



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TESIS

**ABORTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO
JUNIO 2022 –IQUITOS**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

AUTOR: BACH. EN OBSTETRICIA ALICIA LOURDES TAFUR GREFA

ASESOR: OBST. MG. ROSANA CHUMBE CULQUI

San Juan Bautista- Iquitos-

Región Loreto

2023

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP**

El Vicerrector de Investigación e Innovación
de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**“ABORTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
ENERO - JUNIO 2022 –IQUITOS”**

De la alumna: **ALICIA LOURDES TAFUR GREFA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **22% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 26 de Setiembre del 2023.



Dr. Álvaro Tresierra Ayala
VICERRECTOR DE INV. E INNOVACIÓN-UCP

Resultados_UCP_OBSTETRICIA_2023_T_ALICIATAFUR_VI_RES...

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	servicio.bc.uc.edu.ve Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Nacional Hermilio Valdizan Trabajo del estudiante	1%
9	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	

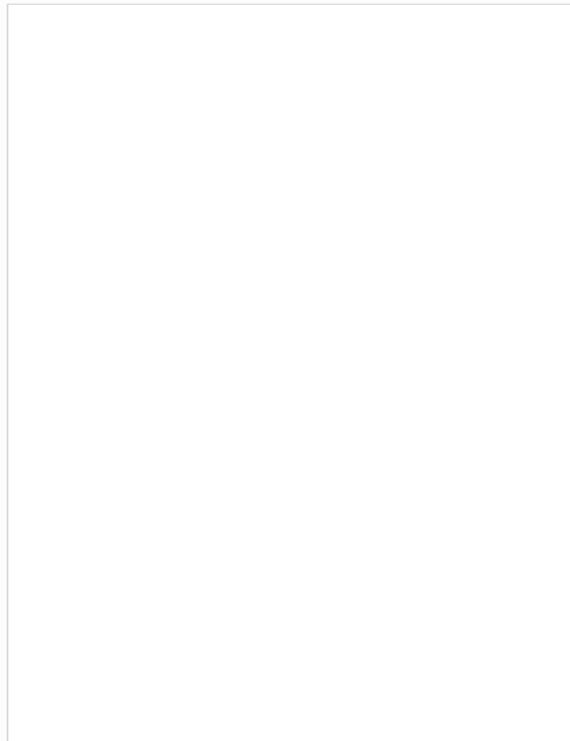


Recibo digital

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:	Alicia Lourdes Tafur Grefa
Título del ejercicio:	obstetricia
Título de la entrega:	Resultados_UCP_OBSTETRICIA_2023_T_ALICIATAFUR_VI_RESU...
Nombre del archivo:	UCP_OBSTETRICIA_2023_T_ALICIATAFUR_VI_RESUMEN.pdf
Tamaño del archivo:	416.85K
Total páginas:	54
Total de palabras:	11,464
Total de caracteres:	57,339
Fecha de entrega:	21-sept.-2023 10:58a. m. (UTC-0400)
Identificador de la entre...	2172636462



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico a Dios quien
supo guiarme por el buen camino.

A mis padres dándome siempre
ánimos y fuerzas para seguir adelante
en todas mis metas.

a mi hijo quien me enseñó a no rendirme
y que si me caigo me levanto.

AGRADECIMIENTO

El primer agradecimiento a Dios
quien me ha guiado y me ha dado
la fortaleza para seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y
confianza y su gran apoyo incondicional
a lo largo de mis estudios.

A mi asesora de tesis Rosana Chumbe,
por el gran apoyo que me brindo durante
todo este trayecto de mi tesis

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 412-2023-UCP-FCS, del 23 de marzo del 2023**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

- ✚ Méd. Mgr. Jaime Zamudio Zelada **Presidente**
- ✚ Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo **Miembro**
- ✚ Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno **Miembro**

Como Asesora: **Obst. Mgr. Rosana Chumbe Culqui.**

En la ciudad de Iquitos, siendo la 10:00 a.m. horas, del día viernes 06 de octubre de 2023, en las instalaciones de la universidad, supervisado por el Secretario Académico, del Programa Académico de OBSTETRICIA, de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"ABORTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO JUNIO 2022 –IQUITOS"**.

Presentado por la sustentante:
ALICIA LOURDES TAFUR GREFA

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

A.B.SUELTA.S.

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: **APROBADO POR**

UNANIMIDAD.

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

J. Zamudio Zelada
Méd. Mgr. Jaime Zamudio Zelada
Presidente

S. Pérez Macedo
Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo
Miembro

K. J. Gonzales Sánchez Moreno
Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: ABORTO Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO ENERO JUNIO 2022 -IQUITOS.



Méd. Mgr. Jaime Zamudio Zelada
Presidente



Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo
Miembro



Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno
Miembro



Obst. Mgr. Rosana Chumbe Culqui
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	IX
RESUMEN.....	XI
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	13
1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	13
1.2 BASES TEÓRICAS.....	20
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	24
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	25
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	27
2.2.1 <i>Problema General</i>	27
2.2.2 <i>Problemas específicos</i>	27
2.3 OBJETIVOS	28
2.3.1 <i>Objetivo general</i>	28
2.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	28
2.4 HIPÓTESIS	29
2.5 VARIABLES.....	30
2.5.1 <i>Identificación de las variables</i>	30
2.5.2 <i>Definición conceptual y operacional de las variables</i>	30
2.5.3 <i>Operacionalización de las variables</i>	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	32
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.3 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	36
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y	
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS	59
ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	59
ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA	61

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	TITULO	PAG.
Nº 01	Clasificación clínica de los tipos de aborto	36
Nº 02	Factores de riesgo sociodemográficos	37
Nº 03	Factores de riesgo ginecoobstétricos	38
Nº 04	Factores de riesgo clínicos	39
Nº 05	Relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el aborto.	40
Nº 06	Relación entre los factores de riesgo ginecoobstétricos y el aborto	42
Nº 07	Relación entre los factores de riesgo clínicos y el aborto	44

RESUMEN

Aborto y factores de riesgo asociados en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto Enero Junio 2022 –Iquitos.

Bach. Obst.: Alicia Lourdes Tafur Grefa

Objetivo:

Determinar los factores de riesgo asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022

Metodología

Investigación no experimental correlacional y de corte transversal , cuantitativa y retrospectiva. Se incluyeron 127 mujeres con diagnóstico de aborto.

Resultados:

Los Factores de riesgo sociodemográficos identificados son: 47.2% tienen edad entre 20 y 29 años, 64.6% Estado civil conviviente, 70.1% amas de casa y 75.6 % de procedencia urbana.

Los Factores de riesgo ginecoobstétricos identificados son: el 92.1% Sin Atención Prenatal, 63% son multigestas, 59.1% tenían 8 semanas o menos de gestación y 43.3 % con 1 año de Periodo Intergenésico.

Los Factores Clínicos identificados son: 3.9% con Infección Urinaria, 36.2% con anemia y 57.5% con IMC anormal, predominando el sobrepeso con 41.7%.

Conclusión:

Se encontró asociación significativa del aborto con el estado civil ($p=0.002$), la Atención Prenatal ($P=0.005$), Periodo Intergenésico ($p= 0.005$) y la Infección Urinaria ($p=0.001$)

Palabras claves: Aborto, Factores de riesgo

ABSTRACT

Abortion and associated risk factors in women attended at the Regional Hospital of Loreto January June 2022 -Iquitos.

Bach. Obstetrician: Alicia Tafur Greffa

Objective:

to identify the abortion risk factors in women who visited the Regional Hospital of Loreto. Jan. 1–June 30, 2022

Methodology:

Quantitative and retrospective study, with non-experimental design. Correlational and cross-sectional, with a sample of 127 women with confirmed diagnosis of abortion.

Results:

Sociodemographic risk factors identified were: 47.2% were aged between 20 and 29 years, 64.6% cohabiting marital status, 70.1% housewives and 75.6 % from urban origin.

The gynecological and obstetric risk factors identified were: 92.1% without prenatal care, 63% were multigestational, 59.1% were 8 weeks or less gestational age and 43.3% with 1 year of inter-gestational period.

The Clinical Factors identified are: 3.9% with Urinary Infection, 36.2% with anemia and 57.5% with abnormal BMI, predominantly overweight with 41.7%.

Conclusion:

Significant association of abortion with marital status ($p=0.002$), Prenatal Care ($P=0.005$), Intergestational Period ($p= 0.005$) and Urinary Infection ($p=0.001$) was found.

