor de 12 semanas de edad gestacional, y el 92.6 sin patologías en el embarazo. Entre las características clínicas, la metrorragia se presentó en el 47.1%, el 88.2% tuvo aborto espontáneo, el 91.2% el aborto no fue complicado, el 85,3% el aborto fue inminente y el 97.15 tuvo aborto incompleto, finalmente en los resultados comparativos se encontró que la edad de las pacientes difiere al compararlos con la clasificación clínica según su origen y según las consecuencias es decir, mientras que el grupo de pacientes que tuvieron aborto espontáneo prevalece la edad entre los 18 a 34 años, en el grupo menor de 18 tuvo aborto provocado.

Las pacientes que tuvieron un aborto espontáneo fue mayor en menos de 12 semanas de gestación, quienes tuvieron aborto inducido fue entre las 12 a 22 semanas de gestación y por último quienes presentaron aborto completo tenían mayor de 12 semanas de gestación, con aborto incompleto quienes en una amplia mayoría tenían edades gestacionales menores a 12 semanas.

Palabras clave: Aborto, características sociodemográficas, obstétricas y clínicas.



ABSTRACT

Study with the objective of identifying the sociodemographic, obstetric and clinical characteristics of patients treated with a diagnosis of abortion. Health Center Ocobamba - Chincheros Apurímac between 2017 and 2019. Method: descriptive, comparative, cross-sectional, quantitative, non-experimental study. The population was represented by 68 women with a diagnosis of abortion during the years 2017 to 2019. The data was processed in the statistical package SPSS version 26 through tables with absolute and relative frequencies, as well as measures of central tendency. Results: The sociodemographic characteristics found are age 18 to 34 years in which the diagnosis of abortion has occurred most frequently, 77.9% have a secondary education level, 41.2% have a civil status of living together and occupation, 54.4% are housewives house. Among the Obstetric characteristics, multiparity, in 91.2%, with 91.2% not without prenatal care, 79.4% without a history of abortion, 70.4% less than 12 weeks of gestational age, and 92.6 without pathologies in pregnancy. Among the clinical characteristics, metrorrhagia was present in 47.1%, 88.2% had spontaneous abortion, 91.2% abortion was not complicated, 85.3% abortion was imminent and 97.15 had incomplete abortion, finally, in the comparative results, it was found that the age of the patients differs when comparing them with the clinical classification according to their origin and according to the consequences. that is, while the group of patients who had spontaneous abortion prevails in age between 18 and 34 years, in the group under 18 they had induced abortion.

The patients who had a spontaneous abortion were older in less than 12 weeks of gestation, those who had an induced abortion were between 12 and 22 weeks of gestation.

And lastly, those who had a complete abortion had more than 12 weeks of gestation, with incomplete abortion the vast majority of whom had gestational ages of less than 12 weeks.

Keywords: Abortion, sociodemographic, obstetric and clinical characteristics.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Actualmente el aborto es considerado como la patología que con mayor frecuencia se presenta el cual ocasiona una serie de consecuencias que conllevan a un padecimiento e incluso a la muerte de la gestante, convirtiéndose por lo tanto en una problemática de la salud a nivel del mundo (1).

Entre en año 2015 y 2019 en la humanidad aproximadamente 121 millones de mujeres tuvieron un embarazo no deseado, de los cuales el 61% concluyo en aborto, traduciéndose esta cifra en 73 millones de abortos al año. (1)

Es importante precisar que en aquellos países donde no es legal el aborto, la cantidad de embarazos no planificados concluyen en aborto, el cual ha elevado sus cifras en estos últimos 30 años, encontrando así que en los años 1990 – 1994 hubo un 36% y entre 2015 – 2019 hubo 50% de casos. (1)

Frente a ello es importante identificar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas que ocasionan un aborto, evidenciándose dentro de las características sociodemográficas a la edad, nivel de instrucción, condición civil y ocupación, de la misma manera es necesario identificar las características obstétricas tales como la paridad, atención prenatal, antecedente de aborto, edad gestacional y por ultimo identificar las características clínicas que se muestran como los signos y síntomas con los cuales ingreso la paciente al establecimiento de salud, la clasificación clínica según el origen, sus consecuencias, su evolución y su terminación.

El siguiente trabajo de Investigación se desarrollará de la siguiente forma: En el Capítulo I se presenta como punto de inicio la situación problemática observada, formulando los objetivos, la justificación. En el Capítulo II, designado Marco Teórico, mostramos los antecedentes del estudio y los planteamientos teóricos propiamente dichos. En el Capítulo



III encontraremos los materiales y métodos, las técnicas e instrumentos a utilizados, el cual comprende el nivel, tipo y métodos de investigación, identificándose a las variables e indicadores, delimitándose a la población y muestra del estudio.

El capítulo IV corresponde a dar a conocer los resultados para culminar con el quinto capítulo donde se desarrolló las conclusiones, discusión y se dan algunas sugerencias.

1.1.- Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud precisa que el aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción de su madre cuyo peso es menor o igual a 500 gramos, o se produzca antes de las 22 semanas de edad gestacional (2)

Así mismo la Organización Mundial de Salud menciona que a nivel mundial aproximadamente 74 millones de mujeres tienen un embarazo no planificado por lo tanto no es deseado, a los cuales se les atribuye como causa de los 25 millones de abortos que se presentan y de las 47 mil muertes maternas en el año; evidenciándose que la mayor parte de los abortos (97%) se producen en África, Asia y América Latina. (3)

A nivel nacional, según la encuesta por el Instituto de Opinión Pública, asevera que el Perú el 19% de las mujeres que oscilan entre los 18 y 49 años indican haberse practicado un aborto, cifras que son similares en muchas regiones, a excepción del oriente donde las cifras son más altas; evidenciándose también que es una práctica que se presenta en todos los niveles socioeconómicos; la mayoría que constituye el 58% de las mujeres peruanas que presentaron esta patología fueron atendidas por un profesional de salud y el manejo más usual de estos casos fue el quirúrgico.(4)



A pesar de que, en nuestra región de Apurímac, provincia de Chincheros y distrito de Ocobamba a nivel de las redes y microredes se cuentan con datos acerca de esta patología no se evidencian estudios de investigación, ningún consolidado que ayude a conocer las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas por aborto, situación que me permitió formular el siguiente problema a investigar:

1.2.- Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 - 2019?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 - 2019?

¿Cuáles son las características obstétricas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba- Chincheros Apurímac 2017 - 2019?

¿Cuáles son las características clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba- Chincheros Apurímac 2017 - 2019?



1.3.- Justificación

1.3.1 Conveniencia

La siguiente investigación es de mucha utilidad pues actualmente existe escasa información e investigación acerca del aborto en el distrito de Ocobamba, patología que arriesga la salud de la gestante ya que se presenta con frecuencia, por ende, servirá como reseña y antecedentes para próximas investigaciones.

1.3.2 Relevancia social

El aborto al ser una patología considerada como una de las hemorragias tempranas es decir durante la primera mitad del embarazo constituye una de las principales razones para las afecciones y la muerte materna en el Perú, y por lo cual es también una prioridad a nivel mundial, que no solo afectara a la paciente sino a su entorno cercano.

1.3.3 Implicancias prácticas

A nivel práctico, este estudio sirve para precisar aquellas características sociodemográficas, obstétricas y clínicas más resaltantes de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto y sobre las cuales se tendrán que poner mayor interés a la hora de identificarlas para garantizar que la paciente sea atendida con mucha cautela en caso presentase estas características más representativas.

1.3.4 Valor teórico

El estudio aporta importante información, datos, que nos indicaran las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas más resaltantes, debido a que no existe



información acerca del tema en el distrito de Ocobamba; así mismo los resultados a los que lleguemos nos ayudara a tener mayor evidencia del tema y mejorar el manejo preventivo, por lo cual se usara como una referencia documental.

1.3.5 Utilidad metodológica

La metodología aplicada en la investigación, es bastante aplicable y con posibilidades de poder replicarse en otras realidades con temas similares.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Identificar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 – 2019.
2. Identificar las características obstétricas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 – 2019.
3. Identificar las características clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba - Chincheros Apurímac 2017 – 2019.



1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

Investigación que se realizó en el Centro de Salud de Ocobamba, distrito de Ocobamba, provincia de Chincheros, Departamento de Apurímac.

1.5.2 Delimitación temporal

Los datos fueron obtenidos de pacientes atendidas entre los años 2017 a 2019, los cuales fueron recolectados entre los meses de junio a setiembre del año 2020.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Rivero M, Pintado S (2017) realizaron la investigación «*Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús Durant Guayaquil Ecuador 2017*», con el objetivo de dar a conocer factores que predisponen a esta patología.

El autor consideró como metodología un estudio descriptivo longitudinal, corte transversal, estudiando a 92 pacientes.

Lo hallado en esta investigación fue que la edad con más frecuencia entre 20 a 25 años con 46%, el 69% no tenía antecedentes patológicos, 70% fue antes de las 12 semanas; el 65% eran multigestas; el 91% de pacientes presentó complicaciones. (5)

Cuya conclusión fue que el tiempo de gestación en la cual se presenta el aborto fue antes de las 12 semanas con mayor frecuencia, no se considera como un factor de riesgo a los antecedentes patológicos ginecológico para el aborto, por lo cual es necesario que se investigue otros factores para que se produzca el aborto. (5)

Rodríguez C, De Los Ríos M, Gonzales A, Quintana D. (2020) en su investigación «*Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo Cuba 2020*», donde el propósito fue determinar aspectos epidemiológicos del aborto, transversal, descriptivo y prospectivo. En este estudio los investigadores encontraron que, de 109 pacientes, el 22,94% tenía edades entre 21 a 25 años; luego el 18,35% entre los 26 a 30 años. El 29,74% presentó antecedente de aborto; la manifestación clínica con mayor porcentaje fue el sangrado transvaginal 79,81%; seguido por dolor



abdominal en hipogastrio con 12,84%; la mayor parte ocurrió dentro de los primeros tres meses, siendo en promedio a las 9.3 semanas. (6)

Se concluye que en las mujeres en edad fértil consideradas como edad óptima se presenta de manera más frecuente el aborto espontáneo, los cuales se dan de manera temprana es decir en edades gestacionales menores a 12 semanas, se evidencia que el riesgo más importante es el que sean fumadoras y consuman demasiado café. (6)

Zarate, C.; Cortez H. (2019) “*Caracterización Sociodemográfica y Clínica de Adolescentes con Aborto Espontáneo atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia de los hospitales nacionales de: Cuilapa, Santa Rosa y de Escuintla, 2013-2017*”, cuyo objetivo fue caracterizar sociodemográfica y clínicamente a las adolescentes con aborto espontáneo, que ingresaron al servicio de Ginecoobstetricia; estudio retrospectivo de 626 Historias clínicas. Se utilizó estadística descriptiva, teniendo como resultados: edad de 18 años , el 62% católicas, 66% con escolaridad primaria, 48% unidas y 82% amas de casa. Sobre las características clínicas presentadas el 99.8% afebriles, 93% con dolor pélvico, 99% con hemorragia vaginal y 54% expulsión de restos placentarios. En cuanto a la paridad, 36.1% primigestas, 9.1% segundigestas, 34% primíparas, 1.11% segundíparas, 6.07% un aborto, 0.3% dos abortos, 11.3% una cesárea. (7)

Se concluyó que, 9 de 10 adolescentes fueron afebriles, con dolor pélvico, sangrado vaginal y eliminación de fragmentos placentarios.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Prado N. (2020) «*Características gineco obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud de Pichari Cusco 2020*»

La autora planteó como propósito de la investigación identificar características en pacientes diagnosticadas con aborto, el método fue inductivo, diseño descriptivo simple



consideró 51 pacientes. Según los objetivos propuestos por la autora los resultados fueron el 33,3% tenía edades entre 25 a 29 años, estudios secundarios con 49,0% seguido por primaria con el 37,3%; el estado civil fue conviviente con el 92,2%; ocupación ama de casa 90,2%. Respecto a las características ginecológicas la autora hace referencia al inicio de actividad sexual hallando 47,1% en 15 a 16 años; el número de parejas sexuales fueron dos con 39,2%; la obesidad fue una comorbilidad presente con 25,5%. Se señala como aborto incompleto el más frecuente dentro con 84,3%; se presentó en un 84,3% a las 10 semanas o menos de edad gestacional; el 39,2% presentó antecedente de aborto; el 72,5% era multigesta y 37,3% multípara. (8)

Conclusiones. Las pacientes con aborto tuvieron una menarquia antes de los 14 años, su primer coito fue a los 17 años, con dos a tres parejas sexuales, no usaron anticonceptivo alguno, con obesidad en la cuarta parte de las pacientes, presentaron infecciones urinarias, anemia, aborto parcial, ningún control prenatal, tuvieron más de un embarazo y más de un parto. (8)

Corrales J (2021) en el estudio «*Características gineco obstétricas de las gestantes con aborto atendidas en el Hospital II-1 de atención general JFS Cangallo Huancavelica 2019*», donde la autora plantea determinar características de pacientes con aborto. La metodología que planteo fue de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal con una muestra de 78 gestantes.

