

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN EL HOSPITAL

REGIONAL DE HUACHO 2018

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

Milagros Isabel, DÓNOLA GRADOS

ASESOR

M(o). Jacinto Jesús, PALACIOS SOLANO

JURADO EVALUADOR

M(o). William Rogelio PEÑA AYUDANTE

M.C. Edgar Ivan VALLADARES VERGARA

M.C. Manuel Rodolfo SÁNCHEZ ALIAGA

HUACHO – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO 2018**

AUTOR:

BACH. MILAGROS ISABEL DÓNOLA GRADOS

TESIS PREGRADO

ASESOR:

M(o). JACINTO JESÚS PALACIOS SOLANO

JURADO EVALUADOR:

M(O) WILLIAM ROGELIO PEÑA AYUDANTE

M.C. EDGAR IVAN VALLADARES VERGARA

M.C. MANUEL RODOLFO SÁNCHEZ ALIAGA

DEDICATORIA

A mi padre Jesús Dónola, mi persona favorita, a mi madre Dita Grados, mi amor eterno, a mis abuelos David, Claudina, Oscar y María por ser mi gran apoyo durante mi vida, a mis maestros por la paciencia y a todas las personas que siempre me apoyaron de una u otra manera.

ÍNDICE

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCION	x
Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Problema General	5
1.2.2 Problema específico	5
1.3 Objetivos de la investigación	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivo específico	6
1.4 Justificación de la investigación	7
1.5 Delimitación del estudio	8
1.6 Viabilidad del estudio	8
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Definiciones conceptuales	23
Capítulo III: METODOLOGÍA	25
3.1 Diseño metodológico	25
3.1.1 Tipo de investigación	25
3.1.2 Nivel de investigación	25
3.1.3 Diseño de investigación	26

3.1.4 Enfoque de la investigación	26
3.2 Población y muestra	26
3.3 Operacionalización de variables e indicadores	28
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.4.1 Técnicas a emplear	29
3.4.2 Descripción de los instrumentos	29
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	30
Capítulo IV: RESULTADOS	31
Capítulo V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5.1 Discusión	38
5.2 Conclusiones	39
5.3 Recomendaciones	40
Capítulo VI: FUENTES DE INFORMACIÓN	43
6.1 Fuentes bibliográficas	43
ANEXOS	49
ANEXO 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA	50
ANEXO 02. INSTRUMENTO PARA LA TOMA DE DATOS	52
ANEXO 03. SOLICITUD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO	53
ANEXO 04. PERMISO DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO PARA EL ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS	54
ANEXO 05. PERMISO DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA- OSTETRICIA PARA RECABAR INFORMACIÓN	55
ANEXO 06. CONSTANCIA DE ASESORÍA POR ESTADÍSTICO	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	28
Tabla 2 Distribución del antecedente de aborto previo	31
Tabla 3 Distribución de la edad gestacional	32
Tabla 4 Distribución de los tipos de aborto	32
Tabla 5 Distribución del tiempo de la espera para la atención médica	33
Tabla 6 Distribución del uso de misoprostol	34
Tabla 7 Distribución del requerimiento de transfusión sanguínea	34
Tabla 8 Distribución del tiempo de espera para la intervención quirúrgica	35
Tabla 9 Distribución del tiempo de hospitalización	36
Tabla 10 Distribución de la técnica quirúrgica para el tratamiento	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Representación gráfica de la variable tiempo de espera para la atención médica	33
Figura N° 2 Representación gráfica de la variable tiempo de espera para la intervención quirúrgica	35
Figura N° 3 Representación gráfica de la variable tiempo de hospitalización	36

RESUMEN

Se realizó un estudio cuyo objetivo principal es determinar las características de la atención del aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018, dicho estudio pertenece al nivel descriptivo, tipo retrospectivo, observacional y corte transversal. La muestra fue 236 mujeres atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto. Los resultados principales fueron: El 50% esperó más de 30 minutos para la atención médica, el 31.8% esperó de 10 a 30 minutos y el 18.2% esperó menos de 10 minutos. Al 24.2% se le administró misoprostol como parte del tratamiento. El 10.2% requirió transfusión sanguínea. El 48.7% esperó más de 8 horas para la intervención quirúrgica, sea legrado uterino o AMEU, el 42.8% esperó entre 2 a 8 horas y el 8.5% menos de 2 horas. El 64% estuvo hospitalizada más de 24 horas, el 33% de 12 a 24 horas, el 3% menos de 12 horas. Al 91.1% se le realizó legrado uterino como técnica quirúrgica para el tratamiento del aborto. Como conclusión se encontró que el tiempo de espera para la atención médica excede a lo encontrado por Gutiérrez (2009) donde 18,5% tuvieron que esperar más de 30 minutos, el tiempo de espera para la intervención quirúrgica excede a lo encontrado por Valverde (2016) donde 54.2% y 75.7% de tuvieron que esperar de 2 a 8 horas, el tiempo de hospitalización excede a lo encontrado por Martínez (2012) donde 4.3% tuvieron que esperar más de 24 horas, a diferencia de Micolta (2010) al 24.2% se le administró misoprostol como tratamiento, y a diferencia de Canto, T; Colven, C; Hernández, J; Vera, L (1985) el 89.8% no requirió transfusión sanguínea.

Palabras clave: características de la atención, aborto, tiempo de espera

ABSTRACT

A study was conducted whose main objective is to determine the characteristics of abortion care at the Regional Hospital of Huacho 2018, this study belongs to the descriptive level, retrospective, observational type and cross-section. The sample was 236 women treated with a diagnosis of any type of abortion. The main results were: 50% waited more than 30 minutes for medical attention, 31.8% waited 10-30 minutes and 18.2% waited less than 10 minutes. 24.2% were given misoprostol as part of the treatment. 10.2% required blood transfusion. 48.7% waited more than 8 hours for surgery, either uterine curettage or AMEU, 42.8% waited between 2 to 8 hours and 8.5% less than 2 hours. 64% were hospitalized more than 24 hours, 33% from 12 to 24 hours, 3% less than 12 hours. 91.1% had uterine curettage as a surgical technique for the treatment of abortion. In conclusion, it was found that the waiting time for medical care exceeds what was found by Gutiérrez (2009) where 18.5% had to wait more than 30 minutes, the waiting time for surgical intervention exceeds what found by Valverde (2016) where 54.2% and 75.7% had to wait 2 to 8 hours, the hospitalization time exceeds that found by Martínez (2012) where 4.3% had to wait more than 24 hours, unlike Micolta (2010) at 24.2% was given misoprostol as a treatment, and unlike Canto, T; Colven, C; Hernandez, J; Vera, L (1985) 89.8% did not require blood transfusion.

Keywords: Characteristics of care, abortion, waiting time

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo y en todos los tiempos, el aborto ha sido y sigue siendo un problema de salud pública y de repercusión social, comprometiendo la salud e incluso la vida de las mujeres que lo experimentan, de manera espontánea o intencional.

Toda mujer que cursa con un aborto, independiente de la situación clínica, es importante tener en cuenta que es una experiencia difícil en su vida, por lo tanto, parte del apoyo que se le puede brindar en un centro de salud es una atención de calidad, oportuna e integral.

La atención de una mujer que presenta un aborto debe basarse en la empatía, respeto y trato amable, crear un ambiente de confianza, se trate de un aborto espontáneo o inducido.

La intervención oportuna puede ser de mucha importancia en la vida de cada mujer; reducir las esperas en la atención, ya que los retrasos ponen a las pacientes en mayor riesgo de un evento adverso.

La presente investigación busca determinar las características de la atención del aborto en el aspecto tiempo de espera para la atención y el alta.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

1.1 Descripción de la realidad problemática

Independientemente de la condición clínica, en la atención, es importante tener presente que cursar con un aborto es una experiencia difícil en la vida de una mujer. Recibir una atención completa, integral y oportuna es un aporte fundamental e indispensable para superarla adecuadamente.

(Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2014, p. 10).

Entre 2010 y 2014 hubo en el mundo un promedio anual de 56 millones de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin ellas). Hubo 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años de edad.

Anualmente se realizan 22 millones de abortos peligrosos, de los cuales 47 000 provocan defunciones y más de 5 millones conllevan complicaciones, entre ellas aborto incompleto, hemorragias, infección, perforación uterina y daños en el tracto genital y órganos internos. (Organización Mundial de la Salud, 2019, párr. 1).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2016) afirmó que: “Cada año, uno de cada cuatro embarazos termina en un aborto, (...). Aunque los índices de aborto han mejorado en muchos países ricos en los últimos años, no ha habido cambios en las áreas más pobres en los últimos 15 años” (párr. 1-3).

El Instituto de Medicina (como se citó en National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018) refiere que:

La atención del aborto debe evaluarse utilizando las seis dimensiones de la calidad de la atención médica, (...). Estas dimensiones (seguridad, efectividad, orientación al paciente, puntualidad, eficiencia y equidad) han guiado los esfuerzos públicos y privados para mejorar la prestación de atención médica en los EE. UU, (...). Equidad: brindar atención que no varía en calidad debido a características personales como género, etnia, ubicación geográfica y estado socioeconómico. (p.1-19).

