

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



## **TESIS**

**Intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en Aspiración Manual Endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018**

**Para optar el título profesional de:**

**Obstetra**

**Autoras: Bach. Paola CALZADA LÓPEZ  
Bach. Yurby Eliana TRUJILLO ALIAGA**

**Asesora: Dra. Raquel Flor de María TUMIALÁN HILARIO**

**Cerro de Pasco – Perú – 2021**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



## **TESIS**

**Intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el  
manejo y evolución de la paciente en Aspiración Manual Endouterina,  
Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado.

---

Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS  
PRESIDENTE

---

Mg. Lola CHIRRE INOCENTE  
MIEMBRO

---

Obsta. Yolanda COLQUI CABELLO  
MIEMBRO

## **DEDICATORIA**

### **Al divino Creador**

Por darnos la oportunidad de lograr este primer objetivo, la de terminar satisfactoriamente nuestra formación profesional.

### **A nuestra Familia**

Razón de nuestros esfuerzos. Por su apoyo incondicional en cada momento de nuestras vidas, su comprensión, sus consejos y su incesante motivación.

Por ellos y para ellos

**Yurby Eliana T. A. y Paola C.L.**

## **RECONOCIMIENTO**

Nuestros más sinceros reconocimientos:

A la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia

A la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Al Hospital María Auxiliadora – Lima, centro de consolidación de nuestros conocimientos durante nuestro internado.

A todos quienes forjaron nuestra formación profesional.

**Las Autoras**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como **objetivo general**: Determinar la relación que existe entre la intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018. **Metodología**: Investigación cuantitativa de tipo Básica, nivel correlacional, diseño no experimental de corte transversal. Muestra de 55 pacientes, seleccionadas aleatoriamente. Se empleó cuestionarios estructurados para la recolección de datos. El procesamiento de los datos y, el tratamiento estadístico de la hipótesis, se estableció a través de la prueba no paramétrica Ji cuadrada empleando el software estadístico SPSS v.25 y el Microsoft Excel v. 2016. **Resultados**: El 56.36% de las usuarias refieren que, la intervención de la obstetra es permanente; un 25.45% refiere que es periódica, y un 18.18% refiere que es esporádica su intervención durante la aspiración manual endouterina. Asimismo, perciben una buena atención de parte de la obstetra en un 43.64%. La etapa de mayor satisfacción de la atención, estuvo centrada posterior a los procedimientos de aspiración endouterina. **Conclusiones**: con un  $p - \text{Valor} = 0.000$  se confirma estadísticamente, la existencia de relación significativa entre las variables, Intervención de la obstetra y percepción de la atención. Por lo que, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

**Palabras clave**: Aspiración manual endouterina, Intervención de la obstetra, percepción de la atención.

## ABSTRACT

The present investigation had as general objective: To determine the relationship that exists between the intervention of the obstetrician and the perception of care during the management and evolution of the patient in manual vacuum aspiration, Hospital María Auxiliadora - Lima, 2018. Methodology: Basic type quantitative research, correlational level, non-experimental cross-sectional design. Sample of 55 patients, randomly selected. Structured questionnaires were used for data collection. The data processing and the statistical treatment of the hypothesis was established through the non-parametric Chi-square test using the statistical software SPSS v.25 and Microsoft Excel v. 2016. Results: 56.36% of the users refer that the obstetrician intervention is permanent; 25.45% report that it is periodic, and 18.18% report that their intervention during manual vacuum aspiration is sporadic. Likewise, 43.64% perceive good care from the obstetrician. The stage of greatest satisfaction with care was centered after the vacuum aspiration procedures. Conclusions: with a  $p$  - Value = 0.000, the existence of a significant relationship between the variables, Obstetrician intervention and perception of care is statistically confirmed. Therefore, the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted.

**Key words:** Uterine manual aspiration, Obstetrician intervention, perception of attention.

## INTRODUCCION

La organización Mundial de la Salud, a través del Ministerio de Salud del Perú, considera como episodios fisiológicos y normales al embarazo y al parto, esto, dentro de la vida reproductiva de la mujer. Esto hace reflexionar que, el embarazo no debiera terminar en abortos; si bien, normalmente, se perciben entre ellas, cambios físicos, alteraciones en sus emociones y sentimientos, en términos concretos, inestabilidad emocional, el cual requiere de intervención permanente por parte de los profesionales de la salud (1).