Señala que el 14,1% fueron adolescentes, el 51,3% jóvenes y 34,6% adultas; el 50,0% refirió nivel de instrucción primaria, seguido por el 35,9% que corresponde a estudios secundarios; el 92,4% ama de casa; el 74,4% conviviente, seguido por el 14,1% soltera; el 82,0% tuvo el aborto menos de las 12 semanas; el 39,7% es multípara; el 88,5% tiene 1 o más atenciones prenatales; el 51,3% no tuvo antecedente de aborto; el 91,0% con



aborto incompleto; 52,6% presentó anemia como complicaciones del aborto. (9)

Concluyeron en que las jóvenes fueron las que más casos de aborto presento, con grado de instrucción primaria, amas de casa y convivientes. De las características gineco obstétricas se presentó el aborto antes de las 12 semanas, con periodo intergenésico inadecuado, no utilizaban método anticonceptivo y no se presentó antecedentes ginecológicos. La principal consecuencia fue la anemia.

Guerrero I (2018) en su estudio «*Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes Paita Piura 2017*», Investigación donde la autora plantea estudiar características de pacientes con aborto, así mismo planteó como metodología un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. Los hallazgos en su investigación fueron una incidencia de aborto de 18%; 32% tuvo edades entre 20 a 24 años, seguido por edades entre 30 a 35 años con 24%; nivel de instrucción secundario 56% seguido por primaria con 22%; cuya población tuvo procedía de la zona urbana marginal 61%; 79% conviviente; ocupación ama de casa 84%, multigestas en un 72%; antecedente de aborto con 32%; la asociación de sangrado más dolor abdominal es el síntoma frecuente con 51%; se realizó legrado uterino 59%; se diagnosticó anemia en el 47% (10)

En conclusión, podemos decir que hubo una mayor incidencia, 27.3 años fue la edad promedio, la ocupación que resaltó fue la de ama de casa, la mayor parte tenía como zona urbanamarginal la procedencia, son de bajo nivel socioeconómico, el nivel de instrucción fue secundaria, condición conviviente. El aborto que se dio en mayor cantidad fue el incompleto. El tratamiento más utilizado fue el legrado uterino. La mayor parte de pacientes no tuvo complicaciones. (10)



Urquiza F (2021) en su investigación «*Características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco 2019*»

Donde el objetivo fue describir características de pacientes con aborto, de metodología descriptiva, la muestra consta de 236 mujeres. Los resultados fueron: el 25,4% tuvo aborto incompleto; 39,4% eran trabajadoras independientes; 61,0% con residencia urbana. Dentro de las características ginecoobstétricas el 38,6% son primerizas, el 82,6% no tuvieron atención prenatal; se presentó aborto espontáneo en el 81,8% diagnosticado como aborto incompleto; no hubo complicaciones en el 93,6%. (11)

Se concluyó que las pacientes que sufrieron aborto son adultas, tienen un trabajo independiente, proceden de la zona urbana, el Seguro Integral de Salud es el tipo de seguro con el que cuenta la mayoría de las pacientes, de las características Gineco- obstétricas que se evidencian son: la edad gestacional donde se presentó mas casos de aborto fue antes de las 14 semanas, son en su mayoría primigestas, no tenían ningún control prenatal, se presentó con más frecuencia el aborto espontáneo.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Aborto

Etimológicamente la palabra aborto tiene su raíz en latín en cual se deriva de dos palabras : ab, significa privación y ortus cuyo significado es nacimiento (12)

“Interrupción espontánea o provocada de un embarazo en ocurrida en gestaciones menores a las 22 semanas, contando desde el primer día del ultimo periodo menstrual normal, cuyo peso y tamaño son menores a los 500 gramos y 25 centímetros respectivamente” (3).

Cuadro clínico:

En términos generales dependerá de que tipo de aborto este presentando la paciente, siendo los signos y síntomas generales que se presenta los siguientes: mujeres en edad reproductiva, dolor en hipogastrio en diferente intensidad, hemorragia vaginal de cuantía variable, amenorrea,



malestar general, fiebre (en caso se presente algún proceso infeccioso) (13)

Si es que no se brinda la atención idónea y a tiempo y adecuada se puede presentar fiebre, ginecorragia en cantidad considerable, taquicardia materna, signos de abdomen agudo quirúrgico, leucocitosis con desviación izquierda en el hemograma, hallazgo anormal en el perfil de coagulación, función renal y hepática alterados. (14)

Las consecuencias como resultado de una inadecuada atención se podrá evidenciar la presencia de anemia severa, shock hipovolémica, shock séptico, septicemia, perforación uterina, desgarros de cérvix, pelviperitonitis, histerectomía cuya consecuencia fatal será la muerte materna (15)

Para el manejo se tiene que tener en consideración la clasificación para que de acuerdo al cuadro clínico se pueda dar el manejo adecuado y oportuno, para lo cual lo clasificaremos en amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto en curso, aborto incompleto, aborto completo, aborto retenido o diferido, aborto séptico (16)

La clínica dependerá del tipo de aborto que presente, por lo cual en cada tipo de aborto que se clasifico, se estará especificando de manera más precisa el cuadro clínico que se presenta.

Clasificación del aborto

Amenaza de aborto

Se manifiesta con la presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas de intensidad variable previo a las 22 semanas, y sin cambios a nivel del cérvix; lo cual será necesario acompañar de instrumentos como la ecografía para precisar la vitalidad del producto, las características y medidas del saco gestacional, del embrión y/o feto, así como determinar la presencia de otras afecciones.(13)

“La cesárea, el parto complicado, las alteraciones placentarias en cuanto a la zona de
pretérmino y al nacimiento el peso bajo del RN son las principales



consecuencias adversas para la madre y el recién nacido en pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto” (17)

Aborto Inevitable

Presencia de dolor y sangrado con modificaciones a nivel del cérvix, se presenta mas de una de las siguientes manifestaciones: “acortamiento moderado del cuello uterino, dilatación mayor a 3 cm, membranas rotas, sangrado que dura más de 7 días, presencia de ~~cl~~ a pesar del uso de analgésicos narcóticos, además puede evidenciarse la eliminación incompleta del producto de la gestación” (18)

El útero presenta menor volumen a lo correspondiente para la edad gestacional, presencia de sangrado en mayor cuantía, puede haber o no apertura del cérvix. (16)

Aborto en curso

Patología caracterizada por la presencia de sangrado activo, dolor a nivel pélvico que incrementa según la evolución, evidenciándose en la evaluación orificio cervical permeable con membranas ovulares íntegras. (19, 20)

“Se asemeja al aborto diferido más la ruptura de las membranas con eliminación de líquido amniótico claro y/o sangrado genital con presencia de restos parciales del contenido endo uterino o de la totalidad del producto eliminado al exterior”. (21)

Aborto Incompleto

Presencia de fragmentos ovulares que han quedado en la cavidad uterina, elútero se encuentra blando, aumentado de tamaño, no hay retracción total; el cuello se mantiene dilatado, el sangrado es abundante y continuo, evidenciando la expulsión de restos embrionarios.(21), dolor a nivel de hipogastrio en cuantía variable y tamaño uterino que no corresponde a la edad gestacional, diagnostico confirmado por ecografía. (22)



Aborto completo

“Eliminación del huevo, del embrión o feto de manera involuntaria y completa, luego de haberse presentado un dolor intenso continua la regresión. Se caracteriza por la desaparición paulatina del dolor de igual forma la disminución y desaparición del sangrado activo”. (16)

Se considera como la eliminación total del embrión o feto, el cual se presenta en la mayoría de los casos en edades gestacionales menores a las 8 o 10 semanas, una vez expulsado el producto disminuye el sangrado y dolor, a la evaluación a través del tacto vaginal se evidencia que el orificio cervical interno puede estar dilatado o no, así como la altura uterina es menos a lo que se espera para una determinada edad gestacional; evidenciándose ecográficamente un útero sin contenido o vacío, pero con imágenes que muestran la presencia de coágulos sanguíneos.(23)

Aborto retenido o diferido:

Cuadro clínico caracterizado por la presencia de un huevo muerto en cavidad uterina y que por diferentes circunstancias no es eliminado, no hay dilatación ni contracciones que permitan la expulsión del verdadero "cuerpo extraño" que es el producto muerto en el interior. (21)

Se evidencia al realizar ecografía transvaginal u obstétrica hallando al feto sin actividad cardíaca, no se evidencia expulsión de restos. (19,20)



Aborto séptico:

Infección caracterizada por la presencia de infección que se sitúa a nivel uterino y/o de los anexos, producido por un aborto espontáneo o inducido, iniciándose primero en el útero, pero luego puede evolucionar muy rápido y hacerse un cuadro grave al extenderse a órganos vecinos o diseminarse por vía hematógena, llegando a complicarse y presentar por lo tanto cuadros de: salpingitis, absceso tubo-ovárico, peritonitis; evolucionando a cuadros de sepsis y shock séptico. (24)

Se puede evidenciar que el boletín epidemiológico del año 2016 en Perú, en la semana epidemiológica 04 entre el 2011 a 2015 se identificaron 2093 muertes maternas, de las cuales 1457 fueron directas y 636 tuvieron causas indirectas, y durante el 2015 el 8.8% de las muertes fue tuvo como causa la sepsis, siendo el 2.9% complicación de un aborto. (25)

Manejo

a. Manejo general:

- “Determinación oportuna del riesgo: Dependiendo de la capacidad resolutive del establecimiento de salud, los abortos no complicados se podrán manejar de manera ambulatoria en función a las guías clínicas”.
- Atención completa a la paciente: Se ofrecerá el apoyo psicológico.
- Consejería en métodos de planificación familiar: Se ofrecerán métodos anticonceptivos de preferencia de larga duración después del aborto, asesorando y brindando una opción asequible a la paciente para poder elegir un método anticonceptivo, si así lo decide, o dependiendo del cuadro clínico.

b. Manejo específico

- En pacientes hemodinámicamente estables

Limpieza del contenido uterino con la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) cuando no es complicado el aborto y este es menor a las 12 semanas o por lo contrario se le



practicara el legrado uterino si la edad gestacional es mayor a las 12 semanas de gestación.

Se ha de realizar el manejo ambulatorio con la AMEU si el aborto no es complicado.

En un aborto frustrado o retenido con edad gestacional más de 12 semanas de edad gestacional, se realizara la atención a nivel hospitalario y posteriormente se practicara el legrado uterino en sala quirúrgica, antes teniendo la seguridad de que los exámenes se encuentren dentro de los valores normales como el caso de los factores de coagulación.

En pacientes hemodinámicamente inestables por el sangrado o infección

- Se requerirá la hospitalización.
- Se deberá canalizar una vía segura con catéter N° 18.
- Se aplicará CINA 0,9 % 1000 cc y se evaluara la posibilidad de una transfusión sanguínea.
- Se instalará oxígeno a razón de 3 L/min con cánula binasal.
- En casos de infección se aplicará la antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa.
- Se colocará sonda Foley.
- Se solicitará análisis de laboratorio: “hemoglobina, hemograma, pruebas hepáticas y renales, tiempo de coagulación y sangría, hemocultivo, VIH, RPR, Sifilis, ecografía transvaginal o abdominal” (16).
- El vaciamiento uterino se realizará en el centro quirúrgico a través de legrado uterino
- En caso se presente un abdomen agudo quirúrgico, se realizará una laparotomía exploratoria en centro quirúrgico.
- Si la paciente presentara, fiebre o leucocitosis, se aplicará la guía para aborto séptico.