De Bruyn (como fue citado en Quiroz-Mendoza, Billngs y Gasman-Zylbermann, 2003) piensa que:

Se requiere de un enfoque no solamente en aspectos clínicos sino también de identificar las circunstancias específicas de las mujeres en situación de aborto para brindarles servicios de acuerdo con sus necesidades. Cada mujer que curse con un aborto, por cualquier motivo, requiere un abordaje diferente y personalizado en cualquier servicio de salud. (p. S66).

La OMS (2012) sugiere que:

Un sistema de salud debe mejorar seis áreas, efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptable, equitativa, segura. Equitativa: brindando atención médica que no varía en calidad debido a características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o estatus socioeconómico. (p. 63-82).

Según el Ministerio Nacional de Salud (2006):

Los pacientes con daños de prioridad II o prioridad III, son derivados para su atención a los diferentes tópicos (Cirugía, Pediatría, Medicina, Gineco-Obstetricia), (...). En tópico los pacientes son evaluados integralmente, y permanecen el tiempo suficiente para definir su destino final, que podrá ser: Hospitalización, Sala de observación, Centro Quirúrgico, referencia a otro centro asistencial o alta médica. La estancia en sala de observación no debe ser mayor de 12 horas, debe definirse su destino antes del tiempo indicado.

La determinación de la prioridad para la intervención de pacientes quirúrgicos, la realiza el Jefe de Guardia previa coordinación con el Jefe de equipo de guardia de cirugía. Ante la eventualidad de cirugías de emergencia simultaneas, se habilitarán salas de operaciones adicionales, teniendo siempre los pacientes de emergencia prioridad sobre los programados. Dentro de los pacientes de Prioridad II, son portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, como problemas específicos en pacientes obstétricas de prioridad II tenemos: Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo, aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto. (p. 21-31).

Gutiérrez (2009) afirmó que “el tiempo de espera para ser atendidos por el médico en el Hospital Cesar Amador Molina, Nicaragua, fue menos de 15 minutos, el 51%, de 15 a 30 minutos el 30.8%, de 31 a 60 minutos el 10.6%, y un 7.5% los que esperaron más de 60 minutos” (p. 25).

Flores (2017) afirmó que “la prevalencia de la aspiración manual endouterina en el Hospital Regional de Loreto – Loreto, fue de 76.96% y la prevalencia de legrado uterino fue 23.03%. El tiempo de hospitalización promedio fue para aspiración manual endouterina fue 1.3 días y para legrado uterino 1.53 días” (p. 34).

Valverde (2016) afirmó que:

A los pacientes de cirugía de cuidado agudo, grupo 1, y a los pacientes de cirugía de llamada, grupo 2 en los Hospitales Vicente Corral y José Carrasco Arteaga, Ecuador. El tiempo de espera en emergencia para ser atendido por el cirujano de guardia, posterior al registro del paciente en triaje, es menor a 1 hora, 92.5% y la disposición del espacio físico en sala de operaciones se logra con un tiempo de espera de al menos 2 horas en el 40%, tiempo que se prolonga hasta 4 horas 34,7% para el grupo 1. Para el grupo 2 el tiempo de espera en emergencia para para ser atendido por el cirujano de guardia, posterior al registro del paciente en triaje, es menor a 1 hora, 24,3%.

La disposición de espacio físico en sala de operaciones se logra con un tiempo de espera de al menos de 2 horas en el 40%, tiempo que se prolonga hasta 4 horas en el 34.7% de los pacientes del grupo 1. Para el grupo 2, la disposición de espacio físico de sala de operaciones en menos de 2 horas es de 19%, tiempo que se prolonga hasta 4 horas en el 48,1% de los pacientes. (p. 32-36).

De acuerdo a la observación como interna en el Hospital Regional de Huacho, no había una atención con calidad para las mujeres con diagnóstico de aborto.

En consecuencia, de ello la presente investigación intenta lograr un impacto científico y social de beneficio potencial para las mujeres ingresadas en el servicio de ginecología y

obstetricia del Hospital Regional de Huacho, así como de otras unidades hospitalarias del país a quienes se les espera brindar atención de mejor calidad, más adecuada, integral y equitativo del aborto de acuerdo a protocolos terapéuticos ya instaurados.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son las características de la atención del aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia de aborto previo como antecedente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018?

2. ¿Cuál es el grupo de edad gestacional más frecuente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018?

3. ¿Cuál es el tipo de aborto más frecuente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018?

4. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la atención médica en el Hospital Regional de Huacho 2018?

5. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el uso de misoprostol en el Hospital Regional de Huacho 2018?

6. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el requerimiento de transfusión sanguínea en el Hospital Regional de Huacho 2018?

7. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la intervención quirúrgica en el Hospital Regional de Huacho 2018?

8. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el tiempo de hospitalización del aborto en el Hospitales Regional de Huacho 2018?

9. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según la técnica quirúrgica para el tratamiento en el Hospital Regional de Huacho 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar las características de la atención del aborto en el Hospital regional de Huacho, en el aspecto de tiempo de espera para la atención y el alta.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar cuál es la frecuencia de aborto previo como antecedente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018.

2. Determinar cuál es el grupo de edad gestacional más frecuente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018.

3. Determinar cuál es el tipo de aborto más frecuente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018.

4. Determinar las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la atención médica en el Hospital Regional de Huacho 2018.

5. Determinar las características de la atención del aborto según el uso de misoprostol en el Hospital Regional de Huacho 2018.

6. Determinar las características de la atención del aborto según el requerimiento de transfusión sanguínea en el Hospital Regional de Huacho 2018.

7. Determinar las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la intervención quirúrgica en el Hospital Regional de Huacho 2018.

8. Determinar las características de la atención del aborto según el tiempo de hospitalización en el Hospital Regional de Huacho 2018.

9. Determinar las características de la atención del aborto según la técnica quirúrgica para el tratamiento en el Hospital Regional de Huacho 2018.

1.4 Justificación de la investigación

En todo el mundo, el aborto sigue siendo un problema de salud pública, originando situaciones dramáticas, con un costo social muy alto, comprometiendo la salud y la vida de las mujeres que lo experimentan, sea de manera espontánea o intencional.

El aborto puede llegar a ocasionar discapacidad y defunción para las mujeres que lo presenten.

De acuerdo a la observación, mientras rotaba como interna en el Hospital Regional de Huacho, no había una buena calidad en la atención para las mujeres con diagnóstico de aborto, tanto para la atención médica como quirúrgica.

Por lo cual este estudio de investigación se sustenta en que no hay trabajos realizados similares, por lo tanto, pretende conocer las características de la atención del aborto, para hacer frente a este fenómeno, con miras a mejorar la calidad de atención a pacientes con este diagnóstico, tanto en comportamiento del personal de salud y el manejo oportuno del aborto.

1.5 Delimitación del estudio

La investigación se determinó dentro de los siguientes aspectos:

Delimitación espacial: Esta investigación se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia perteneciente al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho

Delimitación temporal: La recolección y análisis de los datos obtenidos se hicieron en los meses de junio, julio y agosto 2019

Delimitación muestral: La muestra a obtener pertenece a todos los diagnósticos de aborto durante el periodo enero – diciembre 2018

Delimitación temática: Área general: Ciencias de Salud; Área específica: Medicina Humana; Especialidad: Ginecología y Obstetricia; Línea de investigación: características de la atención del aborto

1.6 Viabilidad del estudio

El presente estudio de investigación es viable porque es de carácter científico, social y académico en el área de salud pública, se realizará en el Hospital Regional de Huacho, en el departamento de Ginecología y Obstetricia, donde se nos facilitará el acceso y permiso para la recolección de información de las historias clínicas para conocer las características de la atención del aborto, en cuanto a la viabilidad financiera, esta tesis fue autofinanciada, sin exceder las posibilidades económicas del autor.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2018) en su informe de estudio consensuado titulado “*The safety and quality of abortion care in the United States*” el cual tuvo como objetivo proporcionar una revisión exhaustiva del estado de la ciencia sobre la seguridad y la calidad de los servicios de aborto, concluyeron que la calidad asistencial es un concepto multidimensional, cuyos seis atributos de la calidad de atención médica (seguridad, efectividad, orientación del paciente, puntualidad, eficiencia y equidad) son fundamentales. La conclusión a la cual llegaron es que la calidad de los servicios de aborto depende en gran medida del lugar donde viven las mujeres. En muchas partes del país, las regulaciones estatales han creado barreras para optimizar cada dimensión de la atención de calidad. La calidad de la atención es óptima cuando la atención se basa en la evidencia actual y cuando hay médicos capacitados disponibles para brindar servicios de aborto. Las circunstancias personales y las preferencias individuales de los pacientes (incluido el método de aborto preferido), las necesidades y los valores pueden ignorarse según el lugar donde vivan. La puntualidad de un aborto depende de una variedad de factores locales, como la disponibilidad de atención, la asequibilidad, la distancia del

proveedor y los requisitos estatales para una cita de asesoramiento en persona y períodos de espera (de 18 a 72 horas) entre el asesoramiento y el aborto. Es probable que las regulaciones estatales sobre el aborto afecten a las mujeres de manera diferente según su ubicación geográfica y estado socioeconómico.