Referirse al aborto, es referirse a la pérdida del producto de la concepción, antes que este sea viable. Muchas veces puede ser efecto fisiológico o como también, provocado; con lo cual, ponen en riesgo su salud y, sobre todo, sus vidas. Es así que, se reporta como la primera causa de mortalidad y discapacidad en el mundo entre la población femenina en edad reproductiva, son aquellas que están relacionadas a complicaciones del embarazo (2)

Cuando se evalúa la calidad de la intervención de los cuidados de la salud, en la actualidad, esto se torna un cúmulo de preocupación por parte de la institución proveedora del servicio. En tal sentido, en las ciencias de la salud, el desarrollo y la puesta en marcha de valorar la calidad de los procedimientos asistenciales, se ven muy necesarios; ante ellos, debemos quizá, retomar las definiciones y el contexto que engloba la satisfacción, como enrutador de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Para la existencia de satisfacción respecto al cuidado, y, además, sea percibida por los usuarios, se debe tener por lo menos una intervención de la persona o profesional o alguna posible intención para realizar acciones específicas, los cuales van a provocar resultados, susceptibles de ser valorados como favorable o desfavorables, satisfactorio o insatisfactorio, positivo o negativo. (Patrocinio, 2013) (3)

El profesional de Obstetricia centra sus acciones, hacia el cuidado de la persona, familia; proveyendo necesidades y demandas de salud, bajo una concepción holística. Por lo cual, los cuidados de obstetricia, punto neurálgico de sus atribuciones profesionales, cuidados de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, adquieren una notoria responsabilidad para asumir como una unidad de interacciones y dependencia mutua eventos muy delicados, como el aborto (Sandoval, 2013) (4)

Además, más de medio millón de muertes maternas se reportan cada año, siendo la causa más común, el aborto no intervenido a tiempo. Esta afectación, alcanza a muchas mujeres en nuestro medio, a nivel nacional y mundial; todo ello, debido a la falta de atención oportuna; razón por la cual, se desarrolla la presente investigación titulada “Intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018”.

El informe final de la presente investigación, se ciñe a lo requerido por el Reglamento general de grados académicos y títulos profesional de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Presenta nueve apartados; se inicia con la **Introducción**, seguido del **primer Capítulo**; compuesto por Problema de investigación, Identificación y determinación del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de Objetivos, Justificación y Limitaciones. Continúa con el **Capítulo Segundo**; presentando el respectivo **Marco Teórico**, Antecedentes de estudio. Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación de Hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de términos. Posteriormente en el **Capítulo Tercero**: se presenta la elección de la **Metodología y Técnicas de Investigación**, Tipo de investigación, Método, Diseño, Población y muestra. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, Técnica de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos, orientación ética. recolección de datos. Se continúa con el **Capítulo**



**Cuarto**, en este apartado se presenta los **Resultados y Discusión**, Descripción del trabajo de campo, presentación, análisis e interpretación de los resultados, prueba de hipótesis, Discusión de resultados. Luego el informe presenta últimos apartados las **Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Anexos.**

## INDICE

DEDICATORIA	
RECONOCIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
INDICE	

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y determinación del problema.....	1
1.2 Delimitación de la investigación.....	4
1.3 Formulación del problema .....	4
1.3.1 Problema General.....	4
1.3.2 Problemas Específicos.....	5
1.4 Formulación de objetivos .....	5
1.4.1 Objetivo General .....	5
1.4.2 Objetivos Específicos .....	5
1.5 Justificación de la investigación.....	6
1.6 Limitaciones de la investigación .....	7

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio.....	9
2.2 Bases teóricas – científicas .....	12
2.3 Definición de términos básicos .....	30
2.4 Formulación de hipótesis .....	31
2.4.1 Hipótesis General.....	31
2.4.2 Hipótesis Específicos .....	31

2.5 Identificación de variables.....	32
2.6 Definición operacional de variables e indicadores.....	32

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

3.1 Tipo de investigación .....	34
3.2 Método de investigación.....	34
3.3 Diseño de investigación .....	35
3.4 Población y muestra .....	35
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	37
3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	38
3.7 Tratamiento estadístico .....	38
3.8 Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	39
3.9 Orientación ética.....	40

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1 Descripción del trabajo de campo .....	41
4.2 Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	41
4.3 Prueba de hipótesis .....	56
4.4 Discusión de resultados .....	61

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Identificación y determinación del problema**