Si fuera el diagnóstico de aborto complicado, se hospitalizará a la paciente, y se administrara antibióticos de mayor espectro.



- c. Tratamiento médico: Si fuera el diagnóstico de aborto incompleto en pacientes hasta 12 semanas de gestación sin signos de infección, hay la posibilidad de iniciar manejo ambulatorio al inicio con prostaglandinas, con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención. Si la gestación es mayor de 12 semanas, se recomienda siempre manejo intrahospitalario. (24)

Contra-indicaciones: No se podrá realizar el manejo medico en caso de:

“Disminución de la presión arterial severa, epilepsia mal controlada, hemorragia, fiebre alta o clínica de sepsis, mal estado general, alergia al misoprostol, evidencia de un embarazo extrauterino, presencia de patologías de trastornos de la coagulación previas, pacientes con tratamiento anticoagulante o consuman de manera frecuente medicamentos antiinflamatorios no esteroideos”. (24)

Criterios para el manejo: Realizar el «Consentimiento Informado» en los documentos, contar con disponibilidad de centro quirúrgico ante la presencia de alguna complicación o falla del método. (20)

Dosis y vías de administración:

En gestaciones menores de 12 semanas:

- Se aplicará por vía oral, misoprostol 600 µg en dosis única.
- Se aplicará de 400 µg a 800 µg de misoprostol vía sublingual, en dosis única.

En gestaciones mayores a 12 semanas, se aplicará la terapia señalada en el manejo del embarazo con interrupción voluntaria.

- Si se evidencia un sangrado importante y el tratamiento con el misoprostol no logro el resultado esperado, se interrumpirá el manejo con fármacos y se procederá a con el manejo instrumental o quirúrgicamente . (24)



d. Tratamiento quirúrgico

- En gestaciones después de las 12 semanas realizar la dilatación y posteriormente el legrado uterino.
- En embarazos precoces, menor a las 12 semanas y un aborto que no complica a la paciente realizar la aspiración manual endouterina
- Entre las 7 y 12 semanas de embarazo el procedimiento quirúrgico a realizar se asocia a complicaciones menores, en comparación al que se presenta entre las 12 y 22 semanas de embarazo. (25)

e. Criterios de alta

“Si luego del procedimiento quirúrgico - AMEU, la paciente está estable hemodinámicamente y en no se evidencia complicación alguna, luego de dos horas de haberse encontrado en observación, se dará de alta con indicaciones principalmente guardar el reposo en domicilio” (13).

Después del legrado uterino, se dará de alta según la evaluación clínica de la paciente.

“Paciente hemodinámicamente estable, signos estables, ambulación espontánea, sin molestias, capaz de alimentarse por sí sola, y hacer sus actividades básicas, se le Orientara y brindara consejería en temas de la salud sexual y reproductiva, buscando la elección de algún método anticonceptivo”. (13)

2.2.2 Características sociodemográficas

Son cualidades o propiedades de la mujer que es diagnosticada con aborto en relación con esta patología y son de interés para la presente investigación.

Edad

Hace referencia a los años de vida cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad o fecha en el que la paciente presenta el aborto, donde la probabilidad es mayor en edad



reproductiva adulta, el aborto espontaneo aumenta en edades de riesgo menores de 19 y mayores de 35 años (26)

Existen estudios que evidencian que a edades mayores de la gestante la probabilidad para presentar aborto espontaneo se incrementa, evidenciándose por tanto que el 24,6% de esta patología se presentó en edades de 35 a 39 años, el porcentaje aumento a 51% en mujeres cuyas edades oscilaban entre los 40 a 44 años y se incrementó más a razón del 93% en edades superiores a los 45 años. (26)

En otro estudio se hace una comparación entre las mujeres jóvenes y mayores donde se evidencia que las mujeres mayores es decir edad mayor a 40 años presentan una posibilidad de tener un aborto de manera espontanea en un 50%. (27)

Nivel de instrucción:

El nivel educativo que tienen las pacientes usualmente representan una barrera para entender la importancia que tiene la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma durante el embarazo.

Es el mayor nivel educativo alcanzado por las mujeres diagnosticadas con aborto, siendo éstas: sin estudios, primaria, secundaria, superior. (28)

Concluyendo que es en el nivel secundario donde hay más incidencia de aborto. (27)

En investigaciones realizadas se afirman que de las hospitalizadas con diagnostico de aborto el 63.5% son adolescentes con grado de instrucción secundaria, el 14.8% ostentan grado de instrucción primaria, el 14.57% grado de instrucción superior y solo el 0.99% son analfabetos.

Condición civil:

Es la formación de uniones legales o consensuales, así como la disolución de ellas o el estado de soltería. (26)



Se puede evidenciar que en investigaciones que el 58.4% de las embarazadas que presentaron aborto tienen la condición de unión libre en tanto las de condición de casadas estiman el 15.3%. (29)

Haciendo comparación de estudios podemos evidenciar que se reporta que las pacientes casadas en Perú y Colombia son las que mayor caso de aborto presenta, mientras que en Brasil y Cuba el estado civil predominante es el de solteras. (30)

Ocupación:

Es el empleo o el oficio que tiene la madre en el momento diagnosticada con aborto, considerando así el de estudiante, ama de casa. (31)

Se hace evidente en estudios que las gestantes que se dedican a labores del hogar presentaron en un 73,7% un aborto espontáneo (30)

Otras investigaciones coinciden en que el mayor porcentaje de gestantes con aborto cuya ocupación son los quehaceres domésticos constituyen el 31.1%. (31).

2.2.3 Características obstétricas

Dentro de estas características se consideraron:

Paridad

Siendo este el número de hijos nacidos ya sea por vía abdominal (cesárea) o por vía vaginal (32)

En investigaciones realizadas se puede evidenciar que las multíparas presentan el triple del riesgo de un aborto en comparación a las primíparas (31)

Otros estudios datan que el 38.6% son paciente multigestas, y el 59.1% considerado en mayor corresponde a las primigesta (30)



Atención prenatal

“La atención de la paciente en respuesta a su gestación será realizado por un personal especializado como obstetra o médico”. (32)

Es el control y la evaluación de manera integral que se realiza a la gestante y al feto, el cual es realizado por un profesionalde salud para concretar con el nacimiento de un recién nacido sano, y sin el deterioro de la salud dela madre. Por lo cual es menester siempre considerar a todo embarazo como potencialmente de riesgo. (33)

Antecedente de aborto

Presencia de anteriores embarazos que terminaron en aborto.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), confirmo que el 20% de las gestantes tuvo un riesgo de presentar un primer aborto, el 26% de las gestantes tuvo un riesgo de un segundo, el 38% elevo su riesgo de presentar un tercer aborto, y el 43% de las gestantes incremento el riesgo de presentar un cuarto aborto. Es decir mientras exista el antecedente de aborto en una gestación la probabilidad de que se produzca otro aborto es mayor.(30)

Edad gestacional

Es la cantidad de semanas que abarca desde la fecha de última menstruación de la madre hasta la fecha actual, se medirá en función a semanas. (28)

En investigaciones se evidencia que el aborto espontaneo se presentó entre el 8 al 20 % de los casos, de los cuales el 80% se presento en edades gestacionales menores a las 12 semanas y luego de las 15 semanas de embarazo la posibilidad de la presencia de abortos disminuyo, evidenciándose que esta patología se presenta en un 0.6% en pacientes con desarrollo cromosómico y estructural normal. (34)La mayor cantidad de casos de abortos espontáneos suelen presentarse en edades gestacionales tempranas, el cual representa un 80% del total de casos especialmente entes de las 12 semanas de gestación y el 20 % posterior a las 12 semanas. (35)



Patologías durante el embarazo

La anemia en gestantes es una patología que puede ocasionar múltiples complicaciones, tal como se puede evidenciar en un estudio donde el 73.4 % de las gestantes empiezan con anemia leve, un 23.8% con anemia moderada y un 3.2% anemia severa; y en las cuales las consecuencias maternas con más frecuencia fueron: El aborto en un 12.9% , con 8.9% la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas con un 8.9%, la infección de la herida quirúrgica con 3.2%, ITU con 2.4%, problemas de contractilidad uterina en el post parto en el 2.4% y alteraciones de la placenta en cuanto a su implantación en un 1.6%. (36)

En estudios se pueden identificar que si existe una relación entre la infección del tracto urinario con la presencia de aborto, demostrándose así que las pacientes que presentan un aborto incompleto también presentan una infección urinaria en el 53.9% y las pacientes sin antecedente de infección urinaria que presentan aborto oscila en el 46.1%, existiendo por lo tanto relación entre infección urinaria, con esta patología, del mismo modo con el estado civil de convivencia , paridad y la edad gestacional en las gestantes atendidas en la emergencia Gineco - obstetricia. (37)

2.2.3 Características clínicas

-Signos y síntomas que presentaron al ingreso

Los signos y síntomas que la gestante presentó al momento del ingreso de su atención y permitieron su diagnóstico como aborto. Considerando para la presente investigación: metrorragia, dolor pélvico o hipogástrico, fiebre, escalofríos, modificaciones del cérvix, malestar general, náuseas, vómitos, contracciones uterinas, alteración de la conciencia. (28)

En investigaciones se pudieron evidenciar que la complicación que se presentó con mas frecuencia fue la hemorragia vaginal en 63.9%, fiebre 23%, en función a las demás



complicaciones se evidencio que la anemia aguda fue de 39.3%, y la remoción incompleta de restos placentarios 11.5% (38)

Clasificación clínica según origen

Considerando para la presente investigación aborto espontáneo o involuntario y aborto inducido o provocado. (39)

El aborto inducido o terminación voluntaria de la gestación consiste en ocasionar la muerte del producto de la concepción para luego expulsarlo, con o sin la supervisión de un profesional de la salud, lo cual será posible evidenciarlo después de una evaluación social o legal. Se distingue del aborto espontáneo, ya que éste se produce de forma natural o como consecuencia de algún accidente. (40)

Cabe mencionar que de la muestra obtenida logramos determinar que el 68% de estas mujeres presentaron abortos espontáneos y el 32% fueron Inducidos o provocados. (40)

Clasificación clínica según consecuencias

Considerando para la presente investigación en aborto complicado y no complicado. (41)

Cuando el aborto es provocado por la misma paciente, los valores del porcentaje de las complicaciones generalmente son altos en un 80% o más. (42)

Clasificación clínica según evolución

Se consideró amenaza de aborto, aborto inevitable y aborto diferido o frustrado(42)

Clasificación clínica según su terminación

Se considera a la clasificación de aborto incompleto o completo al momento del ingreso. (40)

Se evidencia que el tipo de aborto que con mayor con mayor frecuencia se presenta es el aborto



incompleto en un 88% del total de casos seguido del Aborto frustrado con 7%. (41)

2.3 Marco conceptual

Aborto

Interrupción de manera voluntaria o involuntaria de un embarazo antes de las 22 semanas, contando desde la fecha del último periodo menstrual normal, así también el peso del producto de la gestación menor a 500 gramos o el tamaño menor a los 25 cm de longitud.

Características sociodemográficas

Son cualidades o propiedades de la paciente con el diagnóstico de aborto que tienen relación con esta patología y son de interés para la presente investigación, siendo sociales y demográficas.

Características obstétricas

Son cualidades que tienen las pacientes con el diagnóstico de aborto y están relacionados a la parte obstétrica de su vida.

Características clínicas

Son las propiedades en las cuales se presenta el aborto en las pacientes, siendo revisadas en los expedientes clínicos tal como se presentaron como signos y síntomas.