Darney et al. (2018) en su investigación titulada “*Quality of care and abortion: beyond safety*” concluyen que: la calidad de la atención, se clasifica más como calidad interpersonal o la interacción de la atención médica, y calidad técnica, ya sea que los proveedores cumplan con los estándares normativos para la atención adecuada o criterios basados en la evidencia. La experiencia del paciente puede evaluar la calidad tanto interpersonal como técnica, mide la atención centrada en el cliente, incluidas las experiencias subjetivas (por ejemplo, el dolor fue controlado), las experiencias objetivas (por ejemplo, se esperó más de 15 minutos hora de la cita anterior), y las observaciones del médico, la enfermera o el comportamiento del personal (por ejemplo, el médico proporcionó toda la información relevante).

García (2017) en su estudio denominado “*Barreras de acceso y calidad en el control prenatal*”, tuvo como objetivo describir las barreras de acceso al control prenatal y la calidad de atención en gestantes en Meta. La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y de abordaje cuantitativo, con un marco muestral de 15 537 mujeres en embarazo, los resultados muestran que el tiempo de espera para la atención inmediata 13.58%, 52,65% de 5 a 15 minutos, de 15 a 30 minutos 25.17% y mayor a 30 minutos 8.61%. Finalmente, el investigador concluyó que es necesario mejorar la calidad e integridad de la atención por los prestadores de salud.

Valverde (2016) realizó la tesis titulada “*Gestión del tiempo de oportunidad quirúrgica de los modelos de atención cirugía de cuidado agudo y cirugía de llamada en el tratamiento de apendicitis aguda, Cuenca, 2014*”, la cual tuvo como objetivo principal.

Determinar el tiempo de oportunidad quirúrgica de los modelos de atención de cirugía de cuidado agudo y del modelo de atención de cirugía de llamada en el tratamiento de apendicitis aguda. En cuanto a la metodología, la investigación es de tipo descriptiva, longitudinal. La muestra fue obtenida por población finita, siendo el tamaño de la muestra de 435 pacientes divididos en grupo 1 a los pacientes de cirugía de cuidado agudo con un total de 225 pacientes y grupo 2 a los pacientes de cirugía de llamada con 210 pacientes.

Los resultados que arrojaron la aplicación de los formularios determinan que el tiempo de espera en el departamento de emergencia para ser atendido por el cirujano de guardia, posterior al registro del paciente en triaje, es menor a 1 hora, 92.5%. Siendo atendidos después de la primera hora el 5,3% y después de la segunda hora el 2,2% y la disposición del espacio físico en sala de operaciones se logra con un tiempo de espera de al menos 2 horas en el 40%, tiempo que se prolonga hasta 4 horas 34,7% para el grupo 1. Para el grupo 2 el tiempo de espera en el departamento de emergencia para para ser atendido por el cirujano de guardia, posterior al registro del paciente en triaje, es menor a 1 hora, 24,3%. Siendo atendidos después de la primera hora, 30% y después de la segunda hora, 45,7%. La disposición de espacio físico en sala de operaciones se logra con un tiempo de espera de al menos de 2 horas en el 40%, tiempo que se prolonga hasta 4 horas en el 34.7% de los pacientes del grupo 1. Para el grupo 2, la

disposición de espacio físico de sala de operaciones en menos de 2 horas es de 19%, tiempo que se prolonga hasta 4 horas en el 48,1% de los pacientes.

Delgadillo (2011) realizó una tesis titulada “*Satisfacción de las usuarias con aborto incompleto en relación a la atención recibida en el servicio de ARO I del departamento de Gineco-Obstetricia del HEODRA en el periodo comprendido de abril 2008-marzo 2009*”, la cual tuvo como objetivo principal.

Evaluar la satisfacción de las usuarias con aborto incompleto atendidas en el servicio de ARO. En cuanto a la metodología, es un estudio de tipo descriptivo, transversal. La selección de la muestra fue aleatoria, la cual estuvo conformada de 250 pacientes que fueron atendidas por aborto incompleto. La técnica que se empleó fue la encuesta.

Los resultados que se obtuvo con respecto a la actividades del proceso de atención de las pacientes, el tiempo de atención en admisión fue menos de 20 minutos, 31,2%, entre 20 a 30 minutos el 50%, y 18,8% más de 30 minutos, el tiempo de espera para la atención médica menos de 20 minutos fue 15.2%, entre 20 a 30 minutos fue 58%, y 26.8% mayor de 3º minutos, el tiempo de espera para la realización de procedimiento menos de 20 minutos fue 20%, entre 20 a 30 minutos fue 32%, y 46% para mayor de 30 minutos.

Gutiérrez (2009) realizó una tesis titulada “*Calidad de atención médica en la sala de emergencia del Hospital Cesar Amador Molina. Silais Matagalpa. III trimestre del 2009*”, la cual tuvo como objetivo principal.

Conocer la calidad de atención médica brindada en sala de emergencias del Hospital César Amador Molina de Matagalpa, Nicaragua, en el tercer trimestre del año 2009.

En cuanto a la metodología, es un estudio de tipo descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por 3121 paciente. La muestra estuvo constituida de 292 pacientes. La técnica que se utilizó fue la encuesta.

Los resultados que se obtuvo, el tiempo de espera para la atención médica fue menos de 15 minutos, 51%, de 15 a 30 minutos el 30.8%, de 31 a 60 minutos, 10.6% y para más de 60 minutos un 7,5%.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Flores (2017) realizó una tesis titulada “*Prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y legrado uterino en el manejo de abortos en mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016*”, la cual tuvo como objetivo principal.

Determinar la prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo de aborto

En cuanto a la metodología, la investigación es de tipo descriptiva, retrospectiva. La población estuvo constituida por 437 pacientes. La muestra corresponde a 204 pacientes de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo enero a diciembre 2016. La técnica empleada fue ficha de recolección de datos.

Los resultados que arrojaron, la prevalencia de la aspiración manual endouterina fue de 76.96% y la prevalencia de legrado uterino fue 23.03%.

El tiempo de hospitalización promedio fue para aspiración manual endouterina fue 1.3 días y para legrado uterino 1.53 días.

Jimenez, Rojas, & Lazarte (2017) realizaron una tesis titulada “*Prevalencia de urgencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017*”, la cual tuvo como objetivo principal.

Determinar la prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención.

La investigación es de tipo descriptiva, retrospectiva. La población estuvo constituida por 2087 pacientes. La selección de la muestra fue a través de muestreo no probabilístico, la cual estuvo conformada por 2087 pacientes atendidas en el Servicio de Emergencias en la Clínica Privada de Miraflores en el periodo 01-07 de febrero 2016 pacientes. La técnica empleada fue cuestionarios.

Los resultados que arrojaron la aplicación de cuestionarios determinan que el porcentaje de los pacientes atendidos dentro de los primeros 10 minutos, fue 42,9%, para los de prioridad II, así mismo que la media promedio de tiempo de espera es casi de atención inmediata ya que el 65% son atendidos a los 5 primeros minutos, inopinadamente de la prioridad de atención.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Características de la atención del aborto

La atención de mujeres que cursan un aborto siempre debe enmarcarse en el respeto hacia las personas y sus derechos sexuales y reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de las mujeres. Es importante que el equipo de salud tenga en cuenta que cursar un aborto representa una vivencia única y singular, que por lo general genera angustia y miedo por las consecuencias que pueda traer el evento, ya sea si se trató de un aborto

espontaneo o una interrupción involuntaria. Es necesario garantizar la atención integral, con un trato amable y respetuoso. (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2014, p.13).

Según Briozzo (como se citó en la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2011) refiere que “el aborto como hecho sanitario puede y debe ser atendido por el sistema de salud, apuntando siempre a salvaguardar el bienestar de la mujer, ella tiene derecho a la salud y a la atención médica” (p.20).

Lugar y forma de atención:

Según Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) refiere:

Evaluación del riesgo acorde con el nivel de la institución, los casos no complicados podrán ser manejados ambulatoriamente de acuerdo a la guía clínica. Brindar atención integral a la mujer, siendo el postaborto uno de los más críticos en la vida de la mujer, sea espontáneo o provocado, debe ofrecerse apoyo psicológico. Ofrecer métodos anticonceptivos postaborto con asesoramiento y la oportunidad de escoger y optar por un método. (p.14).

El trato que el personal del establecimiento de salud brinda a la mujer, desde que llega hasta el alta, influye mucho en la percepción sobre la atención que recibe, por ende el personal de salud debe tener en cuenta que ciertas actitudes mejoran las condiciones de atención, como por ejemplo: el trato humanizado, una actitud libre de prejuicios, uso de lenguaje claro y términos adecuados, construcción de un ambiente de confianza, el respeto del derecho a la confidencialidad, brindar a las mujeres información sobre su condición de salud, respetar su derecho a tomar decisiones, mantener una

escucha atenta. (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2014, p. 17).