Si nos remontamos hacia la década de los años 90, se calculaba que un tercio de las mujeres que abortaban presentaban complicaciones y que cada año se ocupaban por esta causa alrededor de 600 mil camas hospitalarias (o más de 1,500 por día) (5). Se tiene reportes de la inversión de una mayor cantidad de los recursos públicos, los cuales tienen destino hacia la atención de la salud reproductiva, se re direccionen hacia la atención de mujeres que presentan complicaciones a consecuencia del aborto inseguro (6) (7)

Según estimaciones de las Naciones Unidas, durante el periodo post-CIPD (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1995-2000) en México, ocurrieron más de 3.5 millones de abortos y casi 3,000 mujeres fallecieron producto de abortos cuya práctica fueron realizadas bajo condiciones inseguras. Estas tasas representan en promedio en el país, un tercio de todas las muertes maternas durante ese tiempo (5) (7) Las complicaciones producto de los abortos, representan en México, alrededor de una tercera causa de muerte materna (8) (9) (7). Se destacó que, las verdaderas causas de las muertes maternas, que se atribuyen a las

hemorragias del embarazo, en realidad, estas son complicaciones de abortos provocadas e inseguros. (10) (7)

Existe entonces, la necesidad de mejorar la accesibilidad a los servicios para atender estas interrupciones del embarazo, sobre todo, intervenir en promocionar la salud sexual y reproductiva y a la vez, brindar educación sanitaria sobre los terribles efectos de estas prácticas inhumanas. Accesibilidad, de manera especial, cuando estas etapas sean tempranas en la gestación; asimismo, se debe mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de atención postaborto, donde indudablemente se requiere de apoyo psico-emocional, espiritual y social. La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) puede contribuir con estos requerimientos de urgencia. (7) (7)

La atención personalizada debe ser de acuerdo con los requerimientos y la necesidad de cada mujer. Por lo tanto, requiere que se aborde y se ponga mayor énfasis, a la atención de las urgencias, requerimientos y necesidades de la paciente, y no del aborto en sí; en relación a considerar la incidencia o frecuencia de casos de aborto, sea inducido o espontáneo, así como sus implicancias en la salud de las mujeres (7). Es así que, se demanda un análisis dentro de enfoque clínico solamente, sino por el contrario, en la identificación de factores específicos de las gestantes en condiciones de aborto, y así brindarles los servicios acorde a sus necesidades (7). Las instituciones o establecimientos que prestan servicios de salud, pueden encontrarse con mujeres adolescentes, mujeres con abortos espontáneos, mujeres con embarazos no deseados o en contextos de embarazos forzados como producto de circunstancias de violencia o mujeres con abortos “espontáneos” las cuales en realidad, son producto de violencia en la convivencia el embarazo. (11) Cada una de estas mujeres requiere de un abordaje

específicamente particular, diferente y personalizado en cualquier establecimiento que brinde servicios de salud (7) (7).

Quizá, la falta de información sobre anticoncepción, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas dificultades de acceso a los métodos, el aborto, para muchas mujeres, es la resultante de necesidades insatisfechas de planificación familiar, Afecta de manera muy particular a mujeres que, por su condición económica y social, dependen del sistema público de salud (12)

Es muy difícil inferir la magnitud en la que se vienen practicando el aborto, y a que factores culturales, religiosos y legales influyen para que las mujeres oculten la interrupción de un embarazo. Según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, y 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible (13)

En América Latina y el Caribe, se estima la ocurrencia anual de aproximadamente 182 millones de embarazos. De éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto (14)

Por otra parte, es imprescindible que las instituciones y establecimientos de salud, cumplan con los requerimientos y las necesidades de las usuarias para prestar atención de salud y, sobre todo, en aquellas situaciones de emergencias y urgencias que pueden suscitarse durante el desarrollo de la vida; para el caso de esta investigación, en el desarrollo del embarazo puede haber interrupciones de éste, sea voluntario o no. Para ello, el objetivo institucional debe ser organizar los servicios de salud de manera que se atienda de manera oportuna y con calidad a las mujeres que se presentan en situación de aborto y así reducir la morbilidad y mortalidad materna relacionada con esta causa. Uno de los componentes centrales

en la implantación de este marco en los servicios de salud es el uso de tecnologías apropiadas (7)

Por todo ello, se decide plantear la investigación titulada “intervención del obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018”.

## **1.2 Delimitación de la investigación**

La presente investigación tiene alcance social, ya que para alcanzar los objetivos propuestos y responder las hipótesis planteadas, se encuestará a una muestra representativa de 55 gestantes con aborto incompleto y con indicación de aspiración manual endouterina.

Asimismo, cuenta con un alcance geográfico o espacial que considera gestantes con aborto incompleto, las cuales son atendidas en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima.