2.4 Variables e indicadores

2.4.1 Identificación de variables

Aborto

Características sociodemográficas

Características obstétricas

Características clínicas

2.4.2 Operacionalización de variables



Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Expresión Final	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas	Cualidad o particularidad de la paciente con el diagnóstico de aborto respecto a lo social y demográfico	Cualidad o particularidad de la paciente con el diagnóstico de aborto respecto a lo social y demográfico que serán estudiados en la presente investigación	Edad	Años Cumplidos	Menor de 18	Adolescente	Intervalo	Ficha de recolección de datos
					18-34	Joven		
					35 años a más	Adulta		
			Nivel de Instrucción	Sin Educación	Analfabeta	Analfabeta	Ordinal Categórica	
				Educación básica	Primaria	Primaria		
					Secundaria	Secundaria		
			Educación Avanzada	Superior	Superior			
			Condición Civil	Con Pareja	Casada	Casada	Nominal Categórica	
					Conviviente	Conviviente		
				Sin pareja	Soltera	Soltera		
			Otro		Otro			
			Ocupación	Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Nominal Categórica	
					Estudiante	Estudiante		
					Comerciante	Comerciante		
					Trabajo dependiente	Trabajo Dependiente		
Otro	Otro							



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Expresión final	Escala	Instrumento
Características Obstétricas	Es toda característica en la paciente respecto a la parte obstétrica de arvida.	Es toda característica en la paciente respecto a la parte obstétrica de su vida que serán estudiadas en la presente investigación.	Paridad	0 partos	Nulipara	Intervalo	Ficha de investigación
				De 1 a 2 partos	Primipara o segundipara		
				De 3 a más partos	Multipara		
			Atención prenatal	Sin atención prenatal	Sin atención prenatal	Escala ordinal	
				Con una atención prenatal	Con una atención prenatal		
				Con más de una atención prenatal	Con más de una atención prenatal		
			Antecedente de aborto	Si	Si	Dicotómica nominal	
				No	No		
			Edad Gestacional	Hasta las 12 sem	Hasta las 12 sem	Dicotómica Ordinal	
				Entre las 12.1 a 22sem	Entre las 12.1 a 22 sem		
			Patologías durante el embarazo	Infección urinaria	Infección urinaria	Escala politómica	
				Anemia	Anemia		
Síndrome de flujo Vaginal	Síndrome de flujo vaginal						
	Ninguno	Ninguno					



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Expresión final	Escala	Instrumento
Características clínicas	Son las propiedades en las cuales se presenta el aborto en las pacientes de acuerdo a los signos y síntomas propios de la enfermedad	Son las propiedades en las cuales se presenta el aborto en las pacientes, siendo revisadas en los expedientes clínicos tal como se presentaron como signos y síntomas que serán estudiadas en la presente investigación.	Signos y síntomas que presentó al ingreso al EESS	Metrorragia	Metrorragia	Nominal	Ficha de Investigación
				Dolor pélvico o hipogástrico	Dolor pélvico o Hipogástrico		
				Fiebre, escalofríos	Fiebre, escalofríos		
				Modificaciones de Cérvix	Modificaciones de cervix		
				Malestar general	Malestar general		
				Náuseas, vómitos	Náuseas, vómitos		
				Contracciones uterinas	Contracciones uterinas		
			Clasificación según origen	Espontánea	Espontánea	Nominal	
				Inducida	Inducida		
			Clasificación según consecuencias	Aborto no complicado	Aborto no complicado	Nominal	
				Aborto complicado	Aborto complicado		
			Clasificación según su evolución	Amenaza de aborto	Amenaza de aborto	Nominal	
				Aborto inminente o inevitable	Aborto inminente o Inevitable		
Aborto diferido o Frustró	Aborto diferido o frustró						



			Clasificación clínica según Su Terminación	Aborto completo	Aborto completo	nominal	
				Aborto incompleto	Aborto incompleto		



CAPITULO III MÉTODO

3.1 Alcance de estudio

Estudio descriptivo, ya que se dará a conocer las variables como se presentan en la realidad. Es Comparativo ya que se compararán si la distribución es la misma en cada una de las variables de estudio, y esto será posible saber a través de la prueba de homogeneidad de Chi cuadrado.

3.2 Diseño de investigación

Es una investigación de tipo no experimental debido a que no se manipuló ninguna de las variables estudiadas, de corte transversal pues los datos se recolectaran en una sola oportunidad, es cuantitativa por cuanto los resultados se dan a conocer numéricamente haciendo uso de la estadística descriptiva, retrospectivo debido a que la patología – aborto ya sucedió al momento de la planificación de nuestro estudio.

3.3 Población

Durante el transcurso de los años 2017 al 2019, se tuvieron 68 casos de aborto en el Centro de Salud de Ocobamba, provincia de Chincheros, Departamento de Apurímac, según los expedientes clínicos revisados.

3.4 Muestra

La presente investigación tiene una muestra censal, es decir se trabajó con toda la población por ser esta pequeña y justificándose en que debe ser representativa y está conformada por 68 casos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:



Historias clínicas de pacientes que tuvieron el diagnóstico de aborto y cuentan con información requerida entre los años 2017 – 2019.

Criterios de Exclusión:

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto con datos incompletos.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se usó fue de recopilación de manera documentaria mediante la revisión de historias clínicas obteniendo los datos para cumplir con los objetivos de la investigación.

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos, comprendiendo las variables en estudio.

3.6 Validez y confiabilidad del instrumento

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos quienes aportaron con sus experiencias para que se cumplieran con los objetivos de la investigación. Al tener los instrumentos de recopilación de información ya validados, se aplicó a la totalidad de nuestra población de estudio.

3.7 Plan de análisis de datos

Se realizó un análisis cuantitativo pasando los datos de la ficha de recolección de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, luego se procedió a trasladar estos datos al programa estadístico SPSS Versión 26, para luego ser analizados mediante el uso de la



estadística descriptiva y comparativa aplicando la prueba χ^2 de homogeneidad. Para la presentación de resultados, se emplearon tablas de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes para las variables cualitativas.

Se hizo uso también de tablas de contingencia cruzada, en los que se determinó la prueba de homogeneidad de Chi cuadrado para poder determinar si la distribución es la misma en las variables de estudio.

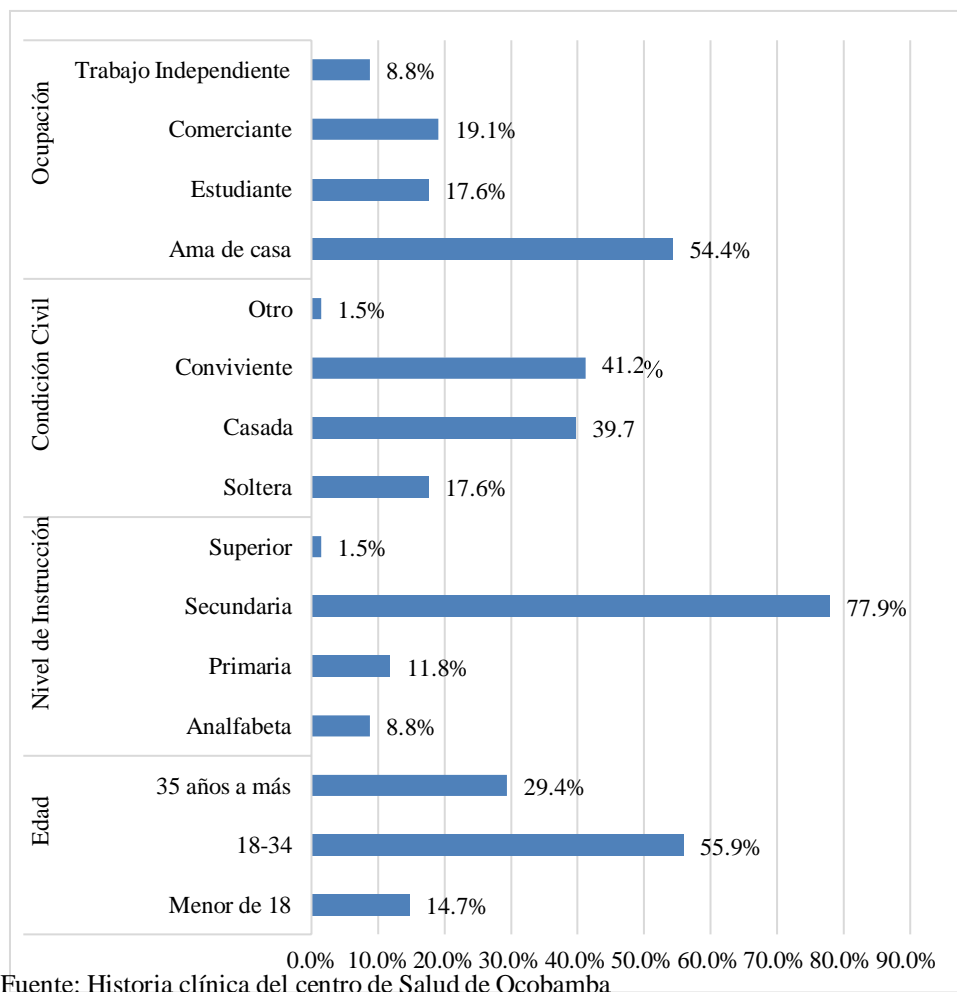


CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO V

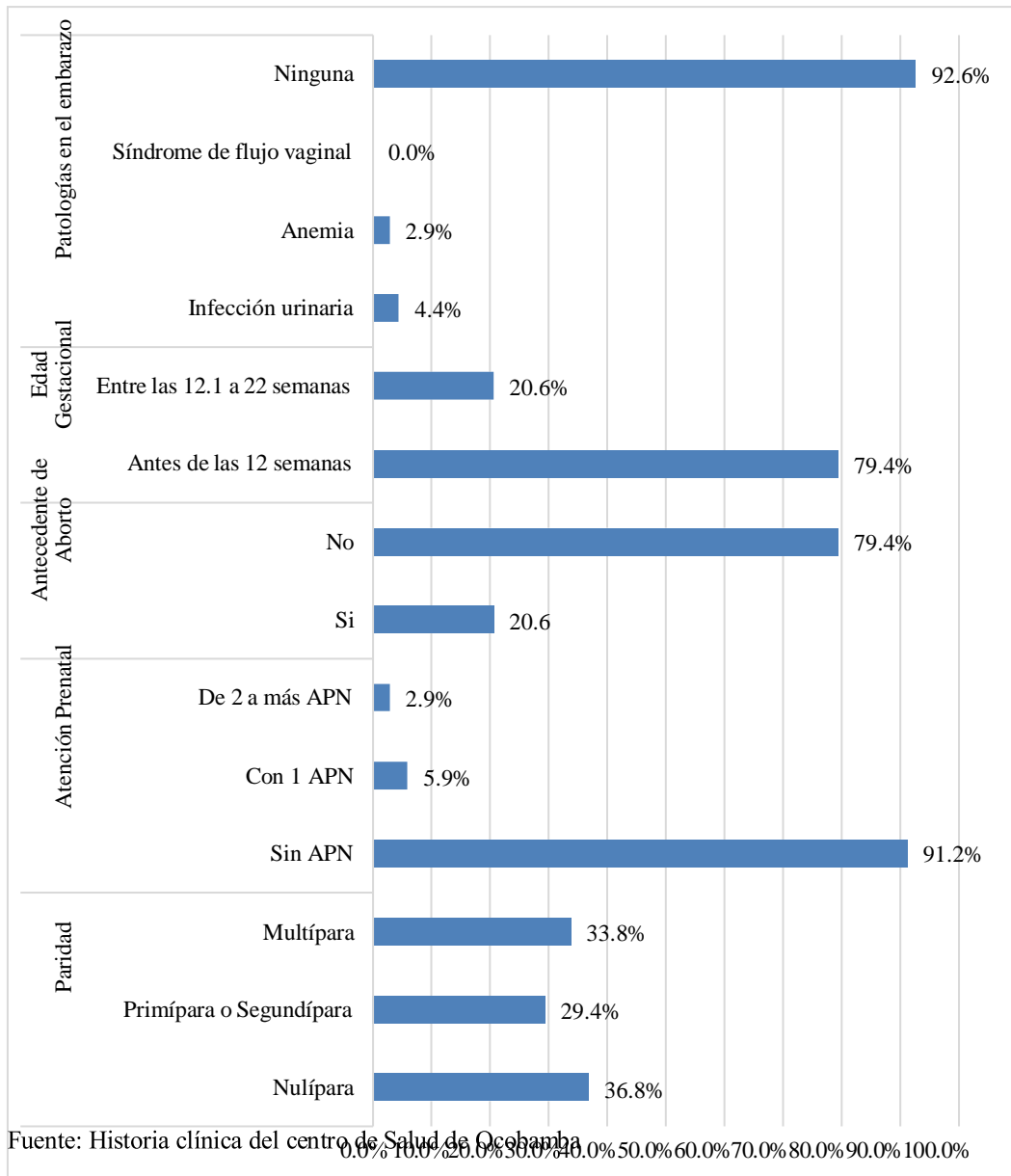
Figura 1. Características socio demográficas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 - 2019