2.2.2 Atención de calidad del aborto

Según National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2018):

Hay dos principios fundamentales en la atención de calidad del aborto, primero que las mujeres deben esperar que la atención del aborto que reciben, cumpla con estándares clínicos bien establecidos con objetividad, transparencia y rigor científico, y segundo, que la calidad de atención del aborto debe evaluarse utilizando las seis dimensiones de la calidad de atención médica, estas dimensiones son: seguridad, efectividad, centrarse en el paciente, puntualidad, eficiencia y equidad. (p.03).

Seguridad: “evitar lesiones a las pacientes por la atención que está destinada a ayudarlos, la seguridad aumenta cuando el aborto se realiza lo más temprano posible en el embarazo” (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018, p.10).

Efectividad: “proporcionar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán, evitando el uso insuficiente y el uso excesivo, respectivamente” (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018, p.10).

Centrarse en el paciente: “brindando atención que sea respetuosa y responda a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y garantice que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas” (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018, p.10)

Puntualidad: “reducir las esperas, y a veces, los retrasos perjudiciales tanto para quienes reciben como para quienes brindan atención. Los retrasos ponen al paciente en mayor riesgo de un evento adverso” (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018, p.11).

Eficiencia: “lograr calidad de atención con el uso de mínimos recursos, y en el menor tiempo posible, evitar el desperdicio de equipos, suministros, ideas y energía” (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018, p.11).

Equidad: “brindar atención que no varía en calidad debido a características personales como el género, el origen étnico, la ubicación geográfica y el estado socioeconómico” (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018, p.11).

2.2.2 Aborto

La palabra aborto se deriva del latín “aboriri” que significa abortar. Lo define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. En inglés existen dos términos para referirse al aborto, miscarriage y abortion, que son sinónimos. (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey y Sheffield, 2015, p.350).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2010) define al aborto como: “la expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable” (p. 01).

Cunningham et al. (2015) refiere:

Los términos que se han utilizado en la clínica durante decenios por lo general se utilizan para describir a los abortos más tardíos. Éstos

comprenden: 1. Aborto espontáneo: incluye a la amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto o completo y el aborto retenido. 2. Aborto recurrente: mujeres con abortos espontáneos repetidos. 3. Aborto inducido: interrupción quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad. (p.350-351).

2.2.3 Clasificación clínica del aborto espontáneo

Amenaza de aborto: Según Makrydimas (como se citó en Berek, 2013) lo define como: “el sangrado vaginal antes de la semana 20 de gestación. El sangrando suele ser leve y puede estar asociado a dolor abdominal bajo o de tipo cólico” (p.621).

Aborto inevitable: Cunningham et al (2015) lo define como: “la rotura de las membranas acompañada de dilatación cervical que va seguida siempre de contracciones uterinas o infección” (p.356).

Aborto completo:

Cunningham et al (2015) lo define como:

Expulsión del producto de la concepción completo antes de acudir al Hospital. A menudo describen hemorragia abundante, cólico y salida de tejido o de un feto. Es importante señalar que durante la exploración física el orificio cervical se encuentra cerrado. (p.356).

Aborto retenido: Cunningham et al (2015) lo define como: “producto muerto de la concepción que se retenía durante varios días, semanas o meses dentro del útero con un orificio cervical cerrado” (p.356).

Aborto incompleto: Según la Organización Mundial de la Salud (2018) está definido como “presencia clínica de orificio cervical abierto y hemorragia, por lo que no se han

expulsado del útero todos los productos de la concepción. Los síntomas comunes incluyen sangrado vaginal y dolor abdominal” (p.16).

2.2.4 Aborto espontáneo del primer trimestre

Patogenia:

Cunningham et al. (2015) refiere:

Más del 80% de los abortos espontáneos ocurren en las primeras 12 semanas de la gestación. En los abortos del primer trimestre el embrión o feto casi siempre muere antes de su expulsión espontánea. La muerte por lo general se acompaña de hemorragia en la decidua basal. A continuación, se necrosan los tejidos adyacentes, lo que estimula las contracciones uterinas y la expulsión. El saco gestacional íntegro se encuentra lleno de líquido y puede contener o no un embrión o feto. (p.351).

2.2.5 Aborto espontáneo del segundo trimestre

Cunningham et al. (2015) refiere: “El intervalo que define al aborto del segundo trimestre se extiende desde el final del primer trimestre hasta que el feto pesa ≥ 500 g o la edad gestacional alcanza las 20 semanas” (p. 354).

Causas:

Cunningham et al. (2015) afirma:

A diferencia de los abortos del primer trimestre que a menudo son causados por aneuploidías cromosómicas, estos abortos son secundarios a diversas causas, (...). Ejemplo de causas: anomalías fetales (cromosómicas, estructurales), defectos uterinos (congénitos, leiomiomas, insuficiencia

cervical), causas placentarias, enfermedades maternas (autoinmunitarias, infecciones, metabólicas). (p.354).

2.2.6 Cuadro clínico

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) es cuando: “se presenta dolor en hipogastrio con sangrado vía vaginal, asociado a amenorrea. (p.13).

2.2.7 Diagnóstico

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (2010): “debe haber correlación entre el cuadro clínico y la ecografía transvaginal o transabdominal según la edad gestacional y concentración de B-HCG” (p.13).

2.2.8 Tratamiento del aborto espontáneo

Cunningham et al. (2015) refiere: “existen tres opciones que son razonables: el tratamiento expectante, farmacológico o quirúrgico, (...). El tratamiento expectante del aborto incompleto espontáneo tiene un índice de fracasos hasta de 50%” (p.357).

Según Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) hay dos opciones de tratamiento: “En pacientes hemodinámicamente estables: evacuación uterina a través de aspiración manual endouterina (AMEU) en un aborto no complicado \leq de 12 semanas o legrado uterino después de 12 semanas de edad gestacional” (p.14).

Tratamiento médico: Camacho, Quesada, Palomo, Sánchez, & Córdor (2012) afirma: “El misoprostol tiene un papel potencial en el tratamiento del aborto, como un método para la evacuación uterina en las pérdidas reproductivas precoces, fácil de usar, asequible y de bajo costo” (p. 01).

El Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) refiere que:

El misoprostol está indicado en abortos frustrado, inevitable, óbitos fetales, retenidos; y también es de uso en hemorragias post parto. El tratamiento médico es reservado a la maduración cervical para el tratamiento quirúrgico posterior y evitar así posibles injurias sobre el cérvix o el útero. (p.14).

Tratamiento quirúrgico:

Según Ministerio Nacional de Salud (2007) refiere que:

El legrado uterino se utiliza con fines terapéuticos (aborto incompleto) o diagnósticos (biopsia endometrial). Dentro de sus criterios de alta: sin complicaciones, antes de las 24 horas según evaluación del estado general, sangrado y dolor y restitución de la capacidad de realizar labores comunes. Si presenta complicaciones, será según criterio médico individualizado. La aspiración manual endouterina disminuye las complicaciones, costos y estancia hospitalaria. Dentro de sus criterios de alta: a las 2 horas, cuando la paciente pueda vestirse por sí sola, con funciones vitales normales y no presente ningún signo de alarma, con control a los 7 días en su establecimiento de origen. (p. 133-134-135-139).

Según la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010): “El procedimiento quirúrgico realizado entre la 7 y 12 semanas de gestación está asociado con pocas complicaciones, que el desarrollado entre 12 y 22 semanas de amenorrea” (p.15).

2.2.9 Manejo del aborto

Según Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) refiere que:

El manejo debe ser según nivel de complejidad y capacidad resolutive del establecimiento. Debe haber un tratamiento oportuno del aborto, preservar la fertilidad futura, prevenir el deterioro materno, realizar interconsulta a otras especialidades y a UCI materna de ser necesario, en caso de complicaciones convocar manejo mediante junta médica, consentimiento informado del paciente y/o familiares. Pacientes adolescentes deben ser hospitalizadas. (p.14).

2.2.10 Complicaciones

Según Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) refiere que son: “anemia aguda, shock hipovolémico, shock séptico, perforación uterina, desgarros de cérvix, pelviperitonitis, remoción incompleta del feto o restos placentarios o infección, muerte materna” (p.16).

2.2.11 Criterios de alta:

Según Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) refiere:

Después de la evacuación uterina por AMEU, si la paciente se encuentra estable hemodinámicamente y en ausencia de complicaciones, se indicará el alta y reposo domiciliario, después de dos horas de observación. En pacientes post legrado uterino el alta será dada según criterio clínico. Paciente estabilizada hemodinámicamente, con funciones estables, con prueba de deambulación, sin síntomas, con capacidad de ingerir alimentos y

realizar actividades comunes, impartir: orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. Elección de un método anticonceptivo. (p.15).

2.3 Definiciones Conceptuales

Aborto: Lo define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. Cunningham et al. (2015) (p. 350).

Aborto previo: Es el número total de abortos que ha tenido la paciente ya sean espontáneos o inducidos. Sin contar el actual. (Choquejagua, 2016, p.60).

Edad gestacional: Es el tiempo transcurrido desde el comienzo del último periodo menstrual de la mujer, por lo general se cuenta en semanas. (Manual MSD Versión para profesionales, 2017).