Key words: Abortion, Risk Factors

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del estudio

Internacionales

RODRIGUEZ BLANCO CLARA LUZ et al (Cuba 2020). Con el **objetivo** de conocer determinadas características epidemiológicas del aborto espontáneo y disminuir su prevalencia, se realizó este estudio. La **Metodología** utilizada fue un enfoque observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **Resultados:** la edad media fue de 27 años, el 40,84% de las 88 gestantes con partos previos fueron eutócicos, y de las 111 mujeres con abortos previos, el 29,74% fueron espontáneos. La hemorragia transvaginal fue el síntoma clínico más frecuente (79,81%). La mayoría de los abortos espontáneos se produjeron en el primer trimestre del embarazo, con una edad gestacional media de 9,3 semanas en el momento de producirse. La ingesta de café (62,39%) y el aborto previo (44,04%) fueron los factores de riesgo más frecuentes .frecuente. (1)

JOSE MELENDEZ CUADRADO (Ecuador 2019) Se realizó una investigación en el Hospital Básico del Cantón El Carmen-Manab de mayo a septiembre de 2019 sobre los factores de riesgo ginecológicos y obstétricos relacionados con el aborto espontáneo en gestantes. El objetivo principal fue encontrar factores de riesgo ginecológicos y obstétricos de aborto espontáneo. **Resultados** La mayoría de las pacientes multigestas, el 57% de las cuales experimentaron múltiples abortos espontáneos recurrentes,. El 48% de las gestantes recurrió al control prenatal, y las infecciones vaginales crónicas afectaron al 53% de ellas. La edad entre 24 y 32 años, las pacientes que no utilizaban planificación familiar, aquellas con mayor prevalencia de abortos incompletos, la gestación inferior a 12 semanas y la hemorragia como

secuela se mostraron como los factores de riesgo más frecuentemente relacionados con el aborto espontáneo..(2)

LLUMIQUINGA FIGUEROA BETTY ALEXANDRA (Ecuador 2018)

Con el objetivo de determinar la asociación causal entre la violencia intrafamiliar en adolescentes embarazadas y los abortos espontáneos e inducidos en pacientes del Hospital Universitario de Guayaquil, se realiza este estudio descriptivo, de corte transversal, que analizó a 51 pacientes que habían sido diagnosticadas con aborto tanto espontáneo como inducido. Los hallazgos mostraron que mientras el 33% de las gestantes que presentaron abortos inducidos eran mayores de 19 años, el 27% de las gestantes que presentaron abortos espontáneos eran menores de 18 años. Además, el 80% de las participantes habían sufrido maltrato conyugal, el 66% de ellas procedían de zonas metropolitanas, el 65% acababan de terminar sus estudios primarios, el 53% eran amas de casa, el 43% eran primigrávidas y el 43% nunca habían abortado.(3)

OSUNA VEGA JOSE LEROY (México 2018).. Encontrar las variables de riesgo relacionadas con los abortos espontáneos en mujeres trabajadoras fue el **objetivo** de la tesis. La **Metodología** que utilizaron corresponde a diseños de investigación comparativos, transversales, prospectivos, observacionales y de estudio de casos y controles. Según los **resultados**, el peso medio del grupo de casos fue de 72,82 kg, y la edad media de 26,7 años. con un Chi-cuadrado de 4,274 y un valor de $p=0,118$, para primigestas 40,12% (N=63), segundigestas 26,11% (N=41), y multigestas 33,75% (N=53). Para la variable independiente de control prenatal, se encontró un porcentaje de 58,59% (N=92) y un Chi cuadrado de 29,398 con una $p=0,000$ para el grupo de pacientes con control prenatal. En el grupo de casos, se encontró un 15,29% (N=24) de la variable "abortos previos".(4)

Nacionales

GOMEZ GONZALES WALTER et al (Lima 2018) Encontrar los factores sociales y obstétricos relacionados con el aborto incompleto en un hospital peruano de nivel II fue el objetivo del estudio realizado en Ate. Se empleó un diseño de casos y controles con 280 unidades muestrales.. Los resultados indican que la edad materna >35 años ($p=0,0006$), el estado civil soltero ($p=0,022$), el estado civil casado ($p=0,001$), el nivel de educación primaria ($p=0,04$), la multiparidad ($p=0,0004$), la edad gestacional de 12 semanas ($p=0,0001$) y la infección del tracto urinario ($p=0,041$) fueron los factores con asociaciones bivariadas significativas. La edad materna >35 años (OR= 2,64; IC 95%= 1,12-6,24), el estado civil soltero (OR= 2,59; IC 95%= 1,23-5,44), la multiparidad (OR= 2,61; IC 95%= 1,30-5,23) y la edad gestacional de 12 semanas (OR= 7,11; IC 95%= 3,61-13,97) se asociaron, según el análisis multivariado. Independientemente del nivel educativo y la infección urinaria, las siguientes características aumentan la probabilidad de un aborto incompleto: edad materna >35 años, estado civil soltera, edad gestacional de 12 semanas y multiparidad. (5)

LUME MENDOZA, MIRTHA ROSSANA (Huancayo 2018). El objetivo de su proyecto académico fue identificar los elementos que predisponen a las gestantes a abortar en el Servicio de Obstetricia del Hospital Provincial de Acobamba. Utilizando una metodología de estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de diseño no experimental, se obtuvieron los siguientes hallazgos: el 70% de las mujeres del estudio presentaron abortos incompletos. Entre las variables sociodemográficas, 16% son adolescentes, 12% solteras y 14% sin instrucción. Factores obstétricos: El 84% son multíparas; el 22% tenían una edad gestacional superior a 13 semanas; y el 47% no tenían APN. Factores maternos: El 34% tuvo ITU, el 47% tiene algún grado de anemia, el 21% tiene bajo peso según su IMC. (6)

PONCE LARA MIRIAM FELICITA (LIMA 2018) Encontrar las causas del aborto incompleto en mujeres en edad fértil de la maternidad Juan Pablo II Villa El Salvador fue el **objetivo** del proyecto de estudio realizado en Lima. En el primer semestre de 2016 se emplearon **métodos** de investigación transversal, analítico, asociativo y observacional. De acuerdo a los **hallazgos**, las mujeres en edad fértil que tuvieron abortos incompletos presentaron características como edad adulta de 65,4%, convivencia de 66,4%, educación secundaria de 73,1%, residencia en el barrio Villa El Salvador de 60%, índice de masa corporal anormal de 55%, nivel de hemoglobina normal de 76% y sin antecedentes de aborto previo de 66,7%, pero ninguno de estos rasgos fue estadísticamente significativo ni se relacionó con el riesgo. Ser soltera (OR=1,71), tener hemoglobina baja (OR=1,81), tener varios embarazos (OR=1,62) y tener una edad gestacional de 1-12 semanas (OR=14,94) son factores de riesgo de aborto incompleto. (7)

MENDOZA SIMBRON MARISOL EMELY (Lima 2019) En este estudio se evaluó a las pacientes de 19 a 35 años que acudieron al servicio de emergencia gineco-obstétrica del HSJL - Lima entre septiembre y diciembre del 2018 con el **objetivo** de identificar factores de riesgo de aborto espontáneo. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las pacientes del Hospital San Juan de Lurigancho con diagnóstico de aborto y con edades comprendidas entre 19 y 35 años. **Resultados:** Los rangos de edad de las pacientes evaluadas fueron 33,5% entre 19 y 24 años, 45,7% entre 25 y 30 años y 20,8% entre 31 y 35 años. De los pacientes evaluados, 30,1% no habían concluido la enseñanza media, 40,5% sí, 6,9% aún no habían iniciado la enseñanza superior y 17,3% sí. Además, el 36,4% de los pacientes viven en pareja, el 13,9% están casados y el 49,7% son solteros. El 30,1% de los pacientes eran amas de casa, el 37,6% estudiantes y el 32,4% trabajadores independientes. El 90,2% de los

pacientes declaró no consumir tabaco. El 83% de los pacientes bebía alcohol. El 96,0% de los pacientes dijo no consumir drogas.

El 41,6% de las pacientes son multíparas, frente al 32,9% de las pacientes nulíparas. El 91,3% de las personas evaluadas no habían sufrido nunca un aborto espontáneo. Las pacientes primigestas representan el 32,4% de la población, las pacientes multigestacionales el 61,8% y los casos multigestacionales mayores el 5,8%. De las pacientes analizadas, el 44,5% tenía esta infección, frente al 55,5% que no estaban infectadas. El 34,1% de los individuos evaluados no tenían esta infección, frente al 65,9% que sí la tenían. El 64,2% de los pacientes presentaba algún grado de anemia, mientras que el 35,8% no. El 6,4% de las pacientes evaluadas tenían un peso inferior al normal, seguido de un 32,4% con peso normal, un 20,8% con sobrepeso, un 29,5% con obesidad y un 11,0% con obesidad grave. Además, se declara que existen pruebas estadísticamente sustanciales para refutar la hipótesis nula de que el aborto y los factores de riesgo son variables independientes. Dicho de otro modo, estas variables están conectadas. (8)

PAREDES NUÑEZ MAYRA, QUISPE COTRINA YOSELIN (Huancayo 2022) El **objetivo** de este estudio fue identificar los factores de riesgo de aborto espontáneo entre las pacientes del hospital Vitarte atendidas en 2021. Se utilizaron **metodologías** cuantitativas, descriptivas básicas, de diseño no experimental, correlativas, retrospectivas y transversales. Se descubrieron los siguientes resultados: Según el aspecto socioeconómico, del total de pacientes que experimentaron aborto espontáneo, 45,8% tenían entre 20 y 34 años, 59,5% habían terminado la secundaria, 61,9% vivían con sus cónyuges, 55% estaban ubicadas en ciudades, 71,0% eran amas de casa y 85,5% no tenían hábitos nocivos.. En cuanto a los factores de riesgo obstétrico, el 65,6% de las pacientes tenían una edad

gestacional inferior o igual a 12 semanas, el 62,6% tenían embarazos múltiples, el 31,3% habían abortado, el 71,0% de las pacientes no acudieron a control prenatal, el 53,4% tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 18 años y el 61,1% no tomaban anticonceptivos. En cuanto a las variables patológicas, el 67,2% de la muestra dijo no tener infecciones urinarias, el 82,4% dijo no tener trastornos crónicos y el 91,6% dijo no tener deformidades uterinas. A diferencia de los factores obstétricos, que en este estudio demostraron no tener relación con el aborto espontáneo, se determinó que los factores sociodemográficos (edad, educación, estado civil, ocupación, origen, hábitos nocivos) y los patológicos (infección urinaria, enfermedades crónicas, anomalías uterinas) están asociados al aborto espontáneo. (09).