Análisis e interpretación

De la tabla 1 figura 1, se observa que la edad predominante de las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto esta entre los 18 a 34 años de edad, el 77.9% tiene nivel de educación secundaria, el 41.2% tienen la condición civil de conviviente y el 54.4% son predominantemente amas de casa

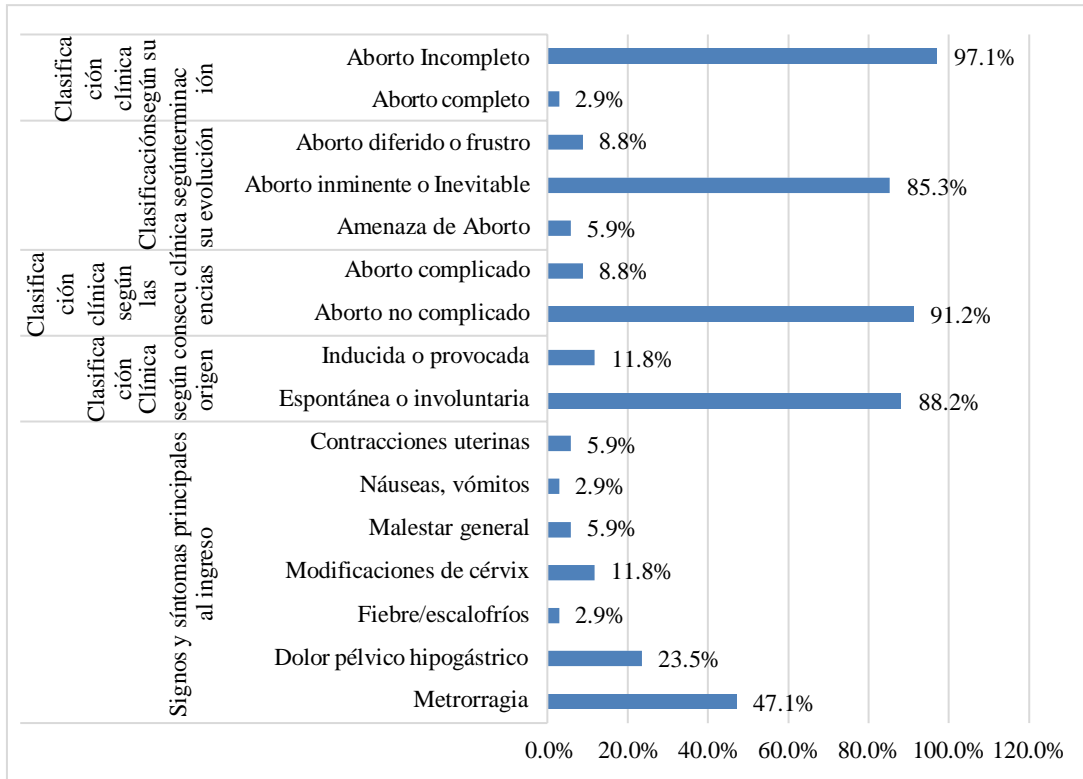
Figura 2. Características obstétricas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 - 2019



De la tabla 2 figura 2, se observa que la mayoría de las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto, el 91.2% de las pacientes son múltiparas, el 91.2% no tuvieron APN, el 79.4% no tienen antecedentes de aborto, el 70.4% presenta edad gestacional menor de 12 semanas, el 92.6% no presentó patologías durante el embarazo.



Figura 3. Características clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 - 2019



Fuente: Historia clínica del centro de Salud de Ocobamba

Análisis e interpretación

De la tabla 3 figura 3, se observa que la mayoría de las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto, el 47.1% presentó metrorragia, el 88.2% tubo un aborto espontáneo o involuntario, en el 91.2% el proceso de aborto no fue complicado, en el 85,3% el aborto fue inminente o inevitable y el 97.15 tuvo aborto incompleto.



- Comparaciones entre las variables de estudio en las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

Tabla 1. Comparación de las características sociodemográficas con las características clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

		Signos y síntomas principales al ingreso	Clasificación Clínica según origen	Clasificación clínica según las consecuencias	Clasificación clínica según su evolución	Clasificación clínica según su terminación
Edad	X ² de homogeneidad	11.173	10.935	6.536	2.985	0.613
	df	12	2	2	4	2
	P	,514	,004*	,038*	,560	,736
Nivel de Instrucción	X ² de homogeneidad	17.185	3.104	1.354	4.950	4.439
	df	18	3	3	6	3
	P	,510	,376	,716	,550	,218
Condición Civil	X ² de homogeneidad	22.816	4.211	1.180	4.203	0.488
	df	18	3	3	6	3
	P	,198	,240	,758	,649	,922
Ocupación	X ² de homogeneidad	21.191	7.727	6.157	7.995	1.581
	df	18	3	3	6	3
	P	,270	,052	,104	,238	,664

Fuente: Elaboración de resultados obtenidos.

Análisis e interpretación

En la tabla 4, en el cual se comparó las características sociodemográficas con las condiciones clínicas que presentaron las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros, se encontró que solo en la característica clínica según origen y según las consecuencias presenta diferencias significativas de acuerdo a la edad de la paciente ($p < 0.05$), en las demás condiciones sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas con las condiciones clínicas de la paciente ($p > 0.05$). Se detalla las diferencias encontradas en la tabla 2 y tabla 3.

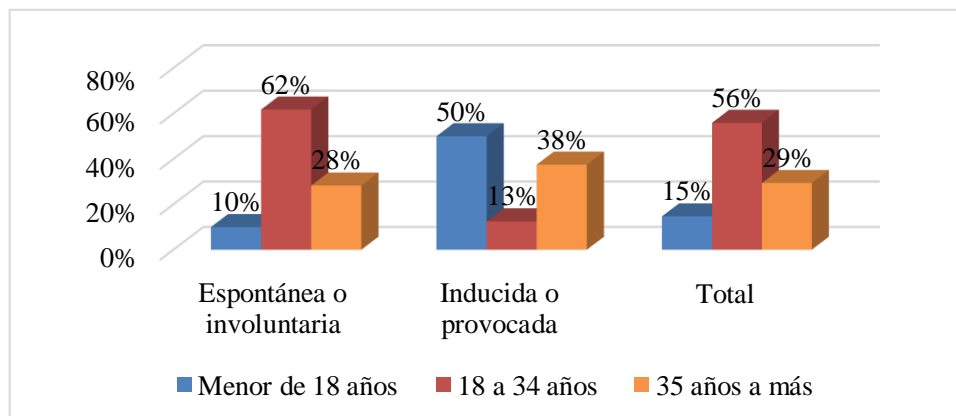


Tabla 2. Comparación de la edad con la clasificación clínica según origen en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

Clasificación Clínica según origen	Edad						Total	
	Menor de 18		18-34		35 años a más			
	F	%	f	%	f	%	f	%
Espontánea o involuntaria	6	10.0%	37	61.7%	17	28.3%	60	100.0%
Inducida o provocada	4	50.0%	1.0	12.5%	3	37.5%	8	100.0%
Total	10	14.7%	38	55.9%	20	29.4%	68	100.0%

Prueba X² de homogeneidad = 10.935 *p = 0.004*

Figura 4. Comparación de la edad con la clasificación clínica según origen en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.



Análisis e interpretación

En la tabla 2 y figura 4 se observa que del total de pacientes que tuvieron aborto espontáneo o involuntario el 61.7% se encuentran entre las edades de 18 a 34 años de edad; mientras que de la totalidad de pacientes con aborto inducido o provocado el 50% son menores de 18 años, evidenciando diferencias significativas en las variables de estudio ($p = 0.004 < 0.005$)

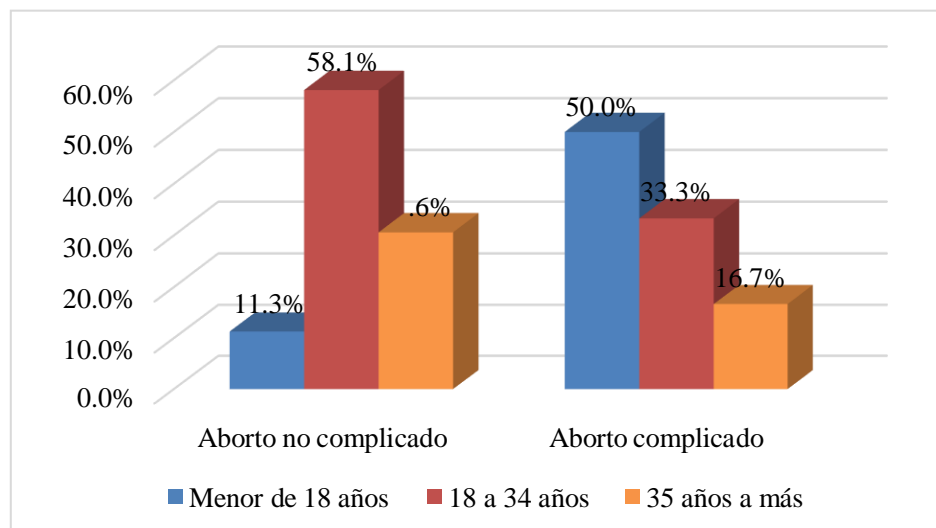


Tabla 3. Comparación de la edad con la clasificación clínica según las consecuencias en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

Clasificación clínica según las consecuencias	Edad						Total	
	Menor de 18		18-34		35 años a más			
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Aborto no complicado	7	11.3%	36	58.1%	19	30.6%	62	100.0%
Aborto complicado	3	50.0%	2.0	33.3%	1	16.7%	6	100.0%
Total	10	14.7%	38	55.9%	20	29.4%	68	100.0%

Prueba X² de homogeneidad = 6.536 *p = 0.038*

Figura 5. Comparación de la edad con la clasificación clínica según las consecuencias en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.



Análisis e interpretación

En la tabla 3 y figura 5 se observa que del total de pacientes que tuvieron aborto no complicado, el 58.1% de las pacientes se encuentran entre las edades de 18 a 34 años de edad; mientras que de la totalidad de pacientes con aborto complicado el 50% son menores de 18 años, evidenciando diferencias significativas en las variables de estudio ($p = 0.038 < 0.05$).

Tabla 4. Comparación de las características obstétricas con las características clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

		Signos y síntomas principales al Ingreso	Clasificación Clínica según origen	Clasificación según las consecuencias	Clasificación según su evolución	Clasificación clínica según su terminación
Paridad	X ² de homogeneidad	10.804	3.800	3.536	5.505	4.032
	df	12	2	2	4	2
	P	,546	,150	,171	,239	,133
Atención Prenatal	X ² de homogeneidad	18.440	0.877	0.637	1.135	0.199
	df	12	2	2	4	2
	P	,103	,645	,727	,889	,905
Antecedente de Aborto	X ² de homogeneidad	4.925	1.586	0.062	1.634	7.948
	df	6	1	1	2	1
	P	,554	,208	,804	,442	,005*
Edad Gestacional	X ² de homogeneidad	11.997	9.741	0.062	3.040	7.948
	df	6	1	1	2	1
	P	,062	,002*	,804	,219	,005*
Patologías en el embarazo	X ² de homogeneidad	19.850	0.720	0.522	0.930	0.164
	df	12	2	2	4	2
	P	,070	,698	,770	,920	,921

Análisis e interpretación

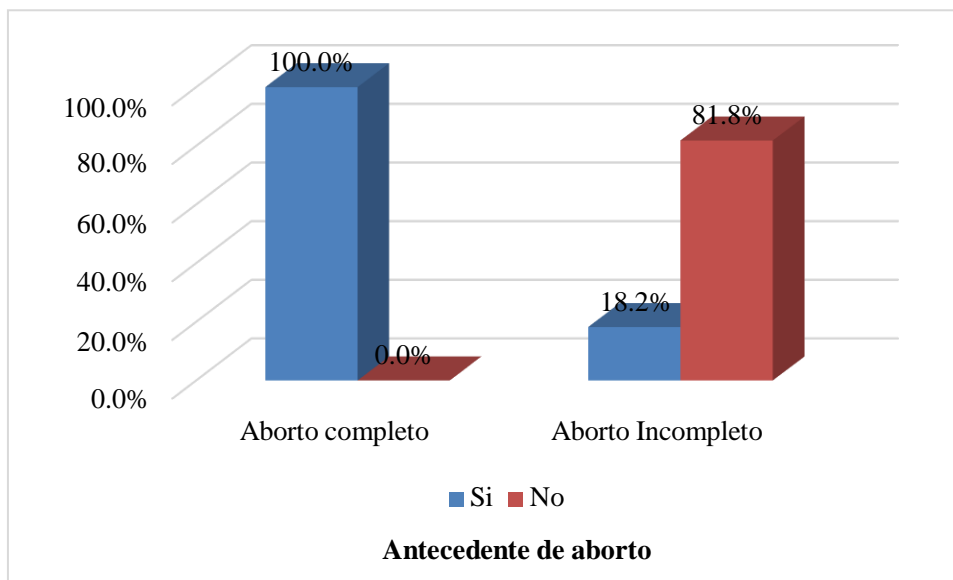
En la tabla 4, en el cual se comparó las características obstétricas con las condiciones clínicas que presentaron las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros, se encontró que solo en la característica clínica según su terminación presenta diferencias significativas de acuerdo a los antecedentes de aborto ($p < 0.05$), también existen diferencias significativas entre la clasificación clínica según origen y según su terminación con la edad gestacional ($p < 0.05$), con las demás condiciones obstétricas no se encontraron diferencias significativas con las condiciones clínicas de la paciente ($p > 0.05$). Se detalla las diferencias encontradas en las tablas posteriores.