Tipos de aborto: Aborto espontáneo: incluye a la amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto o completo y el aborto retenido. 2. Aborto recurrente: mujeres con abortos espontáneos repetidos. 3. Aborto inducido: interrupción quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad. (Cunningham et al., 2015, p.350-351).

Misoprostol: análogo semisintético de la prostaglandina E1, en ginecología induce la contracción uterina, produce dilatación del cérvix. (Vademecum, 2019).

Técnicas quirúrgicas para el tratamiento: se realiza por vía transvaginal a través del cuello uterino dilatado o, en raras ocasiones, por medio de una laparotomía con histerotomía o histerectomía. Para la evacuación transvaginal conviene reblandecer antes el cuello uterino y esta técnica se acompaña de menos dolor, es más sencilla. Dos técnicas quirúrgicas dilatación y Legrado y aspiración endouterina. (Kapp, citado en Cunningham et al., 2015, p. 364).

Tiempo de espera: Es el tiempo que el paciente tiene que esperar desde la llegada al servicio de emergencia hasta que recibe la atención médica. (Jimenez, Rojas, & Lazarte, 2017, p. 59).

Tiempo de hospitalización: Periodo de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica. (Lexico powered by Oxford, 2019).

Tiempo de espera para intervención quirúrgica: incluye el rango de tiempo medido desde la hora en la cual se notifica al centro quirúrgico por medio de la elaboración del parte operatorio, hasta la hora que el paciente ingresa a sala de operaciones registrando el inicio del acto quirúrgico. (Valverde, 2016, p. 28).

Transfusión sanguínea: Es la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto donante a otro receptor. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Capítulo III

Metodología

3.1 Diseño Metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo observacional porque solo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por lo tanto, no se puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso. Es retrospectivo porque utilizó información anteriormente a su planeación con fines ajenos al trabajo de investigación que se pretende realizar. Es transversal porque midió una sola vez la o las variables y de inmediato se procederá a su descripción o análisis; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades. (Mormontoy, 1995, p. 09-12)

Es descriptivo porque observó, describió y documentó aspectos de una situación que ocurrió de manera natural. (Polit & Hungler, 2000, p. 190-191)

3.1.2 Nivel de investigación

Nivel Descriptivo porque únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p.92).

3.1.3 Diseño de investigación

Es no experimental porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables, sin hacer variar en forma intencional las variables independientes. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p.154).

3.1.4 Enfoque de la investigación

Es cuantitativo porque se basó en métodos de recolección de datos plasmados en las historias clínicas de las pacientes estudiadas, análisis de los datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de determinar las variables y extraer conclusiones. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 4-5).

La línea de investigación según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) pertenece al área de Ciencias Médicas y de Salud, a la subárea Medicina Clínica y a la disciplina Obstetricia y Ginecología.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

La población en estudio estuvo constituida por 608 mujeres en edad reproductiva diagnosticadas y atendidas con cualquier tipo de aborto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia enero – diciembre 2018.

3.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 236 pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia enero – diciembre 2018 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La muestra del estudio se tomará de la población aplicando la fórmula para cálculo de la muestra: Poblaciones finitas, cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran:

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

Dónde: n = muestra, N = población total, p = 0.5, q = 1-p = 0.5, E = grado de error = (0.05), Z = (1.96)

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

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 608 \times 0.5 \times 0.5}{[(0.05)^2(607)] + [(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5]}$$

$$n = \frac{583.9232}{1.5175 + 0.9604} = \frac{583.9232}{2.4779} = 235,652$$

$$n = 236$$

3.3 Operacionalización de variables e indicadores

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Valor final
Aborto previo	Es el número total de abortos que ha tenido la paciente ya sean espontáneos o inducidos. Sin contar el actual	Antecedente de abortos que ha tenido la paciente registrado en la historia clínica	Nominal	Si No
Edad gestacional	Fecha de inicio de su última menstruación hasta el día de la expulsión total o parcial del producto de la concepción	Semanas de gestación registradas en la historia clínica	Razón	Menos de 12 semanas De 12 semanas a más
Tipos del aborto	Incluye: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto o completo, aborto retenido	Tipo de aborto registrado en la historia clínica	Nominal	Aborto inevitable Aborto incompleto Aborto completo Aborto retenido
Tiempo de espera para la atención	Tiempo que el paciente tiene que esperar desde la llegada al servicio de emergencia hasta que recibe atención médica	Hora de atención menos hora de llegada registrada en la historia clínica	Continua	Menos de 10 minutos De 10 a 30 minutos Más de 30 minutos
Uso de misoprostol	Análogo semisintético de la prostaglandina E1, en ginecología induce la contracción de la musculatura uterina	Utilización de misoprostol registrado en la historia clínica	Nominal	Si No
Transfusión sanguínea	Transferencia de sangre o componente sanguíneos de un sujeto donante a otro receptor	Requerimiento de transfusión sanguínea de la paciente registrado en la historia clínica	Nominal	Si No

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica	Tiempo medido desde la llegada del paciente hasta la hora que el paciente ingresa a sala de operaciones registrado en el acto quirúrgico	Hora de inicio de operación menos hora de llegada al hospital registrado en la historia clínica	Intervalo	Menos de 2 horas De 2 a 8 horas Más de 8 horas
Tiempo de hospitalización	Periodo de tiempo que una persona enferma o herida pasa en el hospital hasta obtener el alta médica	Hora de egreso menos hora de ingreso de la paciente registrado en la historia clínica	Intervalo	De 1 a 12 horas De 13 a 24 horas Más de 24 horas
Técnicas quirúrgicas para el tratamiento	Se realiza por vía transvaginal a través del cuello uterino dilatado o, en raras ocasiones, por medio de una laparotomía con histerotomía o histerectomía	Técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento del aborto registrado en la historia clínica	Nominal	Aspiración manual endouterina Legrado uterino Histerectomía

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnicas a emplear

Los datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas de todos los tipos de abortos atendidos en el Hospital Regional de Huacho en el año 2018, haciendo uso de una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador, previa coordinación con la oficina de investigación y docencia, y los permisos de las autoridades pertinentes.

3.4.2 Descripción de los instrumentos

El instrumento constó de una ficha de registro de datos de los abortos atendidos en el Hospital Regional de Huacho en el año 2018.

La ficha de registro de datos constó de los siguientes ítems: edad, estado civil, grado de instrucción, antecedente de aborto previo, edad gestacional, tipos del aborto, tiempo de

espera para la atención, uso de misoprostol, requerimiento de transfusión sanguínea, tiempo de espera para la intervención quirúrgica, tiempo de hospitalización, técnica quirúrgica para el tratamiento.

Validación: No se requiere por tratarse de una ficha para recolectar información para un estudio descriptivo.

Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticadas con cualquier tipo de aborto por ecografía. Paciente atendida en el Hospital Regional de: Huacho en el año 2018.

Criterios de exclusión: Historias Clínicas incompletas. Pacientes atendidas y diagnosticadas con amenaza de aborto, embarazo no evolutivo, como primer diagnóstico.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Con los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con cualquier tipo de aborto se elaboró una base de datos, transfiriendo dicha información a los programas Software Excel 2013 y SPSS Versión 25, donde las diferentes variables fueron tabuladas, resumidas y representadas en cuadros de distribución de frecuencia, siendo sometidas al análisis estadístico. Al finalizar el análisis se obtuvo información que nos permitió presentarlo en gráficos y tablas para su posterior interpretación y discusión.

Capítulo IV

Resultados

En el Hospital Regional de Huacho, durante el año 2018 se atendieron a 608 mujeres diagnosticadas con cualquier tipo de aborto. Se trabajó con una muestra de 236 pacientes mujeres atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto.

De todas las mujeres atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto, solo el 38.1% (90) de las pacientes tuvieron antecedente de aborto previo. Tabla N° 2.

Tabla 2

Distribución del antecedente de aborto previo según frecuencias y porcentajes

Antecedente de aborto previo	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	146	61.9
Si	90	38.1
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

La mayoría de las mujeres atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto tenían menos de 12 semanas de gestación, 80.5% (190), siendo en su mayoría las mujeres que tenían 9 semanas de gestación con 14.4%, y una media de 8.00. Tabla N° 3.

Tabla 3

Distribución del antecedente de edad gestacional según frecuencias y porcentajes

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 12 semanas	190	80.5
De 12 semanas a más	46	19.5
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

La mayoría de las mujeres tuvieron como diagnóstico aborto incompleto con una representación del 77.5% (183). Solo el 3.8% fueron abortos inevitables. Tabla N° 4.

Tabla 4

Distribución de los tipos de aborto según frecuencias y porcentajes

Tipos de aborto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Aborto Incompleto	183	77.5
Aborto Inevitable	9	3.9
Aborto Retenido	44	18.6
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

La mayoría de las mujeres tuvieron que esperar más de 30 minutos, 50% (118), para recibir atención médica desde su llegada al servicio de emergencia, mientras que al 18,2% fueron atendidas en menos de 10 minutos. Tabla N° 5 y Figura N° 01.