Locales

LOZANO PILCO BRANDY, (IQUITOS 2017) En su investigación tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Loreto. Se empleó el **método** descriptivo; observacional y descriptivo; **Resultados** la mayor prevalencia se presentó entre los 15 y 20 años con 31%; 64.7% de convivientes; 80.2% de personas de áreas urbanas; 65.1% de personas que eran amas de casa; 33.2% tenían secundaria incompleta; y 43. Las mujeres primigestas fueron las que tuvieron más embarazos, con un 39,2%; de 6 a 10 semanas de gestación tuvieron el mayor porcentaje de abortos, con un 59,9%; (10)

CORA ISUIZA VERONICA (Iquitos 2018) Determinar la relación entre los "Factores sociodemográficos y la actitud hacia el aborto

en usuarias atendidas en los hospitales del MINSA-Iquitos durante el primer trimestre del 2017" fue el **objetivo** principal de la tesis. Se aplicó **metodología** transversal, cuantitativa, descriptiva-correlacional.

La muestra fue de 13 mujeres. El instrumento fue un cuestionario estructurado y se utilizó el enfoque de entrevista., Los resultados pertinentes son los siguientes: Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y su actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), así como entre su ocupación y su actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), su nivel socioeconómico y su actitud hacia el aborto ($p = 0,000$), su nivel de estudios con su actitud hacia el aborto ($p = 0,000$) y su religión con su actitud hacia el aborto ($p = 0,000$). (11)

CAMAN RIOS PAOLA (Iquitos 2018) Con el **objetivo** de conocer la conexión entre las variables de riesgo y el aborto inducido en las mujeres que acuden al servicio de ginecología del Hospital "César Garayar Garca" de Iquitos de marzo a mayo de 2017, se realizó la tesis en dicho centro asistencial. La metodología es consistente con una investigación transversal, prospectiva, no experimental. Los resultados La mayoría tiene entre 18 y 30 años (59,0%), seguida del grupo de 12 a 17 años (8,9%), edad gestacional de 6 a 8 semanas (71,2%), convivencia en matrimonio (75,3%), soltería (18,5%), estudios secundarios (67,1%) y catolicismo (77,3%). Con un 40,4%, las personas no profesionales han influido en la decisión de abortar. El factor familiar y la presión de la pareja sobre la mujer para que aborte ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente, con el 48,6% y el 42,5% del total (12)

1.2 Bases teóricas

ABORTO:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como "la interrupción del embarazo cuando el feto aún no es viable fuera del útero". Se considera que un feto no es viable para la vida extrauterina si pesa menos de 500 gramos, tiene una edad gestacional inferior a 22 semanas de amenorrea o mide menos de 25 cm caudal cefálica (13). El tipo más frecuente de aborto espontáneo es el que se produce en 1 de cada 5 embarazos durante el primer trimestre y se debe principalmente a anomalías cromosómicas . (14)

EPIDEMIOLOGIA:

Según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Guttmacher Institute que se publicó en 2017 en The Lancet, se produjeron 25 millones de abortos inseguros cada año entre 2010 y 2014 (el 45% de todos los abortos). En las naciones subdesarrolladas de África, Asia y América Latina se produjo la mayor parte de los abortos inseguros (el 97% de ellos)..(15). Es conocido también que la incidencia del aborto espontáneo es del 20 a 30% de los embarazo .(16)

TIPOS DE ABORTO:

- a) **Amenaza de aborto:** Alteraciones cervicales o presencia de dolor pélvico, típicamente calambres, de intensidad variable y/o sangrado vaginal de cantidad variable. (17)
- b) **Aborto en curso:** Calambres intensos, molestias pélvicas y hemorragia vaginal variada. Al examen físico, el canal cervical está visiblemente dilatado y se puede palpar en él tejido o un feto. (16)
- c) **Aborto incompleto:** Presencia de hemorragia vaginal fluctuante, dilatación cervical y, por lo general, dolor pélvico mínimo o nulo.(17)
- d) **Aborto frustrado :** El embrión o feto muere con el cuello uterino cerrado y la paciente suele estar asintomática.

El cuello uterino está cerrado, según la exploración física y el diagnóstico ecográfico. Puede producirse una pequeña hemorragia vaginal. Esta categorización abarca la gestación anembrionaria. (17)

- e) **Aborto infectado.** Cuando la infección se limita a la cavidad uterina (endometritis) o se obstruye en el bajo vientre (flemón del ligamento ancho y pelviperitonitis). Clínicamente, se manifiesta como un síndrome febril, pruebas ginecológicas dolorosas, impactación anexial y emisión de secreciones fétidas sin afectación generalizada. (18)
- f) **Aborto séptico.** Cualquier tipo de aborto con signos de sepsis (18)
- g) **Aborto completo.** Aborto espontáneo, en el cual la paciente presenta dolor pélvico y sangrado y después de esto no se encuentran signos de gestación por ecografía, ni presencia de restos ovulares. (17)
- h) **Aborto Inevitable:** Presencia de cambios cervicales y membranas rotas. (18)

ETIOLOGIA:

- El 70% de los abortos espontáneos presentan anomalías genéticas.
- Infecciones agudas que afectan a todo el organismo.
- Falta o deficiencia de hormonas.
- Enfermedades recurrentes.(19)

MANEJO DEL ABORTO

El manejo se adapta a los distintos protocolos hospitalarios pero generalmente se basa en los siguientes procedimientos:

- a) **Manejo médico con medicamentos:** Mientras no existan contraindicaciones como embarazo ectópico, hipersensibilidad, insuficiencia suprarrenal crónica, síntomas de infección o inestabilidad hemodinámica, el tratamiento farmacológico está indicado para gestaciones de menos de 13 semanas. El misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1, es el medicamento utilizado para permitir la evacuación del contenido intrauterino en los casos de aborto incompleto. El misoprostol se administra con mayor frecuencia por vía sublingual, bucal y vaginal. (19)
- b) **Aspiración manual Endouterina:** procedimiento que se aplica a los embarazos de menos de 12 semanas. En el método MVA, los fluidos intrauterinos se extraen mediante una cánula acoplada a un aspirador portátil que crea manualmente un vacío. Se ha observado que este tratamiento presenta numerosas ventajas, como la seguridad, una gran eficacia (casi el 100%), la posibilidad de realizarse como operación ambulatoria gracias al uso de anestesia local, un coste reducido y un menor riesgo de complicaciones.. Su uso puede extenderse desde situaciones de aborto retenido, aborto incompleto, mola hidatiforme, interrupción voluntaria del embarazo, biopsia endometrial e incluso aborto séptico hasta 6 u 8 horas después de la administración de antibióticos. Está diseñado para gestaciones de menos de 15 semanas. Además de establecer la posición del útero, que tiene importancia técnica en el proceso, debe cumplir unas normas técnicas que incluyen un tamaño uterino inferior a 12 milímetros y una dilatación cervical inferior a 2 cm. (19)
- c) **Legrado Uterino.** Es una operación para raspar y extraer tejido del revestimiento interior del útero. Se introduce una cureta, instrumento quirúrgico en forma de cuchara, en el útero para extraer tejido una vez dilatado (agrandado) el cuello uterino.. Es una intervención realizada bajo efectos de la anestesia, con una duración aproximada de 15 minutos.(20)

FACTORES DE RIESGO: Los factores de riesgo son aquellos rasgos, condiciones o acciones que aumentan la probabilidad de que una persona enferme o se lesione. Los elementos de riesgo suelen existir por separado. Sin embargo, en realidad, suelen cohabitar y comunicarse entre sí en lugar de darse por separado. (21)

Los factores de riesgo para el Aborto se enmarcan en

Fact. Fetales: Alteraciones cromosómicas

Factores Maternos: Infecciones TORCHS, afecciones crónicas (tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes), afecciones endocrinas (hipotiroidismo, diabetes mellitus, déficit de progesterona), consumo excesivo de alcohol y cafeína, patología uterina, antecedentes de abortos anteriores y multiparidad.

Factores medioambientales: Radiación, toxinas ambientales, malas condiciones socioeconómicas (desnutrición) violencia familiar (17,18)

1.3 Definición de términos básicos

- **Factor de riesgo:** Cualquier cualidad, rasgo o circunstancia personal que aumente el riesgo de enfermedad o daño de una persona. (21)
- **Aborto :** Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o, si se desconoce este dato, con menos de 500 gramos de peso fetal, con o sin evacuación completa del organismo concebido. (17)

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema

El aborto es un problema de salud pública mundial supone un riesgo para la salud de los órganos reproductores de la mujer, así como para su bienestar biológico, psicológico y social; esto ocurre independientemente de las leyes de su país o de la situación legal del aborto a nivel mundial. (23). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25% de los embarazos del mundo acaban en aborto. En todo el mundo, casi 73 millones de abortos son forzados cada año. El 61% de los embarazos no deseados se abortan voluntariamente, al igual que el 29% de todos los embarazos en general. (24).