Tabla 5. Comparación de los antecedentes de aborto con la clasificación clínica según terminación en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

Clasificación clínica según su terminación	Antecedente de Aborto				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Aborto completo	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%
Aborto Incompleto	12	18.2%	54	81.8%	66	100.0%
Total	14	20.6%	54	79.4%	68	100.0%

Prueba X² de homogeneidad = 7.948 *p = 0.005*

Figura 6. Comparación de los antecedentes de aborto con la clasificación clínica según terminación en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.



Análisis e interpretación

En la tabla 5 y figura 6 se observa que del total de pacientes que tuvieron aborto completo la totalidad de las pacientes tuvieron antecedentes de aborto; mientras que de la totalidad de pacientes con aborto incompleto el 81.8% no tenían antecedentes de aborto, evidenciando diferencias significativas en las variables de estudio ($p = 0.005 < 0.05$).

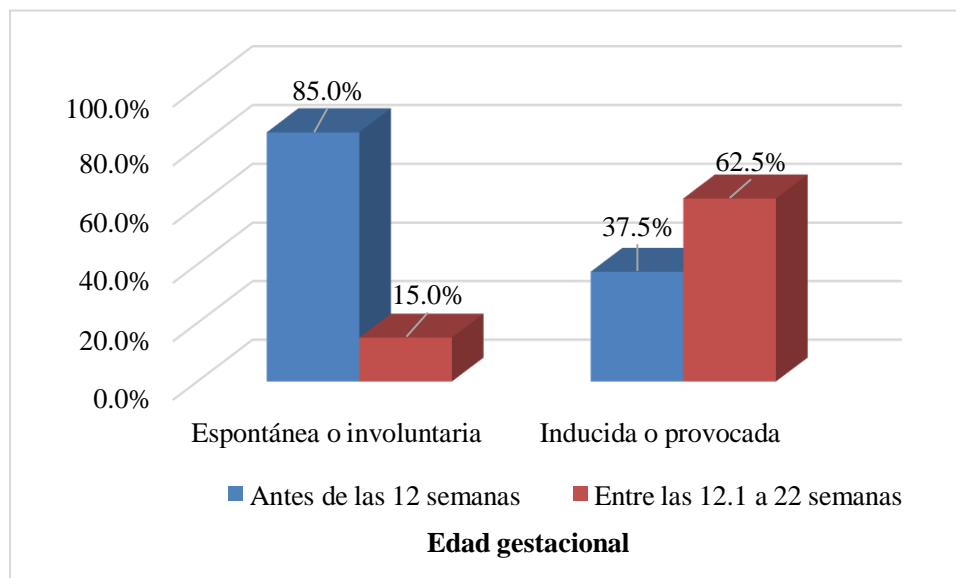


Tabla 6. Comparación de la edad gestacional con la clasificación clínica según origen en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

Clasificación Clínica según origen	Edad Gestacional				Total	
	Antes de las 12 semanas		Entre las 12.1 a 22 semanas			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Espontánea o involuntaria	51	85.0%	9	15.0%	60	100.0%
Inducida o provocada	3	37.5%	5	62.5%	8	100.0%
Total	54	79.4%	14	20.6%	68	100.0%

Prueba X² de homogeneidad = 9.741 *p = 0.002*

Figura 7. Comparación de la edad gestacional con la clasificación clínica según origen en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.



Análisis e interpretación

En la tabla 6 y figura 7 se observa que del total de pacientes que tuvieron aborto espontáneo o involuntario el 85% de las pacientes tenían edad gestacional menor de 12 semanas; mientras que de la totalidad de pacientes con aborto inducido o provocado el 62.5% está entre las 12.1 semanas hasta las 22 semanas de embarazo, evidenciando diferencias significativas en las variables de estudio ($p = 0.002 < 0.05$).

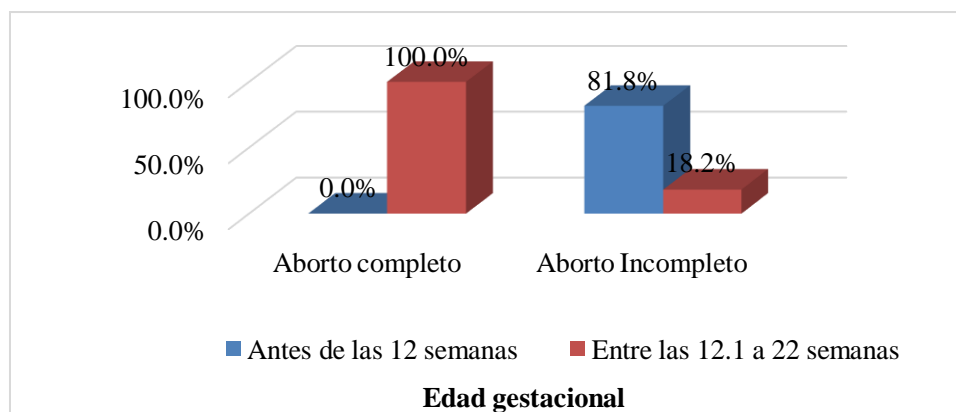


Tabla 7. Comparación de la edad gestacional con la clasificación clínica según su terminación en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.

Clasificación clínica según su terminación	Edad Gestacional				Total	
	Antes de las 12 semanas		Entre las 12.1 a 22 semanas			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Aborto completo	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
Aborto Incompleto	54	81.8%	12	18.2%	66	100.0%
Total	54	79.4%	14	20.6%	68	100.0%

Prueba X² de homogeneidad = 7.948 *p = 0.005*

Figura 8. Comparación de la edad gestacional con la clasificación clínica según su terminación en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 – 2019.



Análisis e interpretación

En la tabla 7 y figura 8 se observa que del total de pacientes que tuvieron aborto completo la totalidad de las pacientes tenían edad gestacional menor de 12 semanas; mientras que el 81.8% de las pacientes con aborto incompleto el 81.8% está entre las 12.1 semanas hasta las 22 semanas de embarazo, evidenciando diferencias significativas en las variables de estudio ($p = 0.005 < 0.05$)



DISCUSIÓN

5.1. Descripción de hallazgos relevantes y significativos

Respecto a las características sociodemográficas los datos que más resaltaron fueron: En cuanto a la edad de éstas pacientes, el 55.9% estaban comprendidas entre las edades de 18 a 34 años, seguido por 14.71% como menor de 18 años; el nivel de instrucción de las pacientes con el diagnóstico de aborto es secundaria mayoritariamente con un 75.9% seguido por grado de instrucción primaria con 11.8%; la condición civil que prevalece es conviviente representado por el 41,2% seguido por casada con 39,70%; la ocupación es ama de casa en el 54.4% seguido por comerciantes con 19.1%.

Datos similares fueron encontrados por el estudio de Rivero M, Pintado S (2017) quienes concluyen que la edad más frecuente de mujeres que tuvieron un aborto, fue de 20 a 25 años con 46% y 69%. Así mismo el estudio de Rodríguez C, De Los Ríos M, Gonzales A, Quintana D. (2020) encontraron también que el 22,94% tenía edades entre 21 a 25 años; seguido por el 18,35% con edades entre 26 a 30 años.

Estas características halladas nos demuestran una población con edad adulta en la cual se encuentran sexualmente activas, sin embargo considerar una población joven con esta patología nos lleva a replantear actividades preventiva promocionales; así mismo el hecho que la mayoría tenga estudios secundarios se podría relacionar al reconocimiento oportuna de los síntomas de alarma que le hacen acudir a su atención en salud evitando complicaciones en la mayoría; la mayoría refirió ser soltera sin embargo la convivencia es una condición que también resalta según referencia de las pacientes que quedan plasmados en la historia clínica; existe un alto porcentaje que son amas de casa que muchas veces puede ser una ocupación debido al estado de gravidez de la paciente.



En relación a las características obstétricas presentadas en la tabla 2 demuestran que el 36.8% no tuvieron ningún parto anterior, seguido por el 29.4% que tuvieron de uno a dos partos antes de presentar ésta patología en estudio; en la dimensión de atención prenatal prevalece ampliamente que el 91.2% de éstas gestantes con aborto aún no había acudido a una atención prenatal al establecimiento de salud; el 79.4% no tuvo antecedente de aborto, en la dimensión de edad gestacional un 79.4% presentó el episodio de aborto antes de las 12 semanas de gestación, lo cual puede evidenciar que fueron abortos tempranos en su gran mayoría. Además que otro tema importante a analizar en este punto es que de las pocas gestantes que lograron acceder a alguna atención prenatal se pudo diagnosticar patologías como infección urinaria 4.4% y anemia con el 2.9%; lo cual nos muestra que la atención prenatal es la mejor herramienta para hacer el tamizaje de patologías durante el embarazo, y su eficacia dependerá de la precocidad con la que se haga en un embarazo, además que mostramos también las bajas coberturas de atención prenatal durante el primer trimestre.

Estos resultados coinciden con el estudio de Rivero M, Pintado S (2017) quienes concluyen que 70 % de las pacientes presentaron el aborto antes de las 12 semanas. Así mismo el estudio de Rodríguez C, De Los Ríos M, Gonzales A, Quintana D. (2020) encontraron que la mayor parte ocurrió en el primer trimestre del embarazo; los mismos datos se encontraron coinciden con un estudio realizado por Corrales J (2021), en el cual se encontró que el 82.0% de las pacientes habían tenido el aborto antes de las 12 semanas de gestación; sin embargo los resultados del mismo estudio en relación a l número de atenciones prenatales que tenían éstas pacientes fue de 88,5% que habían tenido más de 1 atención prenatal lo cual difiere de mis resultados.

Estas características reflejan la población a la que se debe dirigir la atención preventiva



considerando que la mayoría fue su primer embarazo siendo este un aspecto importante para trabajar en la importancia de la consejería preconcepcional; además que el antecedente de aborto es algo que nos debe llamar la atención para evaluar factores de riesgo; la edad gestacional en su mayoría fueron antes de las 12 semanas lo que trae consigo menos complicaciones en el momento del tratamiento y evolución posterior.

En cuanto a las características clínicas de pacientes que presentaron aborto los signos y síntomas principales al ingreso fue metrorragia en el 47.1% seguido por dolor pélvico o hipogastrio en 23.5%; la clasificación según origen fue espontánea o involuntaria en 88.2%; la clasificación según las consecuencias fue aborto no complicado en 91.2%; la clasificación según su evolución fue aborto inminente o inevitable en su gran mayoría con un 85.3%; mientras que la clasificación según su terminación fue incompleto con 97.1%. Datos similares fueron encontrados por el estudio de Rivero M, Pintado S (2017) quienes concluyen que el 91% no presentó complicaciones. Así mismo el estudio de Rodríguez C, De Los Ríos M, Gonzales A, Quintana D. (2020) encontraron la manifestación clínica con mayor porcentaje fue el sangrado transvaginal 79,81%; seguido por dolor abdominal en hipogastrio con 12,84%. Así mismo el estudio de Rodríguez C, De Los Ríos M, Gonzales A, Quintana D. (2020) encontraron la manifestación clínica con mayor porcentaje fue el sangrado transvaginal 79,81%; seguido por dolor abdominal en hipogastrio con 12,84%.