Tabla 5

Distribución del tiempo de espera para la atención según frecuencias y porcentaje

Tiempo de espera para la atención médica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 10 minutos	43	18.2
De 10 a 30 minutos	75	31.8
Más de 30 minutos	118	50.0
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

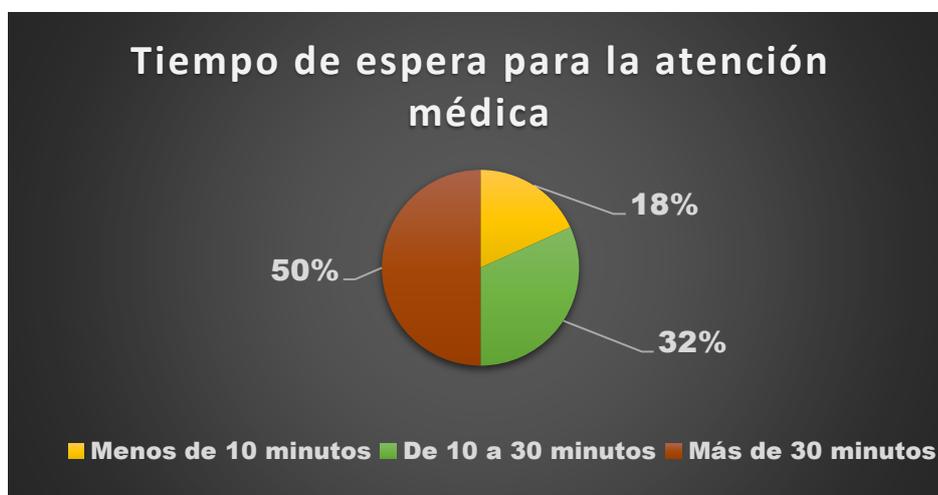


Figura 1. Representación gráfica de la variable tiempo de espera para la atención médica en porcentajes.

De todas las mujeres atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto, la mayoría no utilizó como tratamiento al misoprostol, con una frecuencia de 75,8%. Tabla N° 6.

Tabla 6

Distribución del uso de misoprostol según frecuencias y porcentajes

Uso de misoprostol	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	179	75.8
Si	57	24.2
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

De todas las mujeres atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto, solo el 10,2% requirieron de transfusión sanguínea. Tabla N° 7.

Tabla 7

Distribución del requerimiento de transfusión sanguínea según frecuencias y porcentajes

Requerimiento de transfusión sanguínea	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	212	89.8
Si	24	10.2
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

El 48,7% de las mujeres atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto, tuvieron que esperar más de 8 horas para el inicio de la intervención quirúrgica, solo al 8,5% de ellas se les intervino en menos de 2 horas. Tabla N° 8 y Figura N° 02.

Tabla 8

Distribución del tiempo de espera para la intervención quirúrgica según frecuencias y porcentajes

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2 horas	20	8.5
De 2 a 8 horas	101	42.8
Más de 8 horas	115	48.7
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

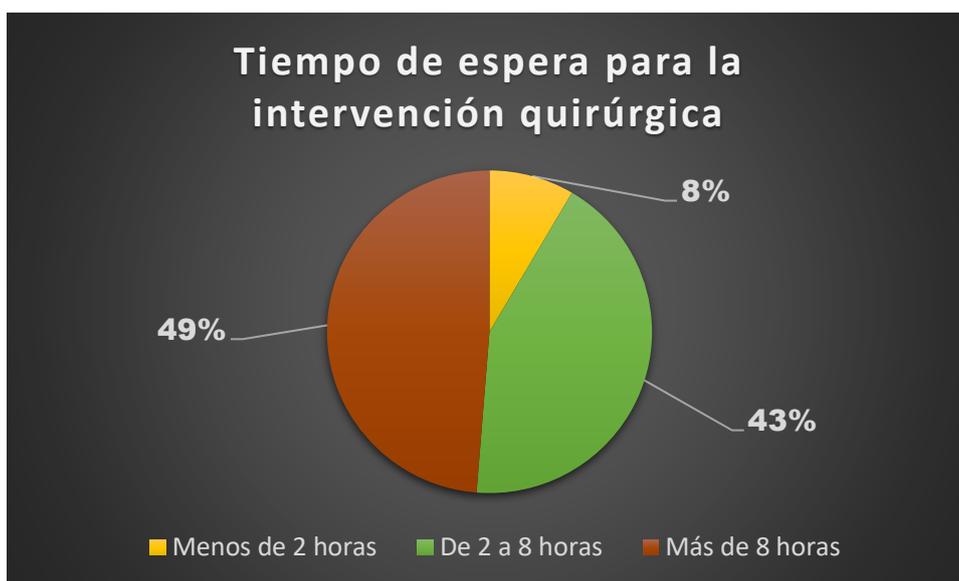


Figura 2. Representación gráfica de la variable tiempo de espera para la intervención quirúrgica en porcentajes.

La mayoría de las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto estuvieron hospitalizadas más de 24 horas, con una frecuencia de 64%. Solo el 3% estuvieron hospitalizadas menos de 12 horas. Tabla N° 9 y Figura N°03.

Tabla 9

Distribución del tiempo de hospitalización en frecuencias y porcentajes

Tiempo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 12 horas	7	3
De 12 a 24 horas	78	33
Más de 24 horas	151	64
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)



Figura 3. Representación gráfica de la variable tiempo de hospitalización en porcentajes.

La técnica quirúrgica empleada como tratamiento para cualquier tipo de aborto con mayor frecuencia fue Legrado Uterino, 91,1%. Solo en el 8.9% se utilizó como tratamiento a la Aspiración Manual Endouterina. Tabla N° 10.

Tabla 10

Distribución de la técnica quirúrgica para el tratamiento en frecuencias y porcentajes

Técnica quirúrgica para el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
AMEU	21	8.9
Legrado uterino	215	91.1
Total	236	100.0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Huacho (Elaboración propia)

Capítulo V

Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Discusión

En nuestro estudio encontramos que el 38.1% de las pacientes atendidas con cualquier tipo de aborto presentaron antecedente de aborto previo, similar a Medina (2017) donde solo el 21% tuvo aborto previo.

En el estudio realizado por Choquejahuá (2016) el mayor porcentaje de pacientes presentaron una edad gestacional menor de 12 semanas, 73,42%, al igual que en nuestro estudio. Asimismo, se encontró que el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto, 69,62%, seguido del aborto retenido, 12,24%.

El tiempo de espera para la atención médica se basa en los minutos que espera la paciente para ser atendido por el ginecólogo de guardia, al igual que Gutiérrez (2009). En nuestro estudio, el tiempo de espera para la atención médica menos de 10 minutos es de solo 18.2%, de 10 a 30 minutos, 31,8%, y el 50% de las pacientes esperó más de 30 minutos para la atención médica; mientras que en Gutiérrez (2009) solo el 18,5% de las pacientes esperaron más de 30 minutos para la atención médica.

En la investigación realizada por Narváez & Neira (2010), se obtuvo que de todas las adolescentes que cursaron con algún tipo de aborto, (n=87), ninguna utilizó misoprostol, y

de todas las pacientes adultas que cursaron con algún tipo de aborto. (n=305), solo el 0.33% utilizó misoprostol, a diferencia del estudio de Micolta (2010) donde el 88% de las pacientes utilizaron misoprostol, en nuestro estudio el 24.2% de las pacientes utilizó misoprostol

Solo el 10.2% de las pacientes atendidas requirieron transfusión sanguínea en nuestro estudio, a diferencia del estudio de (Canto de Cetina, Colven, Heernández Cano, & Vera Gamboa (1985), donde el 51.8% requirió transfusión sanguínea.

En la investigación realizada por Valverde (2016), se obtuvo que el 54.2% espero de 2 a 8 horas para una intervención quirúrgica, en cirugías de cuidado agudo, y 75.7% de 2 a 8 horas en casos de cirugías de llamado, a diferencia de nuestro estudio donde encontramos que el 48.7% tuvo que esperar más de 8 horas para una intervención quirúrgica y solo el 8.5% esperaron menos de 2 horas.

En Martínez (2012), se encontró la mayoría de las pacientes tuvieron un tiempo de hospitalización de 13 a 24 horas, 57.4%, y solo el 4.3% estuvieron hospitalizadas más de 24 horas, a diferencia de nuestra investigación donde el 64% de las pacientes estuvieron hospitalizadas más de 24 horas.

Al igual que en Guerrero (2018) la técnica quirúrgica para el tratamiento del aborto más empleada fue legrado uterino, 59.3%, en nuestro estudio se obtuvo para la técnica más empleada al legrado uterino, 91.1%.

5.2 Conclusiones

1. El 38.1% de las pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de aborto presentaron antecedente de aborto previo.
2. Así mismo el 80.5% tenía menos de 12 semanas de gestación.

3. En tipo de aborto, el aborto incompleto fue representado por 77.5% del total de las pacientes, el aborto inevitable 3.9%, el aborto retenido 18.6%.

4. Con respecto a las características de la atención del aborto en el Hospital Regional de Huacho en el año 2018, el tiempo de espera para la atención médica excede a lo encontrado por Gutiérrez (2009) donde 18,5% tuvieron que esperar más de 30 minutos para ser atendida por un médico especialista, Ginecólogo.