El aborto se define como la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas, cuando el resultado pesa menos de 500 g o mide menos de 25 cm de caudal a cefálica, y puede producirse de forma espontánea, voluntaria o repetida (2); El caso más significativo es el aborto incompleto, que se caracteriza por metrorragia y cuello uterino permeable e implica la expulsión parcial de restos fetales. El shock hipovolémico y las infecciones son las causas más frecuentes de los problemas de embarazo incompleto, que hasta en un 60% de los casos aumentan el riesgo de muerte materna (25).

América Latina, tiene distintos tratos referente al aborto, el aborto sigue estando prohibido en algunas naciones, como Guatemala, donde sólo es aceptable practicarlo para preservar la vida de la mujer. Si existe cualquier otra justificación, es ilegal y punible de acuerdo con los artículos 133 a 140 del Código Penal. En esta nación centroamericana se registran anualmente 65 mil abortos provocados; en el mismo periodo, 21 mil 600 mujeres son hospitalizadas y 660 personas se mueren "como consecuencia de complicaciones derivadas de abortos inseguros" (24, 26)

El aborto es uno de los principales contribuyentes a la mortalidad materna en Perú y es la principal causa de hospitalización posparto en los servicios de ginecología y obstetricia. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) registra 371.000 abortos inducidos al año, mientras que la OMS estima que en Perú se producen 55 abortos inducidos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años.. (7)

La Región Loreto, es una de las regiones con altas tasas de embarazo en adolescente y baja prevalencia de anticonceptivos en mujeres y al ser los embarazos en su mayoría no deseados ni planificados, la primera opción de este grupo poblacional es buscar el aborto muchas veces en condiciones de riesgo, llegando a los establecimientos de Salud, para la atención una vez provocado el aborto, sin embargo existe el otro extremo de presentación, el aborto espontáneo, con repercusiones psicológicas para la pareja más aún si este es un embarazo deseado y planificado.

2.2 Formulación del problema

2.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022?”

2.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es la clasificación clínica de los tipos de aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo ginecoobstetricos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022?
4. ¿Cuáles son los factores clínicos, asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022?
5. ¿Existe relación entre el aborto y los factores sociodemográficos, ginecoobstétricos y clínicos en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022

2.3.2 Objetivos específicos

1. Describir la clasificación clínica de los tipos de aborto más frecuentes en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022
2. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022.
3. Identificar los factores de riesgo ginecoobstétricos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022.
4. Identificar cuáles son los factores clínicos, asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022.
5. Determinar la relación entre el aborto y los factores de riesgo sociodemográficos, ginecoobstétricos y clínicos en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero –Junio 2022.

2.4 Hipótesis

H₁: Los factores de riesgo sociodemográficos, ginecoobstétricos y clínicos tienen relación significativa con el aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto Enero-Junio 2022

H₀: Los factores de riesgo sociodemográficos, ginecoobstétricos y clínicos no tienen relación significativa con el aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto Enero-Junio 2022.

2.5 Variables

2.5.1 Identificación de las variables

Variables independientes:

- Factores de riesgo:

Variable dependiente:

- ✓ Aborto

2.5.2 Definición conceptual y operacional de las variables

DEFINICION CONCEPTUAL

Factores de Riesgo: Un factor de riesgo es cualquier característica, atributo o circunstancia que aumenta la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad o sufra una lesión.

Aborto: Interrupción del embarazo cuando el feto se encuentra en la semana 22 de gestación, aún no es viable fuera del útero materno o tiene un peso inferior a 500 gramos,

DEFINICION OPERACIONAL

Factores de Riesgo: Características sociodemográficas, obstétricas y clínicos que aumentan las probabilidades de presentar aborto.

Aborto: Es el diagnóstico clínico corroborada con Ultrasonido considerada como aborto al ingreso por el servicio de emergencia.

2.5.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Factores de riesgo	Se denomina factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumenta su riesgo de contraer una enfermedad o lesionarse.	Características sociodemográficas, obstétricos y clínicos que aumentan las probabilidades de presentar aborto.	Factores sociodemográficos	Edad Estado Civil Ocupación Grado de Instrucción Procedencia	discreta Ordinal Ordinal Nominal	Ficha de recolección de datos
			Factores Obstétricos	Atención Prenatal N° de gestaciones Edad Gestacional Periodo Intergenésico	Ordinal Ordinal Nominal Ordinal	
			Factores Clínicos	ITU Anemia IMC	Nominal Nominal Nominal	
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Aborto	.Interrupción del embarazo cuando el feto se encuentra en la semana 22 de gestación, aún no es viable fuera del útero materno o tiene un peso inferior a 500 gramos,	Es el diagnóstico clínico corroborada con Ultrasonido considerada como aborto al ingreso por el servicio de emergencia.	Aborto Confirmado	a) Incompleto b) Frustrado c) Inevitable d) En curso e) Séptico	Nominal	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

Cuantitativo porque las variables se midieron en un nivel numérico para estudiar y contestar las preguntas de investigación.

Retrospectivo: Porque se recolectó la información de casos que ya sucedieron.

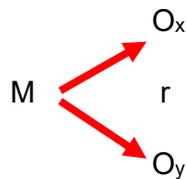
Diseño de Investigación

No Experimental: Porque las variables no sufrieron variación ni manipulación.

Correlacional: Porque midió la relación entre las variables de estudio.

Transversal: porque se realizó la investigación con datos obtenidos en un momento puntual.

Esquema



Donde

- M = Muestra
- O_x = Observación a la variable independiente
- O_y = Observación a la variable dependiente
- r = Posible asociación entre variables

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población: La población estuvo constituida por todos los pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y con el diagnóstico de Aborto, durante el periodo de estudio y que ascendió a 189 pacientes.

3.2.2 Muestra: La muestra fue calculada con la fórmula de población finita.

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

Dónde:

Z = 95 % valor de confianza (1.96)

P= 50 % prevalencia estimada (0.5)

q = 1- p complemento de q (0.5)

E = 5 % Margen de error: 0.05)

N – Población Total (Referencia 189)

Entonces:

$$n = \frac{189 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (189 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{189 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 188 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$0.0025 \times 188 + 3.8416 \times 0.25$$

$$n = \frac{181.5156}{1.4304}$$

$$n = 127$$

3.2.3 Muestreo: El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia

3.2.4 Criterios de Inclusión

- ✓ Historias Clínicas convencional y del SIP 2000 con datos completos.

3.2.5 Criterios de exclusión

- ✓ Historias Clínicas convencional y del SIP 2000 con datos incompletos

3.3 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1 Técnica

Las técnicas empleadas fueron el SIP 2000 y una evaluación documental de los historiales clínicos, el cual permitió recolectar la información planteadas en el instrumento.

3.3.2 Instrumento

El instrumento fue una ficha de recolección de datos con preguntas que nos permitió recoger los datos consignados en las historias clínicas, los cuales fueron de utilidad para medir las variables de estudio y comprobar las hipótesis. Dicho instrumento fue validado a través de juicio de expertos en el área

Procedimientos de recolección de datos:

- a) Se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Regional de Loreto.
- b) Se procedió a seleccionar los ingresos con diagnóstico de aborto de los registros del tópico de Gineco Obstetricia de emergencia.
- c) El muestreo se realizó de acuerdo a los registros del SIP 2000,

- d) Se procedió al llenado del cuestionario, de acuerdo a los criterios de inclusión.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos se introdujeron en una base de datos elaborada con el programa informático SPSS versión 27 y, a continuación, se realizaron los análisis pertinentes. En primer lugar, se utilizaron estadísticas descriptivas y los resultados se mostraron en tablas de frecuencias univariadas.

Se utilizó la prueba t de Student para identificar los cambios estadísticamente significativos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla N° 01

Clasificación clínica de los tipos de aborto en las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Regional de Loreto. Enero Junio 2022

TIPOS DE ABORTOS	NUMERO	PORCENTAJE
Incompleto	94	74.0
Frustró	29	22.8
Inevitable	01	0.8
En Curso	03	2.4
TOTAL	127	100 %

Fuente: Base de datos

En la Tabla N° 01 podemos observar que en la clasificación clínica de los tipos de aborto, predomina el Aborto incompleto con un 74 %, seguido del aborto frustró con un 22.8%.

Tabla N° 02

Factores de riesgo sociodemográficos en las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Regional de Loreto. Enero Junio 2022

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		NÚMERO	PORCENTAJE
Edad	< 19 años	20	15.7
	20 a 29 años	60	47.2
	30 a 35 años	16	12.6
	>35 años	31	24.4
Estado Civil	Soltera	32	25.2
	Conviviente	82	64.6
	Casada	13	10.2
Grado de Instrucción	Primaria	16	12.6
	Secundaria	88	69.3
	Superior	23	18.1
Ocupación	Ama de casa	89	70.1
	Estudiante	14	11.0
	Trabajador	23	18.1
	Independiente		
	Trabajador Dependiente	01	0.8
Procedencia	Urbana	96	75.6
	Urbana Marginal	06	4.7
	Rural	26	19.7
	TOTAL	127	100

Fuente: Base de datos

En la Tabla N° 02, se muestra la distribución de factores de riesgo sociodemográficos, observando que el 47.2 % tienen edades entre 20 y 29 años, 24.4% tienen edades superiores a los 35 años, el 64.6% tienen estado civil conviviente, el 70.1% tienen como ocupación ama de casa, seguido de un 18.1% como trabajadores independientes, asimismo observamos que el 75.6% proceden de la zona urbana.