Por el contrario, el estudio de García M. (2015) refirió que el 38,65% refirió haber tenido un aborto provocado lo cual difiere con mi investigación.

Respecto a las características clínicas se resalta que el síntoma principal es la metrorragia o hemorragia lo que acuden las pacientes a su atención de salud, la mayoría fue referido y plasmado en la historia clínica como espontánea, la mayoría no tuvo complicaciones, sin embargo, así sea un mínimo porcentaje el aborto complicado es una patología que amerita un buen diagnóstico y la derivación oportuna.



Al comparar las características sociodemográficas con las características clínicas en cuanto a la edad de la paciente; vemos que se encontró solo en la característica clínica según origen y según las consecuencias, diferencias significativas de acuerdo a la edad de la paciente ($p < 0.05$), en las demás condiciones sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas con las condiciones clínicas de la paciente ($p > 0.05$); lo que significa que no hay homogeneidad entre ambas muestras con la edad de las pacientes, es decir la proporción de la edad de las pacientes difiere al compararlas con la clasificación clínica según su origen y la clasificación clínica según las consecuencias; mientras que en las otras características sociodemográficas como el nivel de instrucción y la condición civil en comparación a las características clínicas de éstas mismas pacientes la proporción de la edad es homogénea.

Cuando nos ponemos a analizar la comparación de la edad de estas pacientes ahora con la clasificación clínica según el origen del aborto, determinamos a través de la prueba de homogeneidad de Chi cuadrado, la cual nos arroja las diferencias significativas entre las variables de estudio. Las proporciones de la edad de las pacientes que tuvieron aborto espontáneo es diferente a la proporción de edad del mismo grupo de pacientes en relación al aborto provocado, es decir mientras que el grupo de pacientes que tuvieron aborto espontáneo prevalece la proporción de edad comprendido entre los 18 a 34 años, en el grupo de pacientes que tuvo aborto provocado prevalece la proporción de edad menor de 18 años; éste dato resalta y evidencia que las gestantes más jóvenes son las que acuden a tomar decisiones de terminar con los embarazos no deseados; coincidiendo ésta cifra al comparar la edad con las consecuencias del aborto como son el aborto complicado y no complicado, en el cual también se encontró diferencias de proporciones; ya que mientras que el grupo de pacientes que tuvo aborto no complicado la mayor proporción de edades se encuentra de 18 a 34 años, en el grupo de pacientes con aborto complicado mayoritariamente las pacientes están comprendidas entre las edades de menores de 18 años; lo que muestra que las gestantes adolescentes son las que han tenido mayor proporción de complicaciones durante el aborto,



justamente porque la mayoría de ellas se provocaron el aborto y conllevó al aborto complicado, lo que conlleva a concluir en éste punto que las gestantes adolescentes son grupo de riesgo, ya que son vulnerables a los embarazos no deseados.

Al comparar las características obstétricas con las características clínicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto, se encontró diferencias de proporciones significativas entre la dimensión de antecedente de aborto con la clasificación clínica según su terminación, también se encontró diferencias significativas entre la edad gestacional y la clasificación clínica del aborto según su origen y según su terminación.

Se encontró también una diferencia significativa al comparar la edad gestacional con la clasificación clínica del aborto según su origen, ya que la proporción de las pacientes que tuvieron un aborto espontáneo fue mayor en aquellas que tenían menos de 12 semanas de gestación, lo cual difiere de aquellas que tuvieron un aborto inducido en las que la proporción fue mayor en las edades gestacionales de 12 a 22 semanas de gestación, mostrando que mayoritariamente la práctica de los abortos provocados se realiza mayoritariamente en edades gestacionales mayores a las 12 semanas de gestación.

Y por último al comparar la edad gestacional con la clasificación clínica del aborto según su terminación se encontró una diferencia significativa de las proporciones de pacientes que presentaron aborto completo de las cuales todas en su totalidad tenían una edad gestacional mayor de 12 semanas de gestación, lo cual difiere de la proporción del grupo de pacientes con aborto incompleto quienes en una amplia mayoría tenían edades gestacionales menores a 12 semanas.



CONCLUSIONES

A través de ésta investigación puedo concluir que el presente estudio se está puntualizando las características sociodemográficas, obstétricas y patológicas de ésta población de pacientes con diagnóstico de aborto quienes representaron a la población de estudio; lo cual nos ha orientado a responder a nuestras preguntas planteadas al inicio de la investigación

Las características sociodemográficas en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba – Chincheros Apurímac 2017 y 2019 son: La edad que másha resaltado en éstas pacientes fue de 18 a 34 años en las que con mayor frecuencia se ha presentado el diagnostico de aborto, el 77.9% tiene nivel de educación secundaria, evidenciando un nivel de estudios insuficiente para que las pacientes puedan entender mejor su estado se salud y las consecuencias que pueda acarrear las consecuencias de un aborto, en relación a la dimensión del estado civil, se obtuvo que el 41.2% tienen la condición civil de conviviente, lo que de alguna manera no es catalogada como una relación y finalmente en la dimensión de la ocupación el 54.4% son predominantemente amas de casa.

Las características Obstétricas que más resaltaron en las pacientes con diagnóstico de aborto se encuentran: La multiparidad, en la que el 91.2% de las pacientes son multíparas lo que puede conllevar a deducir que tal vez tienen ya una paridad satisfecha, en la dimensión del número de atenciones prenatales, el 91.2% no tuvieron ninguna atención prenatal, lo que destaca de manera negativa, mostrando que las coberturas de atención prenatal precoz son bajas en la localidad de Ocobamba, respecto a la dimensión de antecedentes de aborto el 79.4% de éstas pacientes no tienen antecedentes de aborto, en la dimensión de la edad gestacional en la que se presentó el aborto el 70.4% presenta edad gestacional menor de 12 semanas, es decir la amplia mayoría de estas pacientes presento un aborto temprano y finalmente el 92.6% no presentó patologías durante el embarazo.



Las características clínicas de estas pacientes con diagnóstico de aborto son: La metrorragia se presentó en el 47.1%, el 88.2% tubo un aborto espontáneo o involuntario, en el 91.2% el proceso de aborto no fue complicado, en el 85,3% el aborto fue inminente o inevitable y el 97.15 tuvo aborto incompleto.

Y finalmente los resultados comparativos de las variables de estudio de las pacientes con diagnóstico de aborto en el centro de salud de Ocobamba, en los que se encontró diferencias significativas según la prueba de chi cuadrado de homogeneidad, se encuentran: No hay homogeneidad en las muestras de la edad de las pacientes, es decir la proporción de la edad de las pacientes difiere al compararlos con la clasificación clínica según su origen y la clasificación clínica según las consecuencias. Al comparar la misma variable con la clasificación clínica según el origen del aborto, se obtuvo que las proporciones de la edad de las pacientes que tuvieron aborto espontaneo es diferente a la proporción de edad del mismo grupo de pacientes en relación al aborto provocado, es decir mientras que el grupo de pacientes que tuvieron aborto espontáneo prevalece la proporción de edad comprendido entre los 18 a 34 años, en el grupo de pacientes que tuvo aborto provocado prevalece la proporción de edad menor de 18 años.

Se encontró diferencias de proporciones significativas entre la dimensión de antecedente de aborto con la clasificación clínica según su terminación, también se encontró diferencias significativas entre la edad gestacional y la clasificación clínica del aborto según su origen y según su terminación.

Se encontró también que la proporción de las pacientes que tuvieron un aborto espontáneo fue mayor en aquellas que tenían menos de 12 semanas de gestación, lo cual difiere de aquellas que tuvieron un aborto inducido en las que la proporción fue mayor en las edades gestacionales de 12 a 22 semanas de gestación.



Y por último al comparar la edad gestacional con la clasificación clínica del aborto según su terminación se encontró una diferencia significativa de las proporciones de pacientes que presentaron aborto completo de las cuales todas en su totalidad tenían una edad gestacional mayor de 12 semanas de gestación, lo cual difiere de la proporción del grupo de pacientes con aborto incompleto quienes en una amplia mayoría tenían edades gestacionales menores a 12 semanas.



SUGERENCIAS

Mejorar las estrategias de información y actividades educativas, a la población gestante del distrito de Ocobamba, principalmente aquellas gestantes que sean tipificadas dentro de algunas de estas características sociodemográficas para así prevenir el aborto, realizando difusiones radiales a nivel del distrito, debido a que es el medio de comunicación masiva que es utilizado por las amas de casa para poder mantenerse informada.

Garantizar el acceso a los servicios de atención a la mujer en especial a la consulta en salud sexual y reproductiva, para brindar método anticonceptivo buscando de esta manera evitar los embarazos no deseados y por ende las complicaciones que este acarrearía en la salud de las mujeres, así como también promocionar los servicios de atención preconcepcional que ayuden con la captación precoz y oportuna de las pacientes para su atención prenatal, actividad que disminuirá el riesgo de esta patología.

Incentivar e informar a la población acerca de cuán importante es acceder a la atención prenatal temprana; justamente para diagnosticar precozmente cualquier patología al comenzar el embarazo y poder ser tratada oportunamente, así mismo para identificar riesgos en la gestante y poder prevenir complicaciones.

Finalmente recomiendo trabajar con las jóvenes, a través de actividades preventivo promocionales, ya sea en talleres en el establecimiento de salud y en las instituciones y organizaciones, acerca de la prevención del embarazo, el aborto y sus consecuencias que puedan ocasionar en su salud.



BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Guttmacher. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. [Internet] [citado en febrero 2022]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Datos claves sobre el aborto. [Internet] [citado en enero 2021]. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/what-we-do/sexual-and-reproductive-rights/abortion-facts/>
3. Organización Mundial de la Salud. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
4. Instituto de Opinión Pública por encargo del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos: El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. PROMSEX. [Internet] 2018. [citado 10 de agosto 2022]; Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>.
5. Rivero M, Pintado S. “Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús Durant Guayaquil Ecuador 2017” [Internet] Guayaquil – Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2017 [citado en febrero 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8043>
6. Rodríguez C, De Los Ríos M, Gonzales A, Quintana D. “Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo Cuba 2020” [Internet] [citado en marzo 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349



7. Zarate Claudia, Cortez H. “Caracterización Sociodemográfica y Clínica de Adolescentes con Aborto Espontáneo. Cuilapa, Santa Rosa y de Escuintla, 2013-2017” [Internet]. Ecuador. 2019 [Citado 2 de setiembre 2022]; Disponible: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/126.pdf>
8. Prado N. “Características gineco obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud de Pichari Cusco 2020” [Internet] Universidad Nacional de Huancavelica.2020 [citado en febrero 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3803>
9. Corrales J “Características gineco obstétricas de las gestantes con aborto atendidas en el Hospital II-1 de atención general JFS Cangallo 2019” [Internet] Perú: Universidad Nacional de Huancavelica. 2021. [citado en diciembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3563>
10. Guerrero I “Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes 2017”. [Internet] Paita – Piura: Universidad Nacional de Huancavelica. 2018 [citado en diciembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3563>
11. Urquizo F “Características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco 2019” [Internet] Cusco – Perú: Universidad Andina del Cusco. 2021 [citado en noviembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.1557/4362>
12. Araya Jiménez G. Et al. Trauma y Aborto: Cátedra de Medicina Legal. Costa Rica. San José, Costa Rica. 1996.
13. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Segunda edición. Lima Perú. Instituto Nacional



- Materno Perinatal. 2018 [Internet] [citado en enero 2020]. Disponible en:
<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
14. Torres A. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Libro de obstetricia [Internet] citado en agosto 2021. Disponible en:
https://www.academia.edu/27501072/Hemorragias_de_la_primera_mitad_del_embarazo?from=cover_page
15. Lopez D, Morales M, Ramos G. “Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontaneo Guadalajara México 2020” [Internet]. [citado en agosto 2021]. Disponible en:
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/193/223?inline=1>
16. Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guía de atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Primera edición. Lima – Perú 2007, 158 p, [Internet]. [citado en agosto 2021]. Disponible en
http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
17. Loayza J. “Resultados adversos maternos neonatales en pacientes con amenaza de aborto Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017” [Internet] Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017. [citado en febrero 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/7382>
18. Cunningham G. Williams Obstetricia. 25a edición. México. Editorial McGraw-Hill. 2019. pg 346, 347, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 357.



19. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Internet] [citado en junio 2021], Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>.
20. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. [Internet] [citado en junio 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf
21. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6 edición. El Ateneo. 2005. Argentina. pag 138, 139, 140, 176, 177
22. Casasco G. Pietrantonio D. Aborto: guía de atención Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2008. [citado en junio 2020].
23. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. “Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR”. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud- OPS/OMS. 2012.
24. Ministerio de Salud. 2015. “Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú. Boletín epidemiológico” [Internet] 2015; 25 (4): 66 – 74. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
25. Bautista I, Chuchon R. “Características sociodemográficas y reproductivas de las usuarias atendidas por aborto en el Hospital EsSalud de Ayacucho 2018-2019” [Internet]. Huancavelica – Perú: Universidad Nacional de Huancavelica. 2020 [citado en febrero 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3381>



26. Huertas M. “Características generales y obstétricas de pacientes con aborto espontaneo en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Ventanilla Callao-Lima 2018” [Internet] Lima – Perú: Universidad San Martin de Porres. 2019. [citado en febrero 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5535>.
27. Urgiles M. “Características clínicas del aborto Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca Ecuador 2015” [Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina. 2016 [citado en febrero 2021]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25692/1/tesis.pdf>.
28. Paredes N, Quispe Y. “Factores de riesgo asociados al aborto espontaneo en las pacientes atendidas del hospital vitarte, 2021” [Internet]. Huancayo – Perú: Universidad Roosevelt. 2022. [citado en agosto 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe>
- 29 Lerner S, Guillaume A. “El aborto en América Latina y El Caribe”. La Choroque [Internet]. Marzo 2008- Numero 55- ES. <http://www.ceped.org/IMG/pdf/55-espagnol.pdf>
- 30 Quiroz N. “Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021” [Internet]. Cajamarca – Perú: Universidad Nacional de Cajamarca Facultad Ciencias de la Salud. 2022 [citado en agosto 2022] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4960>
- 31 Cubo A, Soto Z, Haro A, Hernandez M, Doyague M. Tratamiento médico



- versus quirúrgico del aborto espontáneo en el primer trimestre: un análisis de minimización de costos. 2019 [Internet] citado en enero 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30629715/>
- 32 Sánchez J. “Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstétrica del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, agosto-diciembre del 2012”. [Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman. Escuela profesional de Medicina Humana. 2012. [Citado marzo 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2327>
- 33 Lume M. “Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el servicio obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018”. [Internet]. Huancayo – Perú: Universidad Peruana Los Andes. 2020 [citado en diciembre 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1752>
- 34 Meza, E “Relación entre anemia y las complicaciones obstétricas en gestantes en el Hospital María Auxiliadora”. [Internet]. Lima – Perú: Universidad Alas Peruanas. 2015. [citado en noviembre 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/6525>
- 35 Sahuma, J. “Infección del tracto urinario y su relación con el aborto incompleto en el establecimiento de salud I – 4, Juan Pablo II – Villa el salvador, enero – junio 2019”. [Internet]. Lima – Perú: Universidad Privada Norbert Wiener Escuela Académico Profesional de Obstetricia. 2021 [citado en diciembre 2021] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.13053/5765>.
- 36 Pluas B. “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”. Guayaquil Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.
[Internet]. [citado en julio 2022]. Disponible en: https://docplayer.es/3938330-Universidad-de-guayaquil-facultad-de-ciencias-medicas-escuela-de-obstetricia-tesis-de-grado-para-la-obtencion-del-titulo-de-obstetra.html#show_full_text
- 37 Peláez L. “Infección del tracto urinario en pacientes de 18 a 29 años atendidas por aborto espontaneo, en el servicio de Gineco Obstetricia Del Hospital San José del Callao en el periodo del 2016 al 2018” Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma. 2019. [Internet]. [citado en agosto 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/337287214.pdf>
- 38 [ELSEVIER]. [2012]. [Vol. 14]. [55]. [pág. 53-55]
- 39 Liz Ivone Salomón Prado. “Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal 2011”. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]. [citado en agosto 2022] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2959>
- 40 Montalvo. “Caracterización de pacientes atendidas de aborto en el hospital de ventanilla octubre a diciembre del 2015”. Lima – Perú: Universidad San Martín de Porres Facultad de Obstetricia y Enfermería. 2017 [Internet]. [citado en agosto 2022]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2764/montalvo_sks.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- 41 Gippini I. “Nuevo abordaje en el manejo del aborto diferido”. [Memoria Para Optar al Grado de Doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid,



Facultad de medicina departamento de Obstetricia y Ginecología; 2012.

- 42 Cáceres Reino, Clara Cecibel. “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 36 años del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel de mayo 2014 a abril 2015” Ecuador – Guayaquil: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Obstetricia. 2015. [Internet]. [citado en agosto 2022]. Disponible en: https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UG_f47cfdedc75e9b9d300ab207c08ead05



**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y ALTO
RIESGO**

**CARCATERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS, OBSTETRICAS Y CLINICAS
DE PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, CENTRO DE
SALUD OCOBAMBA – CHINCHEROS – APURIMAC.**

Historia Clínica:

- Características sociodemográficas:

Edad:

- a. Menor a 18 años ()
- b. De 18 a 34 años ()
- c. 35 años a mas ()

Nivel de educación:

- a. Analfabeta ()
- b. Primaria ()
- c. Secundaria ()
- d. Superior ()

Condición civil:

- a. Soltera ()
- b. Casada ()
- c. Conviviente ()
- d. Otro . ()

Ocupación:

- a.. Ama de casa ()
- b. Estudiante ()
- c. Comerciante ()
- d. Trabajo dependiente ()
- e. Otro ()



- Características obstétricas:

Paridad:

- a. Nulípara
- b. Primípara / secundípara
- c. Multípara

Atención prenatal:

- a. Sin APN
- b. Con 1 APN
- c. Con mas de 1 APN

Antecedente de aborto

- a. Si
- b. No

Edad gestacional

- a. Antes de las 12 semanas
- b. Entre 12.1 a 22 semanas

Patologías durante el embarazo

- a. Infección urinaria
- b. Anemia
- c. Síndrome de flujo vaginal
- d. Ninguno

- Características clínicas

Signos y síntomas principal al ingreso:

- a. Metrorragia
- b. Dolor pélvico/ hipogastrio
- c. Fiebre / escalofríos
- d. Modificaciones del cérvix



- e. Malestar general ()
- f. Nauseas / vómitos ()
- g. Contracciones uterinas ()

Clasificación clínica según su origen:

- a. Espontanea o involuntaria ()
- b. Inducida o provocada ()

Clasificación clínica según las consecuencias:

- a. Aborto no complicado ()
- b. Aborto complicado ()

Clasificación clínica según su evolución:

- a. Amenaza de aborto ()
- b. Aborto inminente o inevitable ()
- c. Aborto diferido o frustrado ()

Clasificación clínica según su terminación:

- a. Aborto completo ()
- b. Aborto incompleto ()



VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una solución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución de ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignada cuando se aprecie que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera total suficiente.

Marque con aspa (X) en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opinión que merezca el instrumento de investigación.



FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los items del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de items registrados en esta version son suficientes para tener una comprension de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los items contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos tambien datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos ?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones ?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Que la escala de medicion utilizada son pertinentes a los objetivos motivos de investigacion?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Ud. Que aspectos habria que modificar o incrementarse?					

Firma del experto

Nombre: Evelyn Karla Medina Nolasco

Numero de colegiatura COP N°: 27554

Grado Académico: Magister en Salud Pública y Comunitaria RENOMA N°: 115



FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los items del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de items registrados en esta version son suficientes para tener una comprension de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los items contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos tambien datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos ?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones ?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Que la escala de medicion utilizada son pertinentes a los objetivos motivos de investigacion?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Ud. Que aspectos habria que modificar o incrementarse? _____					

Firma del experto

Nombre: Miriam Córdova Saccaco

Numero de colegiatura COP N°: 28121

Grado Académico: Magister en Salud Pública y Comunitaria RENOMA N°: 172



FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los items del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	(4)	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de items registrados en esta version son suficientes para tener una comprension de la materia de estudio?	1	2	3	(4)	5
3. ¿Considera Ud. Que los items contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	(5)
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	(5)
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos tambien datos similares?	1	2	3	4	(5)
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos ?	1	2	3	4	(5)
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones ?	1	2	3	4	(5)
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	(4)	5
9. ¿Considera Ud. Que la escala de medicion utilizada son pertinentes a los objetivos motivos de investigacion?	1	2	3	4	(5)
10. ¿Considera Ud. Que aspectos habria que modificar o incrementarse?					


Firma del experto

Nombre: Clayde Juarez Ccoicca

Numero de colegiatura COP N°: 28111

Grado Académico: Magister en Salud Pública y Comunitaria RENOMA N°: 173



VALIDACION DE INSTRUMENTO

HOJAS DE PREGUNTAS PÁRA LA VALIDACION

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5



10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN

1. Se construyó una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de acuerdo al número de expertos consultados.

N.º ÍTEM	VALOR MÁXIMO			PROMEDIO	
	A	B	C		
PRIMERO	5	5	4	4	4.6
SEGUNDO	4	5	4	5	4.3
TERCERO	5	5	5	5	5
CUARTO	5	5	5	5	5
QUINTO	4	5	5	5	4.6
SEXTO	5	5	5	5	5
SÉPTIMO	5	5	5	5	5
OCTAVO	5	5	4	5	4.6
NOVENO	4	4	5	5	4.3



2. Con los promedios hallados se determina la distancia de punto múltiple (DPP) usando la siguiente ecuación: 2.4

Dónde:

X= Valor máximo de cada ítem

Y = Promedio de cada ítem

3. Se determinó la distancia del valor obtenido respecto al punto de referencia 0 (cero) con la ecuación siguiente:

$D_{max} = 11$

Donde :

X= Valor máximo para cada ítem en la escala, es decir 5.

Y= Valor mínimo de la escala para cada ítem, es decir 1.

4. La $D_{máx}$. Se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da valor de 24.

5. Con el valor hallado anteriormente (apartado 4) se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a $D_{máx}$; se dividió en intervalos iguales entre sí y denominado con letras A, B, C, D y E.

Se debe tener en cuenta que:

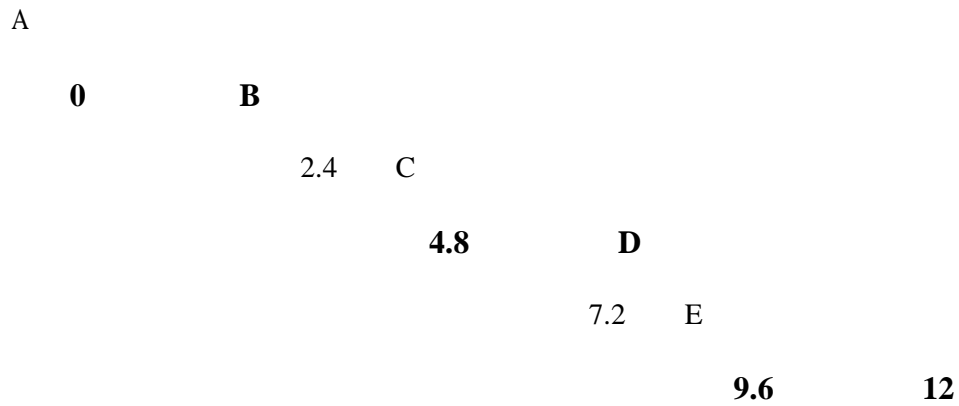
A = Adecuación total

B = Adecuación en gran medida

C = Adecuación promedio

D = Escasa adecuación

E = Inadecuación



6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

Podemos observar que el valor de DPP en el presente estudio fue de 1.6 cayendo en la zona A, lo que significa una adecuación total del instrumento, por lo que el instrumento de medida fue aplicado.