5. El misoprostol como parte del tratamiento médico fue administrado al 24.2% de las pacientes.

6. Del total de las pacientes no requirieron transfusión sanguínea el 89.8%.

7. El tiempo que tuvo que esperar la paciente desde su llegada hasta el inicio de su la intervención quirúrgica, sea legrado uterino o AMEU excedió a lo encontrado por Valverde (2016) donde 54.2% y 75.7% de tuvieron que esperar de 2 a 8 horas. En nuestro estudio el 8.5% de las pacientes se las intervino en menos de 2 horas.

8. El tiempo que la paciente estuvo hospitalizada se midió en horas y el 64% de ellas estuvo más de 24 horas, excede a lo encontrado por Martínez (2012) donde 4.3% tuvieron que esperar más de 24 horas.

9. La técnica quirúrgica más utilizada como tratamiento para el aborto en el Hospital Regional de Huacho en el año 2018 fue el legrado uterino con un 89.9% del total.

5.3 Recomendaciones

Realizar más investigaciones con más variables que describan y midan la calidad de atención del aborto, con por ejemplo encuestas, donde se aborde también el nivel de satisfacción de las usuarias en situación de aborto.

1. Se recomienda que las autoridades deben proporcionar información y/o charlas sobre anticoncepción y embarazo a las mujeres en edad reproductiva. Orientar a las mujeres en edad reproductiva sobre cómo identificar los signos y síntomas que se presentan cuando se genera un aborto.

2. Se recomienda que el país debe formular políticas propicias con el fin de proporcionar educación integral en materia de planificación familiar.

3. Desde los centros educativos, institutos, universidades e inclusive los diversos trabajos donde la mujer en edad reproductiva se pueda encontrar, se debe asesorar sobre el uso de anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, aborto seguro y las complicaciones derivadas de un aborto peligroso.

4. Es importante recomendar a las mujeres que ya cursaron con un aborto, a un control ginecológico cuando no elijan un método anticonceptivo y presenten amenorrea por un mes, así como también a las que presenten por primera vez un aborto.

5. Se recomienda analizar y evaluar la demora en los tiempos de espera para la atención médica como para las intervenciones quirúrgicas, para así brindar una mejor calidad de atención.

6. Es importante informar a la paciente sobre el tratamiento con misoprostol y los efectos que se puede esperar como sangrado, dolor o cólicos abdominales, síntomas gastrointestinales y hasta fiebre.

7. Es importante informar a la paciente y a sus familiares sobre las posibles complicaciones que puede presentar la paciente, ya que podría llegar a necesitar el algún momento transfusión sanguínea.

8. El personal encargado de la atención quirúrgica, debe de informar y explicar personalmente del procedimiento que hará a la paciente, responder las dudas y preguntas que se le generen, con trato humanizado.

9. Reuniones con el equipo de salud, encargados de la atención de las pacientes que cursan con un aborto, ya que independientemente de la situación clínica el proceso de atención es importante, y se tienen que encontrar capacitados para brindar una atención completa, integral, de calidad y oportuna.

Finalmente se recomienda la atención humanizada, la empatía, el respeto, sin discriminación, pues cursar con un aborto puede ser una experiencia difícil en la vida de una mujer.

Capítulo VI:

Fuentes de Información

5.1 Fuentes Bibliográficas

Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud.

Revista Salud en Tabasco, 11(1-2), 333-338.

Berek, J. (2013). *Berek y Novak Ginecología*. Barcelona, España: Assstant & Design.

Camacho, M., Quesada, J., Palomo, M. J., Sánchez, E. M., & Córdor, L. M. (2012).

Factores clínicos y demográficos predictores de éxito del misoprostol en el tratamiento médico del aborto espontáneo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 77(2), 116-121*. Obtenido de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

[75262012000200007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200007)

Canto de Cetina, T., Colven, C., Hernández, J., & Vera, L. (1985). Aborto incompleto:

características de las pacientes tratadas en el Hospital O'Horan de Mérida, Yucatán.

Salud Pública de México, 27(6), 507-513.

Choquejahuá, K. (2016). *Incidencia y complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado Julio-Diciembre 2015*.

Tesis de pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de

ciencias de la salud, Tacna, Perú. Obtenido de

http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2253/948_2016_choqueja_hua_pilco_kl_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., . . . Sheffield, J. S. (2015). En *Williams Obstetricia 24 e* (pág. 350). Santa Fe, México: Mcgraw-Hill Interamericana.

Darney, B. G., Powell, B., Andersen, K., Baum, S. E., Blanchard, K., Gerds, C., . . . Kapp, N. (2018). Quality of care and abortion: beyond safety. *BMJ Sex Reprod Health*, *44*, 159-160. doi:10.1136/bmjsex-2018-200060

Delgadillo, J. M. (2011). *Satisfacción de las usuarias con aborto incompleto en relación a la atención recibida en el servicio de ARO I departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA en el periodo comprendido de abril 2008-marzo 2009*. Tesis de postgrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, Nicaragua. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/6805>

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (16 de mayo de 2016). *Some 25% of pregnancies terminated*. Obtenido de www.figo.org/news/some-25-pregnancies-terminated-0015289

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2011). *Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado*. Obtenido de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia%20de%20procedimientos para%20la%20Atenci%C3%B3n%20de%20Mujeres%20en%20situaci%C3%B3n.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia%20de%20procedimientos%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20de%20Mujeres%20en%20situaci%C3%B3n.pdf)

- Flores, J. P. (2017). *Prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y legrado uterino en el manejo de aborto en mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Medicina, Perú.
Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4854/Jimy_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista Facultad de Medicina*, 65(2), 305-10. doi:dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704
- Guerrero, I. (2018). *Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes-Paita durante el Período Julio a Diciembre 2017*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud, Piura, Perú.
- Gutiérrez, Z. (2009). *Calidad de atención médica en la sala de emergencia del Hospital César Amador Molina Silais Matagalpa III Trimestre del 2009*. Tesis de postgrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de investigación de estudios de la salud, Matagalpa, Nicaragua. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/6917/1/t514.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). México D.F, México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE CV.
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2010). *Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología*. Obtenido de

http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t.pdf

Jimenez, Z. K., Rojas, L. R., & Lazarte, K. Y. (2017). *Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017*. Tesis de postgrado, Univeersidad Peruana Unión, Unidad de Postgrado de Ciencias de Salud, Lima, Perú. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/812/Zoraida_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Lexico powered by Oxford. (2019). *Definition of hospitalización in Spanish*. Obtenido de <https://www.lexico.com/es/definicion/hospitalizacion?locale=en>

Manual MSD Versión para profesionales. (2017). *Edad gestacional*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>

Martínez, M. (2012). *Comparación entre legrado uterino instrumental y la aspiración manual endouterina en pacientes hospitalizadas con abortos. Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Enero 2007-Diciembre 2010*. Tesis de postgrado, Universidad del Azuay, Facultad de Medicina, Cuenca, Ecuador.

Medina, C. G. (2017). *Aborto en el Hospital Nicolas Cotto Infante entre 2014-2015*. Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias médicas, Guayaquil.

Micolta, L. D. (2010). *Eficacia y seguridad del misoprostol intravaginal previo al legrado instrumental en el aborto diferido e incompleto. Hospital Provincial Docente de Riobamba 2010*. Tesis pregrado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Riobamba, Ecuador.

- Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. (2014). *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*. Obtenido de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>
- Ministerio Nacional de Salud . (2007). *Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive*. Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
- Ministerio Nacional de Salud. (2006). *Norma técnica de salud de los servicios de emergencia NT N° 042 - MINSA*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
- Mormontoy, W. L. (1995). *Elaboración del Protocolo de Investigación*. Lima, Perú: Editorial Laboratorios Boehringer Ingelheim.
- Narváez, P., & Neira, A. (2010). *Estudio comparativo de las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador.2008*. Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas, Cuenca, Ecuador.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2018). *The safety and quality of abortion care in the United States*. Obtenido de <https://dktwomancare.org/pdfresources/The%20Safety%20and%20Quality%20of%20Abortion%20Care%20in%20the%20United%20States.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=B1FBA4EAF6EA5A53EF729CB2C2BDBE5C?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Medical management of abortion*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/278968>

Organización Mundial de la Salud. (26 de junio de 2019). *Prevención del aborto peligroso*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Transfusión de sangre*. Obtenido de https://www.who.int/topics/blood_transfusion/es/

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6 ed.). México D.F, México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES S.A. de C.V.