Tabla N° 03

Factores de riesgo ginecoobstetricos de las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Regional de Loreto. Enero Junio 2022

FACTORES GINECOOBSTETRICOS		NÚMERO	PORCENTAJE
Atención pre natal	Sin APN	117	92.1
	01	07	5.5
	02	01	0.8
	03	02	1.6
N° de gestación	Primigesta	36	28.3
	Multigesta	80	63.0
	Gran multigesta	11	8.7
Edad Gestacional	< ó = 8 semanas	75	59.1
	9 a 14 semanas	33	26.0
	15 a 22 semanas	19	15.0
Periodo Intergenésico	1 año	55	43.3
	2 años	14	11.0
	3 años	17	13.4
	➤ 3 años	41	32.3
TOTAL		127	100

Fuente: Base de datos

En la Tabla N° 03, observamos los factores de riesgos ginecoobstétricos, donde el 92.1 % no tenían Atención Pre Natal, el 63% son multigestas, con edad gestacional entre 1 a 8 semanas el 59.1% , finalmente observamos que el 43.3% tenían Periodo Intergenésico de 1 año.

Tabla N° 04

Factores de riesgo clínicos de las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Regional de Loreto. Enero Junio 2022

FACTORES CLINICOS		NÚMERO	PORCENTAJE
Infección del Tracto urinario	SI	05	3.9
	NO	122	96.1
Anemia	SI	46.	36.2
	NO	81	63.8
Índice de masa Corporal	Peso Normal	54	42.5
	Bajo Peso	02	1.6
	Sobrepeso	53	41.7
	Obesidad	18	14.2
TOTAL		127	100 %

Fuente: Base de datos

En la Tabla N° 04, se muestra el análisis de los factores de Riesgo Clínicos, donde se observa que la Infección Urinaria sólo tuvieron un 3.9% y el 96.1% no lo tuvieron, respecto a la Anemia observamos que tuvieron anemia el 36.2% y no tuvieron anemia el 63.8%, mientras que el Índice de Masa corporal predominante fue el IMC anormal con el 57,5% con predominio del sobrepeso 41.7%.

Tabla N° 05

Relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el aborto en mujeres

atendidas por aborto en el Hospital Regional de Loreto. Enero Junio 2022

FACTORES SOCIODEMOGRAF.		Incompleto		Frustró		Inevitable		En curso		TOTAL		Prueba Paramétrica
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	10 a 19 años	16	12.6	3	2.4	0	0	1	0.8	20	15.7	X ² = 5.87 gl = 9 P = 0.752
	20 a 29 años	43	33.9	15	11.8	0	0	2	1.6	60	47.2	
	30 a 35 años	12	9.4	4	3.1	0	0	0	0	16	12.6	
	>35 años	23	18.1	7	5.5	1	0.8	0	0	31	24.4	
Estado Civil	Soltera	22	17.3	7	5.5	1	0.8	2	1.6	32	25.2	X ² = 6.51 gl = 6 P = 0.002
	Conviviente	61	48.0	20	15.7	0	0	1	0.8	82	64.6	
	Casada	11	8.7	2	1.6	0	0	0	0	13	10.2	
Grado Instruc	Primaria	12	9.4	3	2.4	0	0	1	0.8	16	12.6	X ² = 2.24 gl = 6 P = 0.896
	Secundaria	65	51.2	20	15.7	1	0.8	2	1.6	88	69.3	
	Superior	17	13.4	6	4.7	0	0	0	0	23	18.1	
Ocupac	Ama de casa	61	48.0	24	18.9	1	0.8	3	2.4	89	70.1	X ² = 5.76 gl = 9 P = 0.76
	Estudiante	13	10.2	1	0.8	0	0	0	0	14	11.0	
	Trabajador Independ	19	15.0	4	3.1	0	0	0	0	23	18.1	
	Trabajador Dependiente	1	0.8	0	0	0	0	0	0	1	0.8	
Procedencia	Urbana	72	56.7	21	16.5	1	0.8	2	1.6	96	75.6	X ² = 1.41 gl = 6 P = 0.96
	Urbana Marginal	05	3.9	1	0.8	0	0	0	0	06	4.7	
	Rural	17	13.4	7	5.5	0	0	1	0.8	25	19.7	
	TOTAL									127	100	

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 05 observamos que de 20 mujeres adolescentes entre 10 y 19 años (100%) el 12.6 % tuvo aborto incompleto, igualmente de 60 mujeres entre 20 y 29 años , el 33.9% presentaron aborto incompleto, seguido del 11.8% con aborto frustró, llama también la atención que 18.1% del grupo mayor de 35 años

con aborto incompleto. El análisis estadístico muestra una significancia de $p=0.75$ ($p>0.05$) demostrando que la edad no se relaciona con el tipo de aborto.

Referente al estado civil vemos que de 82 (100 %) pacientes con estado civil conviviente, el 48% tuvo aborto incompleto, seguido del 15.7% con aborto frustrado, igualmente sucede con el estado civil casada donde el mayor porcentaje 8.7% tuvieron aborto incompleto. Encontramos una significancia de $p=0.002$ ($p<0.05$) por lo tanto el estado civil si está relacionada al tipo de aborto.

Al analizar la variable grado de instrucción, observamos que 88 pacientes (100%) con educación secundaria el 51.2% tuvieron aborto incompleto, lo mismo sucede con el nivel primaria y superior observándose el mayor porcentaje de pacientes con aborto incompleto. La significancia estadística es $p=0.896$ ($p>0.05$) demostrando que no existe relación del grado de instrucción con el tipo de aborto

Referente a la ocupación observamos que de 89 (100) pacientes ama de casa, el 48 % tuvieron aborto incompleto, obteniéndose un X^2 de 5.76 y un nivel de significancia de $p=0.76$ ($p>0.05$), por lo tanto la ocupación no está relacionada al tipo de aborto.

Si analizamos la Procedencia observamos que de 96 mujeres que proceden de la zona urbana, 56.7% tienen aborto incompleto, seguido del 16.5% con aborto frustrado. El análisis estadístico muestra un nivel de significancia $p=0.96$ ($p>0.05$) por lo tanto la procedencia no está relacionada al tipo de aborto.

Tabla N° 06

Relación entre los factores de riesgo ginecobstétricos y el aborto en mujeres atendidas por aborto en el Hospital Regional de Loreto. Enero Junio 2022

FACTORES GINECOOBSTETR.		Incompleto		Frustrado		Inevitable		En curso		TOTAL		Prueba Paramétrica
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Atención Prenatal	Sin APN	88	69.3	26	20.5	01	0.8	2	0	117	92.1	X ² = 23.80 gl = 9 P = 0.005
	01 APN	05	3.9	02	1.6	00	0	00	0	07	5.5	
	02 APN	00	0.0	01	0.8	00	0.0	00	0.0	01	0.8	
	03 APN	01	0.8	00	0.0	00	0.0	01	0.8	02	1.6	
Número de gestaciones	01	29	22.8	7	5.5	00	0.0	00	0.0	36	28.3	X ² = 6.29 gl = 6 P = 0.637
	02 a 05	57	44.9	20	15.7	01	0.8	02	1.6	80	63.0	
	6 a más	08	6.3	2	1.6	00	0.0	01	0.8	11	8.7	
Edad gestac.	1 a 8 sem	55	43.3	16	12.6	01	0.8	03	2.4	75	59.1	X ² = 2.99 gl = 6 P = 0.809
	9 a 14 sem	25	19.7	08	6.3	00	0.0	00	0.0	33	26.0	
	15 a 22 ss	14	11.0	05	3.9	00	0.0	00	0.0	19	15.0	
Periodo Interg.	1 año	47	37.6	8	6.3	00	0.0	00	0.0	55	43.3	X ² = 23.39 gl = 9 P = 0.005
	2 años	07	5.6	04	3.1	01	0.8	02	1.6	14	11.0	
	3 años	12	9.6	05	3.9	00	0.0	00	0.0	17	13.4	
	> 3 años	28	22.4	12	9.6	00	0.0	01	0.8	41	32.3	
	TOTAL											

Fuente: Base de datos

En la Tabla N° 06 observamos que 117 (100%) mujeres sin Atención Prenatal, el 69.3% presentaron Aborto incompleto y el 20.5% aborto frustrado, asimismo observamos, que sólo 1 paciente con aborto incompleto presentó 3 Atenciones

prenatales. En el análisis estadístico se obtuvo un nivel de significancia $p = 0.005$ ($p < 0,05$) por lo tanto La atención Prenatal si está relacionada al tipo de aborto.