Quiroz-Mendoza, G., Billings, D. L., & Gasman-Zylbermann, N. (2003). Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. *Gaceta Médica de México*, 139(1), 65-71.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2010). *Aborto espontáneo*. Obtenido de <http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>

Vademecum. (2019). *Misoprostol*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-misoprostol,+ginecologia-g02ad06>

Valverde, L. G. (2016). *Gestión del tiempo de oportunidad quirúrgica de los modelos de atención cirugía de cuidado agudo y cirugía de llamada en el tratamiento de apendicitis aguda, Cuenca, 2014*. Tesis de postgrado, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23750/1/tesis.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son las características de la atención del aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS 1. ¿Cuál es la frecuencia de aborto previo como antecedente en las pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018? 2. ¿Cuál es el grupo de edad gestacional más frecuente en las pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018? 3. ¿Cuál es el tipo de aborto más frecuente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018? 4. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la atención médica en el Hospital Regional de Huacho 2018? 5. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el uso de misoprostol en el Hospital Regional de Huacho 2018? 6. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el requerimiento de transfusión sanguínea en el Hospital Regional de Huacho 2018? 7. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la intervención quirúrgica en el Hospital Regional de 2018? 8. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según el tiempo de hospitalización en el Hospital Regional de Huacho 2018? 9. ¿Cuáles son las características de la atención del aborto según la técnica quirúrgica para el tratamiento en el Hospital Regional de Huacho 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar las características de la atención del aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Determinar cuál es la frecuencia de aborto previo como antecedente en las pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018. 2. Determinar cuál es el grupo de edad gestacional más frecuente en las pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018. 3. Determinar cuál es el tipo de aborto más frecuente en las pacientes atendidas con diagnóstico de cualquier tipo de aborto en el Hospital Regional de Huacho 2018. 4. Determinar las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la atención médica en el Hospital Regional de Huacho 2018. 5. Determinar las características de la atención del aborto según el uso de misoprostol en el Hospital Regional de Huacho 2018. 6. Determinar las características de la atención del aborto según el requerimiento de transfusión sanguínea en el Hospital Regional de Huacho 2018. 7. Determinar las características de la atención del aborto según el tiempo de espera para la intervención quirúrgica en el Hospital Regional de Huacho 2018. 8. Determinar las características de la atención del aborto según el tiempo de hospitalización en el Hospital Regional de Huacho 2018.</p>	<p>VARIABLES DE ESTUDIO</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>Características de la atención del aborto 1. Tipo de aborto 2. Tiempo de espera para la atención médica 3. Uso de misoprostol 4. Transfusión sanguínea 5. Tiempo de espera para la intervención quirúrgica 6. Tiempo de hospitalización 7. Técnica quirúrgica para el tratamiento</p> <p>Características sociodemográficas 1. Aborto previo 2. Edad Gestacional</p> <p>TÉCNICAS INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS E DE DE DE Para la recolección de datos de la información se ha elaborado una ficha de recolección de datos de acuerdo a los objetivos y variables planteadas.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA La población estará constituida por 608 mujeres diagnosticadas con cualquier tipo de aborto atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el periodo enero-diciembre 2018 y la muestra estará constituida por 236 pacientes atendidas con cualquier tipo de aborto atendidos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el periodo Enero-Diciembre 2018. Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticadas con cualquier tipo de aborto por ecografía. Paciente atendida en el Hospital Regional de: Huacho en el año 2018. Criterios de exclusión: Historias Clínicas incompletas. Pacientes atendidas y diagnosticadas con amenaza de aborto, embarazo no evolutivo, como primer diagnóstico.</p> <p>TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS EL Los datos obtenidos en la ficha de recolección de datos fueron ingresados al programa Microsoft Office Excel 2013® y luego procesada en el paquete estadístico</p>

	9. Determinar las características de la atención del aborto según la técnica quirúrgica para el tratamiento en el Hospital Regional de Huacho 2018.		IBM® SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v 25p.0. Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio usando medidas de tendencia central y frecuencias para luego ser graficadas para su mejor apreciación.
--	---	--	--

ANEXO 02. INSTRUMENTO PARA LA TOMA DE DATOS**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN EL HOSPITAL****REGIONAL DE HUACHO 2018**

HCL: _____

1. Aborto previo: Si No 2. Edad gestacional: Menos De 12 Semana: De 12 Semanas a más:

3. Tipo de aborto: _____

4. Tiempo de espera: Menos de 10 min De 10 a 30 min Más de 30 min 5. Uso de misoprostol: Si No 6. Transfusión sanguínea: Si No 7. Tiempo de hospitalización: De 1 a 12 horas De 13 a 24 horas Más de 24 horas

8. Técnica quirúrgica para el tratamiento:

AMEU: Legrado uterino: Histerectomía:

9. Tiempo de espera para la intervención quirúrgica: menos de 2 horas

De dos a 8 horas Más de 8 horas

**ANEXO 03. SOLICITUD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO**

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

SOLICITO: Permiso para ejecución de tesis

Señor:

M.C. Máximo Evaristo Arainga Mora

Director Ejecutivo del Hospital General de Huacho



Yo, MILAGROS ISABEL DÓNOLA GRADOS identificada con DNI N° 71782622, con código universitario N° 0552101014, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo culminado el XIV ciclo de la carrera y estando en proceso de elaboración de Tesis para lograr el Título Universitario, me dirijo a su excelentísima persona para solicitarle permiso para la ejecución de la Tesis de Grado: **CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO ENERO-DICIEMBRE 2018**, así como el permiso **revisión de las Historias Clínicas de las pacientes atendidas y diagnosticados con aborto en el año 2018**; creo conveniente la realización de este estudio con fines de investigación.

Así mismo solicitarle permiso para hacer uso de los ambientes del Servicio de Gineco-Obstetricia para la recolección de datos con la debida supervisión del personal que labora en dichos ambientes.

Por lo expuesto:

Ruego a Ud. acceder a mi solicitud con prontitud.

Huacho, 25 de Febrero de 2019

Atentamente

Donola Grados, Milagros Isabel
Egresada de MH-UNJFSC
DNI: 71782622

**ANEXO 04. PERMISO DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO PARA EL
ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS**



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA
IMPUNIDAD"



DOC. : 01493562
EXP. : 00965606

MEMORANDO N° 040-2019-GRL-DIRESA-HHHO Y SBS-UADI

A : **SR. JORGE SANCHEZ MARCOS.**
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA.

ASUNTO : AUTORIZACION PARA TRABAJO DE INVESTIGACION.

REFERENCIA : MEMORANDO N° 00110-GRL.DIRESA.HHHO Y SBS-UDEIN.

FECHA : Huacho, Marzo 13 del 2019.

Es grato dirigirme a Ud., para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la **SRTA. MILAGROS ISABEL DONOLA GRADOS**, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, quien contando con vuestra opinión favorable, ha sido autorizada a recabar información para ejecutar su Trabajo Investigación: **"CARACTERISTICAS DE LA ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO ENERO-DICIEMBRE 2018"**.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUACHO OYON y S.B.S

M.G.O. INDIRA G. BURGA UGARTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

IGBU/acvp.
CC. **Interesada.**
Archivo.

www.hdhuacho.gob.pe

Central Telefónica 232 2634

Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa N° 251 – Huacho

**ANEXO 05. PERMISO DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA-
OBSTETRICIA PARA RECABAR INFORMACIÓN**



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA
IMPUNIDAD"



HOSPITAL HUACHO
RED HUACHO-OYÓN

DOC. : 01503455
EXP. : 00965606

MEMORANDO N° 045-2019-GRL-DIRESA-HHHO Y SBS-UADI

A : **DR. NESTOR RUFINO BRAVO GARCIA**
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA.

ASUNTO : AUTORIZACION PARA TRABAJO DE INVESTIGACION.

REFERENCIA : MEMORANDO N° 00039-DIRESA.HHHO.SBS.D.GO.

FECHA : Huacho, Marzo 18 del 2019.

Es grato dirigirme a Ud., para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la **SRTA. MILAGROS ISABEL DONOLA GRADOS**, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, quien contando con vuestra opinión favorable, ha sido autorizada a recabar información para ejecutar su Trabajo Investigación: **"CARACTERISTICAS DE LA ATENCION DEL ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO ENERO-DICIEMBRE 2018"**.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUACHO OYON y S.B.S

M.G.D. INDIRA G. BURGA UGARTE
EJE DE UNIDADES APYTA A LA PROMOCION E INVESTIGACION

IGBU/acvp.
CC. Interesada.
Archivo.

www.hdhuacho.gob.pe

Central Telefónica 232 2634

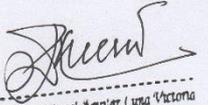
Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa N° 251 – Huacho

ANEXO 06. CONSTANCIA DE ASESORÍA POR ESTADÍSTICO**CONSTANCIA**

El Sr. Miguel Angel Aguilar Luna Victoria, Licenciado en Estadística y Magister en Computación e Informática, registrado en el Colegio de Matemáticos del Perú (COMAP) con número 21, hace constatar:

Que el análisis estadístico y procesamiento de datos en el software IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) Versión 25 y tabulación de datos en el programa Microsoft Office Excel 2013, ha sido ejecutado satisfactoriamente en la tesis titulada CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2018; que tiene como autora a Doña: Milagros Isabel Dónola Grados.

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada para fines que estime conveniente.


Mig. Miguel Angel Aguilar Luna Victoria
ESTADISTICO
COMAP N° 21

Huacho, 06 de Enero del 2020

.....

M(o). Jacinto Jesús Palacios Solano

Asesor

JURADO EVALUADOR

.....

M(o) William Rogelio Peña Ayudante

Presidente

.....

M.C Edgar Ivan Valladares Vergara

Secretario

.....

M.C. Manuel Rodolfo Sánchez Aliaga

Vocal