Al analizar el número de gestaciones, observamos que de 80 (100%) mujeres multíparas con 2 a 5 hijos, el 44.9% presentaron aborto incompleto, seguido del 15.7% con aborto frustrado, así como también presentaron aborto inevitable (0.8%) y aborto en curso (1.6%), sin embargo el nivel de significancia fue $p = 0.637$ ($p > 0.05$), por lo tanto el número de gestaciones no está relacionado al tipo de aborto.

Referente a la edad gestacional, vemos que de 75 mujeres con edad gestacional entre 1 a 8 semanas (100%) el 43.3% presentaron aborto incompleto, seguido del 12.6% con aborto frustrado, similares resultados encontramos con las edades gestacionales de 9 a 14 semanas y de 15 a 22 sem. El nivel de significancia fue $p = 0.809$ ($p > 0.05$), concluyendo que la edad gestacional no está relacionado al tipo de aborto.

En el Periodo Intergenésico observamos que de 55 mujeres con periodo intergenésico de 1 año (100%), el 37.6% presentaron aborto incompleto y el 6.3% aborto frustrado, mientras que 41 mujeres con periodo intergenésico mayor de 3 años (100%) 22.4% presentaron aborto incompleto y 9.6% aborto frustrado. Así mismo de 14 mujeres con periodo intergenésico de 2 años, el 5.6% presentaron aborto incompleto, el 3.1% aborto frustrado, 0.8 aborto inevitable y el 1.6% aborto en curso. mientras que de 17 mujeres con periodo intergenésico de 3 años el mayor porcentaje presentaron aborto incompleto. El análisis estadístico presenta un $X^2 = 22.39$ y un $P = 0.005$ ($p < 0.05$), por lo tanto el Periodo Intergenésico si se relaciona al tipo de aborto

Tabla N° 07

Relación entre los factores de riesgo clínicos y el aborto en mujeres atendidas por aborto en el Hospital Regional de Loreto. Enero Junio 2022

FACTORES CLINICOS		Incompleto		Frustrado		Inevitable		En curso		TOTAL		Prueba Paramétrica
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Anemia	SI	33	26	12	9.4	0	0	01	0.8	46	36.2	X ² =0.96 gl = 3 P = 0.81
	NO	61	48.0	17	13.4	01	0.8	02	1.6	81	63.8	
	TOTAL										127	
Infección urinaria	SI	02	1.6	03	2.4	00	00	00	00	05	3.9	X ² =9.38 gl = 6 P =0.001
	NO	92	72.4	26	20.5	01	0.8	03	2.4	122	96.1	
	TOTAL										127	
IMC	Bajo Peso	02	1.6	0	0	0	0	0	0	02	1.6	X ² =3.33 gl = 9 P = 0.94
	Peso Normal	40	31.5	11	8.7	01	0.8	02	1.6	54	42.5	
	Sobre Peso	39	30.7	13	10.2	0	00	01	0.8	53	41.7	
	Obesidad	13	10.2	05	3.9	00	00	00	00	18	14.2	
	TOTAL										127	

Fuente: Base de datos

En la Tabla N° 07, observamos que de 46 mujeres que presentan anemia (100%) y que ingresaron con diagnóstico de aborto, el 26% tuvo aborto incompleto y 2.4% aborto frustrado. El nivel de significancia fue p=0.24 (p>0.05), por lo tanto la anemia no se relaciona con el tipo de aborto.

Referente a la Infección Urinaria vemos que de 5 mujeres que tuvieron Infección Urinaria el 2.4% presentaron aborto frustrado y solo un 1.6% con aborto Incompleto. En el análisis estadístico se obtuvo un nivel de significancia de $P= 0.001$, por lo que la Infección Urinaria, si se relaciona con el aborto.

El análisis del Índice de Masa corporal, nos muestra que de 54 mujeres con **IMC normal** (100%) y que ingresaron por aborto, el 31.5% tuvo aborto incompleto y el 8.7% aborto frustrado, 2.6% aborto en curso y 08% aborto inevitable. De 53 mujeres con Sobrepeso, el 30.7% tuvo aborto Incompleto, y de 18 mujeres con Obesidad el 10.2% presentaron Aborto incompleto, seguido del 3.9% con aborto frustrado y solo 02 pacientes con Bajo peso que representa el 1.6% presentaron aborto incompleto. El análisis estadístico muestra un nivel de significancia de $p=0.94$ ($p > 0.05$) por lo tanto el IMC no está relacionada al aborto en este estudio.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DISCUSIÓN:

El propósito de este estudio, realizado en el Hospital Regional de Loreto, fue identificar los factores de riesgo de aborto en mujeres que acudieron entre enero y junio de 2022.

Debido a su frecuente ocurrencia y a los problemas que ocasiona, el aborto -que puede ser espontáneo o inducido y realizarse de manera legal o ilegal- es un grave problema de salud pública a nivel mundial.

En nuestro estudio, el aborto incompleto (74%), con el tipo de inicio desconocido, y el aborto retenido (22,8%) fueron los tipos más comunes de abortos que resultaron en hospitalización. Estos hallazgos son similares a los de Meléndez (2), Lume (6) y Lozano (10), quienes reportan 50%, 70% y 53.1%, respectivamente. Dado que los abortos incompletos pueden dar lugar a complicaciones que, si no se tratan rápida y eficazmente, pueden provocar la muerte de la paciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está especialmente preocupada por ellos.

En el análisis univariado para determinar los factores sociodemográficos asociados al aborto, los datos arrojan resultados interesantes; en cuanto a la edad de las mujeres atendidas por aborto, el 47,2% se encuentran entre los 20 y 29 años, ratificando un fenómeno social que es la importancia de la capacidad biológica de este rango de edad, en el cual los trastornos relacionados con el embarazo tienen una alta incidencia. Este resultado concuerda con Caman (12), quien reporta 49% en este rango de edad, así como Rodríguez (1) que informa del 40.2 % en el grupo de 21 a 30 años, resultado diferente al reporte de Cora (11) quien encuentra el 62.9% en el grupo etáreo de 36 a 45 años Sin embargo, el nivel de significancia es de $P = 0,368$, lo que indica que no existe asociación entre el aborto y la edad, tal como si lo encuentra Gomez (5).

En cuanto al estado civil, nuestro estudio descubrió que entre las que convivientes y las casadas, se encuentra el mayor porcentaje de mujeres que presentaban aborto representando el 74,8%, en comparación con el 25,2% de las solteras. Estos hallazgos merecen reflexión porque este grupo debería contar con redes de apoyo más confiables y sólidas que ayuden a proporcionar una atención prenatal eficaz y a minimizar los factores de riesgo de embarazos normales y evolutivos. Este hallazgo es consistente con los hallazgos de Caman (12) y Ponce (7), quienes reportan convivientes en 75.3% y 66.4% de sus respectivos casos. Osuna (4) reportó un estado civil casado de 56.05%, y Mendoza (8) reportó un estado civil soltero de 49.7%, este resultado, sin embargo, difiere de aquellos hallazgos. Este factor en nuestro estudio estuvo relacionado con el aborto y fue estadísticamente significativo $P=0,001$, coincidiendo con lo reportado por Ponce (7)

En cuanto al nivel educativo, nuestros resultados indican que el 69,3% de las mujeres que solicitaron un aborto estaban en la escuela secundaria, el 18,1% estaban en la universidad, y sólo el 12,6% estaban en la escuela primaria, lo que indica que esta muestra es consciente de las implicaciones de un aborto. Sin embargo, futuras investigaciones deberían examinar el método de presentación del aborto espontáneo o inducido para determinar la asociación de esta variable. En contraste, Llumiquinga (3) en Ecuador encontró la frecuencia más alta en la población con nivel primario (65%), lo que podría explicarse porque la población de estudio estaba constituida únicamente por población adolescente. Nuestros resultados son similares al encontrado por Osuna (4) quien reporta 61.7% con nivel de bachillerato, así como Lozano (10) Camán (12) y Gómez (5) quienes reportan resultados superiores al 60%. No se descubrió diferencia estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el tipo de aborto ($p=0.896$ ($p>0.05$)). Este hallazgo es comparable al de Paredes (9), que no encontró asociación entre ambos, pero contrario al hallazgo de Cora (11) de $p=0.000$,

Al analizar la variable ocupación, podemos evidenciar en nuestros resultados que el 70.1% son amas de casa, 18.1% trabajadoras independientes, 11% estudiantes y sólo un 0.8% trabajadoras dependientes, sin embargo este estudio

coincide con Llumiquinga (3) y Paredes (9) quienes también reportan 53% y 71% respectivamente, muy por el contrario Cora (11) reporta 58% en Trabajadoras dependientes, y con asociación altamente significativa $p=0.000$, contrario a nuestro reporte que encontramos una significancia $p = 0.96$ ($p > 0.05$) por lo tanto la procedencia no está relacionada al tipo de aborto, esta diferencia en la medición de esta variable con población regional similar nos llama la atención y servirá para mejorar la anamnesis de las pacientes que acuden a la atención por aborto, ya que en la práctica hospitalaria se puede evidenciar que no hay mayor indagación al momento de formular las preguntas.

Respecto a la procedencia, en nuestro estudio obtuvimos como resultado que el 75.6% de nuestra población proceden de la zona urbana, 19.7% de la zona rural explicado por ser hospital referencial y sólo un 4.7% de la zona urbana marginal colindante a la ciudad. Coincidiendo con el estudio de Llumiquinga (3) quien también encuentra 66% de procedencia de la zona urbana y 34% de la población rural. Antecedentes de nuestro estudio Ponce (7), Paredes (9), Lozano (10), Cora (11) y Camán (12) también encuentran los mayores porcentajes procedentes de la zona urbana.

Dado que la atención prenatal es una práctica que permite identificar los factores de riesgo y que, por otra parte, algunos casos de aborto pueden deberse a embarazos no deseados. unido al factor que en nuestra Región el inicio de la Atención Prenatal es tardía, podría justificarse que las mujeres atendidas por aborto en nuestro estudio, el 92.1% no tuvieron Atención Prenatal, el 5.5% tuvieron una sola atención Prenatal, coincidiendo con Paredes (9) quien encuentra 71% y con Ponce (7) que reporta (95.6%) , muy por el contrario Meléndez (2) y Osuna (4) reportan 62% y 58.5% respectivamente. En el análisis estadístico se obtuvo un nivel de significancia $p = 0.005$ ($p < 0,05$) por lo tanto la atención Prenatal si está relacionada al tipo de aborto, similar a lo mostrado por Osuna (4) $p=0.000$ y Ponce (7) $P00.04$.

Se encuentra en el estudio que las multigestas mujeres con 2 a 5 gestaciones presentan la mayor frecuencia de abortos 63.2%, lo cual concuerda con los

resultados del estudio de Lume (6) 80%. Ponce (7) 80% y Paredes (9) 62.6%. sin embargo el análisis bivariado arroja un resultado del nivel de significancia de $p=0.637$ ($p > 0.05$), por lo tanto el número de gestaciones no está relacionado al aborto, concordando con Gómez (5) $P=0.004$ y con Ponce (7) $P= 0.003$.

En cuanto a la presentación del aborto según edad gestacional, en el grupo de estudio ocurrió en un 59.1 %, en edad gestacional de menos o igual a 8 semanas disminuyendo a medida que aumenta la edad gestacional 26% de 9 a 14 semanas y 15% de 15 a 22 semanas, este resultado coincide con Camán (12) quien también reporta 71.2% entre 6 a 8 semanas de gestación. Los demás autores tienen márgenes de EG distinto a lo utilizado en nuestro estudio. Asimismo no se encontró significancia estadística $P= 0.809$ ($p > 0.05$), Diferente al resultado de Gomez (5) quien si encuentra significancia $p= 0.001$ pero en abortos con edades gestacional menor a 12 semanas.

Sobre el Periodo Intergenésico, variable planteada en este estudio, y que corresponde al tiempo entre la finalización de un embarazo y el inicio del siguiente, donde el organismo materno debe recuperarse y prepararse para una nueva gestación, nuestro estudio encuentra que el 67.7% gestaron antes de los 3 años, o sea antes del tiempo recomendado que es mayo o igual a 3 años. El análisis estadístico variado presenta un $X^2 = 22.39$ y un $P= 0.005$ ($p < 0.05$), por lo tanto el Periodo Intergenésico sí se relaciona a la presentación del aborto. En nuestros antecedentes ningún estudio consignó esta variable por lo que no es posible hacer la comparación respectiva.

En este estudio, el 3,9% de las mujeres que habían abortado presentaron infección urinaria, mientras que el 96,1% no. Hay que tener en cuenta que la estructura y la fisiología del sistema urinario experimentan cambios considerables durante el embarazo, lo que hace que las infecciones urinarias sean trastornos frecuentes y recurrentes, sobre todo si no se tratan eficaz y rápidamente, este resultado bajo en su presentación es explicado porque se trata de un estudio que abarca sólo hasta las 22 semanas de embarazo. pero con serias repercusiones en esta etapa; resultados concordantes encontramos con

los estudios de Gomez (5) 87% y Paredes (9) 67% . El análisis bivariado nos muestra un nivel de significancia de $p=0.001$ ($p<0.05$) por lo que se concluye que la Infección urinaria si se relaciona al aborto, coincidiendo con los resultados mostrados por Ponce (7) $P = 0.01$ y por Gomez (5) $P= 0.041$.

Por otro lado es conocido que los bajos niveles de hemoglobina, ocasionan elevado riesgo reproductivo, en este estudio la anemia estuvo presente en el 36.2% de la muestra estudiada y en el 96.1% no, resultado que se relaciona con el estudio de Ponce (7) quien encontró anemia en el 24% de la población estudiada; en contraste, Mendoza reporta la presencia de anemia en el 64.2% pero ninguno de los dos autores encontró una relación significativa, similar a nuestro resultado cuyo nivel de significancia fue de $p= 0.81$ ($p=>0.0$);

Por último, pero no por ello menos importante, descubrimos que el 42,5% de la muestra investigada tenía un peso normal, mientras que el IMC alterado representaba el 57,5%, con un predominio del sobrepeso en el 41,7%, lo que es similar a las conclusiones del estudio de Ponce (7). El 36% tiene sobrepeso, el 19% obesidad y el 43,5% peso normal. Mendoza también reporta 20.8% de sobrepeso y 29.5% de obesidad. Como resultado del nivel de significación del análisis estadístico de $p=0.94$ ($p > 0.05$), el aborto espontáneo no se asocia con el IMC en este estudio, y ninguno de sus antecedentes previos tampoco lo hizo.

CONCLUSIONES

1. En el Hospital Regional de Loreto durante el periodo Enero Junio 2022, la clasificación clínica del aborto, predominó el aborto incompleto (74%), seguido del aborto frustrado (22.8%) , en curso (2.4%) e inevitable.(0.8%)
2. Los factores de riesgo sociodemográfico identificados en el presente estudio son: Edad entre 20 y 29 años (47.2%), Estado civil conviviente (64.6%), Grado de instrucción secundaria (69.3%), ocupación ama de casa (70.1%)y procedencia urbana (75.6%)
3. Los factores de riesgo ginecobstétricos identificados en este estudio son: Sin Atención Prenatal (92.1%), Multigestas (63%) , con edad gestacional menor o igual a 8 Semanas (59.1%), y Periodo Intergenésico de 1 año (43.3%)
4. Los factores Clínicos identificados en el presente estudio fueron: anemia (36.2%), Infección Urinaria 3.9% e IMC con predominio de Peso Normal (42.5%) seguido del Sobrepeso (41.7%)
5. Los factores de riesgo relacionados al aborto tenemos: Estado Civil ($P=0.002$), La atención Pre Natal ($p=0.005$). el periodo Intergenésico ($P=0.005$) y la Infección urinaria ($p=0.001$) por lo tanto se acepta la hipótesis Alterna y se rechaza la hipótesis nula

RECOMENDACIONES:

1. Es necesario que los profesionales de Salud, especialmente los de Obstetricia desarrollen campañas de difusión que informen a la población los signos de alarma en la gestación temprana, para prevenir que las amenazas de aborto terminen en abortos y asistan oportunamente a un Establecimiento de Salud. Igualmente este resultado debe servir para ampliar la investigación sobre la naturaleza del inicio del aborto es decir si fue espontáneo o provocado.
2. los profesionales de obstetricia deben impulsar el trabajo con la estrategia de la atención preconcepcional y Planificación Familiar de tal manera que las parejas se preparen para la gestación y decidan el momento adecuado, tengan el soporte emocional que requiere la gestación, y cumplan sus metas planteadas: dichas actividades debe abarcar los distintos ámbitos donde se tenga población joven como son las universidades, institutos, clubes e instituciones educativas.
3. Los establecimientos de Salud deben fortalecer las actividades de Promoción de la Salud mediante la Atención Primaria de Salud que realizan y que les permita trabajar con las familias temas como la importancia del inicio precoz de la Atención Prenatal al realizar la captación de gestantes, la planificación Familiar enfatizando en uso de los método anticonceptivos y su gratuidad el que permitirá espaciar los embarazos y mejorar sus salud sexual y reproductiva.
4. Es necesario que en los Establecimientos de Salud, se inicien campañas difusionales para el acceso de la población a las atenciones médicas que incluyan desparasitación, suplementación ferrosa, así como la consejería en alimentación saludable de igual forma realizar las interconsultas de las mujeres edad fértil a los servicios de Obstetricia para la identificación de flujos vaginales que se relacionan con las infecciones urinarias frecuente en las gestantes, inicio de Planificación Familiar y la Atención

preconcepcional respectiva. Asimismo una vez iniciado la Atención Prenatal. el Obstetra debe vigilar estrictamente a las gestantes que presentes los factores de riesgo clínicos identificados en esta investigación como son. Índice de masa corporal anormal, anemia e ITU, los cuales pueden ser mejorados con un adecuado manejo y seguimiento.

5. Es importante que los profesionales de Obstetricia al realizar la APN, consideren la estabilidad emocional de las gestantes sobre todo de las solteras quienes muchas veces tienen una gestación no deseada que podría llevarles a un aborto provocado, asimismo incidir en las campañas de difusión del inicio Precoz de a Atención Prenatal y su regularidad en la asistencia..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **RODRIGUEZ BLANCO CLARA LUZ et al,** I “Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo”. Multimed. Revista Médica. Granma [Internet] 2020 [Citado 01 de Octubre 2022] . Disponible : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349
2. **MELENDEZ CUADRADO RAQUEL ELIZABETH (Ecuador 2019)** “Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del Hospital Básico del cantón el Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019” Tesis para la obtención del título de Obstetrix. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO . Ecuador 2019. Disponible en <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6491>
3. **LLUMIQUINGA FIGUEROA BETTY ALEXANDRA** “Violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes y su influencia en el aborto espontaneo y provocado” Trabajo de titulación para optar el titulo de Obstetra.. Universidad de Guayaquil . 2018. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31631/1/CD%20473-%20LLUMIQUINGA%20FIGUEROA%20%20BETTY%20ALEXANDRA.pdf>
4. **OSUNA VEGA JOSE LEROY.** “Factores de riesgo laboral asociados a abortos espontáneos en mujeres trabajadoras” Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. Universidad Autónoma de Bajo California. 2018. Disponible en <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/bitstream/20.500.12930/4707/1/TIJ130231.pdf>
5. **GOMEZ GONZALES WALTER et al** “Factores de riesgo socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres peruanas” Artículo Científico. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Septiembre/Diciembre 2020 Vol. 24 N° 3.

Disponible en Internet
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UTEL_f97bdf8b6b030cc3ad3b34bcd3fe6fdd/Details

6. **LUME MENDOZA, MIRTHA ROSSANA** “Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el servicio obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018. Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad profesional en Obstetricia. Universidad peruana los Andes. 2018. Disponible en <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1752#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20Los%20factores%20asociados%20al,la%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud.>
7. **PONCE LARA MIRIAM FELICITA** “Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del centro materno infantil Juan Pablo II. Villa el Salvador. primer semestre 2016” trabajo académico para optar el título de segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico. Universidad San Martín de Porres. Lima 2018. Disponible en internet en <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2514749>
8. **MENDOZA SIMBRON MARISOL EMELY** “ Factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años, en el Hospital San Juan de Lurigancho 2018. tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima 2018. Disponible en <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3237>
9. **PAREDES NUÑEZ MAYRA, QUISPE COTRINA YOSELIN.** Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en las pacientes atendidas del Hospital Vitarte, 2021 . Tesis para obtener el título profesional de obstetra. Universidad Roosevelt. Huancayo .2022. Disponible en <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/922>

10. **LOZANO PILCO BRANDY.** “Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15- 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Noviembre del 2016”. Tesis para obtener el título de médico Cirujano. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana . Iquitos 2017. Disponible en Internet
<https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4852>
11. **CORA ISUIZA VERONICA** “Factores sociodemográficos y actitudinales asociados al aborto en mujeres atendidas en los hospitales del MINSA – Iquitos del 2017” Tesis para obtener el título profesional de Obstetra Universidad Científica del Perú. Iquitos 2018. Disponible en internet
<http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/581>
12. **CAMAN RIOS PAOLA.** “Factores de riesgo relacionado al aborto provocado en mujeres que acuden al servicio ginecología .Hospital Cesar Garayar Garcia, marzo - mayo 2017”. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra Universidad Científica del Perú. Iquitos 2018. Disponible en internet. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/610>
13. **DE BRITO ERIKA, ET AL.** Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la Literatura. enfermería global [Internet]. 2016 [citado 5 Octubre 2022]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/revision4.pdf>
14. **FAÚNDES ANIBAL.** Strategies for the prevention of unsafe abortion. Int J Gynaecol Obstret. 2012; 119 (1): 68-71. Disponible en Internet
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22883917/>
15. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** “En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año” Nota de prensa. Setiembre 2017. Disponible en Internet
<https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

16. **PACHECO ROMERO JOSE** Manual de Obstetricia. 6ta Edición. Editor Lima RyF Publicaciones servicios .SAC 2016.
17. **VASQUEZ VASQUEZ JAVIER** Manual de Ginecología y Obstetricia. 5ta edición. Edit. Tierra Nueva,
18. **MINISTERIO DE SALUD** Guías de Práctica Clínica para la atención de las emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Primera Edición 2007.
19. **MARIT CHU BOMBIN et al** . Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Art. De investigación. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.84 no.6 Santiago dic. 2019.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000600460&script=sci_arttext
20. **SÁNCHEZ JORDAN JOSE MARÍA**. Legrado uterino – procedimiento, recuperación y complicaciones [Online] 2022. Revisado el 15 de Noviembre 2022. Disponible en
<https://www.reproduccionasistida.org/author/jose-maria-sanchez-jordan/>
21. **EUPATI CONNECT** Factores de riesgo en la salud y la enfermedad [Online] Revisado el 16 de Octubre del 2022] Disponible en
<https://toolbox.eupati.eu/resources/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/?lang=es>
22. **GUTTMACHER INSTITUTE**. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial [en línea] Reino Unido: Ministerio Holandés de Asuntos Exteriores y de UK, 2020. [citado 218 de octubre de 2022]. disponible en:
<https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial#>
23. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**. Datos y cifras. 25 de noviembre del 2021 Sitio web mundial. Disponible en
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

24. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.** Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Ecuador. 2013. Disponible en <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos>
25. **MELÉNDEZ YÚDICO JORDY, LIZBETH HERNÁNDEZ ET AL** Entre avances y penalización absoluta. Comparativo de la situación del aborto en América Latina. Junio 2018. Disponibl en <https://distintaslatitudes.net/explicadores/aborto-america-latina>
26. **CIARAVINO HUGO, MARTÍNEZ ANA ET AL** . Aborto en adolescentes menores de 16 años. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2006 [citado 30 noviembre 2022]; 25(4):167-171. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91225404>

ANEXOS

Anexo N° 1: Ficha de recolección de información

Aborto y factores de riesgo asociados en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto Enero Junio 2022 –Iquitos.

I. Factores de Riesgo Sociodemográficos

1. Edad :
 - a) 10 a 19
 - b) 20 a 29
 - c) 30 a 34
 - d) ≥ 35
2. Grado de Instrucción
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Superior
- 3) Ocupación
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Trabajadora Independiente
- 4) Procedencia
 - a) Urbana
 - b) Urbana marginal
 - c) Rural

II. Factores de riesgo Ginecoobstétricos

- 5) N° de Atenciones Prenatales.
 - a) Sin APN
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3

- 6) Número de gestaciones
 1) Primigesta 2) Multigesta 3) Gran multigesta
- 7) Edad Gestacional
 1 a 8 sem () 9 a 14 sem () 15 a 22 sem ()
- 8) Periodo intergenésico
 a) 1 año b) 2 años c) 3 años d) > 3

III. Factores de Riesgo Clínicos

9) Patologías

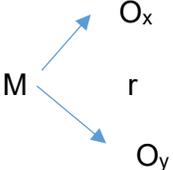
- | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| a) Infección del Trato Urinario | SI () | NO () |
| b) Anemia | SI () | NO () |
| c) IMC | BP () | PN () |
| | SB () | OB () |

IV. Tipo de Aborto

10) Clasificación

- a) Incompleto ()
 b) Frustrado ()
 c) Inevitable ()
 d) En Curso ()
 e) Sèptico ()

Anexo N° 2: Matriz de consistencia

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis	Variable s	Tipo y Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
<p>Aborto y factores de riesgo asociados en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto Enero Junio 2022 – Iquitos.</p>	<p>Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022?”</p> <p>Problemas específico 1)¿Cuál es el tipo de aborto más frecuente en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022</p> <p>Objetivos específicos 1) Identificar cuál es el tipo de aborto más frecuente en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022</p>	<p>H₁ Los factores de riesgo sociodemográficos , ginecoobstétricos y clínicos tienen relación significativa con el aborto, en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto Enero-Junio 2022</p> <p>H₀ Los factores de riesgo sociodemográficos , ginecoobstétricos y clínicos tienen relación significativa con el aborto, en mujeres</p>	<p>Variable independiente: Factores de Riesgo</p> <p>Variable Depend. Aborto</p>	<p>Tipo de estudio Cuantitativo Retrospectivo</p> <p>Diseño No experimental Correlacional Transversal</p> <p>Esquema</p>  <pre> graph LR M --> O_x M --> O_y </pre>	<p>Técnicas Revisión documentaria</p> <p>Procesamiento: Estadística descriptiva y T de Student</p>	<p>Población. Constituida por todos las pacientes que ingresan al servicio de Ginecología con el diagnóstico de Aborto, durante el periodo de estudio, siendo un total de 189 pacientes</p> <p>la muestra será calculada con la</p>

	<p>2) ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022?</p> <p>3) ¿Cuáles son los factores de riesgo ginecoobstétricos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022?</p> <p>4) ¿Cuáles son los factores clínicos, asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022?</p>	<p>2) Identificar cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022</p> <p>3) Identificar cuáles son los factores de riesgo ginecoobstétricos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022</p> <p>4) Identificar cuáles son los factores clínicos, asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de</p>	<p>atendidas en el Hospital Regional de Loreto Enero-Junio 2022</p>				<p>fórmula de población finita y que asciende a 127 unidades muestrales</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------

	<p>5) ¿Existe relación entre el aborto y los factores sociodemográficos ginecoobstétricos y clínicos en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022?</p>	<p>Loreto. Enero – Junio 2022</p> <p>5) Determinar la relación que existe entre el aborto y los factores sociodemográficos, ginecoobstétricos y clínicos en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero – Junio 2022</p>					
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--