En cuanto al alcance temporal, el estudio se realizará en el año 2018 entre los meses de mayo a diciembre, período en que las investigadoras forman parte del equipo de salud del nosocomio en referencia, en calidad de internas de obstetricia.

## **1.3 Formulación del problema**

### **1.3.1 Problema General**

¿Cuál es la relación que existe entre la intervención del obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018?

### **1.3.2 Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la relación que existe entre la intervención del obstetra en información y orientación y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la intervención del obstetra en interacción usuaria- obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la intervención del obstetra en desempeño técnico y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la intervención del obstetra en apoyo social y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018?

## **1.4 Formulación de objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre la intervención del obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la relación que existe entre la intervención del obstetra en información y orientación y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018



- Determinar la relación que existe entre la intervención del obstetra en interacción usuaria- obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018
- Determinar la relación que existe entre la intervención del obstetra en desempeño técnico y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018
- Determinar la relación que existe entre la intervención del obstetra en apoyo social y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018

## **1.5 Justificación de la investigación**

### **1.5.1 Justificación teórica**

El estudio, contribuye al conocimiento científico en materia de percepción de la calidad frente a la intervención en situaciones de urgencia, donde la vida y salud corren mucho peligro. Resume el aporte teórico en las que se plasma las normas técnicas de manejo terapéutico en aborto, caso específico en aborto incompleto, propias de la atención, para ello la primera opción de tratamiento es la Aspiración manual endouterina; así mismo, contribuye a valorar la intervención del profesional obstetra como parte del equipo multidisciplinario que participa decididamente en esta atención de urgencia.

### **1.5.2 Justificación práctica**

La investigación, aportará los elementos necesarios para conocer los factores de riesgo para un aborto incompleto y las limitantes para la captación e intervención precoz a las gestantes, así como valorar la calidad

de intervención del obstetra antes, durante y después de atención de la gestante en Aspiración manual endouterina en el Hospital María Auxiliadora. Propondrá alternativas de la intervención del obstetra, que, si bien es atención del médico Gineco-obstetra, el personal de obstetricia, asume roles de orientación, información, de interacción psicoemocional y apoyo social necesarios como parte de la atención humanizada; para con ello, valorar dicha intervención e incorporarlo como intervención del obstetra en la guía de procedimientos establecidos por la institución.

### **1.5.3 Justificación metodológica**

El estudio, se fundamenta en los principios de la atención en emergencias obstétricas; así como en la política nacional de reducción de la morbi-morbilidad materna y perinatal y las normas institucionales de procedimientos en casos de aborto incompleto. Busca mejorar la calidad de atención a la gestante durante el proceso de Aspiración manual endouterina; a través del cumplimiento de los protocolos y guías del Hospital María Auxiliadora para su intervención, manejo e evolución. La teoría se refuerza con las políticas, normas y directrices que emana de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerios de Salud (MINSA). La presente investigación servirá de base para la realización de futuras investigaciones que se realicen en materia de intervención del personal obstetra en emergencias por aborto incompleto.

### **1.6 Limitaciones de la investigación**

Dentro del desarrollo del trabajo de investigación no se encuentra grandes limitaciones; pero sí, respecto a la situación muy delicada en el aspecto emocional, psicológico, espiritual, por el que pasan las pacientes en este contexto de urgencia, se tuvo ciertas negativas para la aplicación de encuesta, las cuales fueron

superadas durante la etapa posterior al tratamiento quirúrgico, donde la paciente estuvo en sala de recuperación y a la par de ser atendida y brindar apoyo emocional y psicológico, de supero esta limitación. Otra de ellas, se trató de superar respecto a las rotaciones de trabajo como internas de obstetricia. Otra de las limitaciones es el seguimiento y las visitas domiciliarias en las que están inmersas como actividad dentro del estudio a cada una de las gestantes para continuar con el apoyo emocional y social. Asimismo, mencionamos también a los recursos económicos y el tiempo que se dedicó a la orientación y consejería a la gestante en post Aspiración manual endouterina por la situación psicoemocional que pasa la usuaria.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes del estudio**

##### **2.1.1. Internacionales**

- a. **Pluas M. (2012)**, en la ciudad de Guayaquil – Ecuador, presentó un trabajo en el cual buscaba identificar la incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital De Bahía De Caráquez “Miguel Hilario Alcivar”, en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013, realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal, concluyó; un total de 44 pacientes presentó aborto incompleto (39.3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%; de Unión libre con 59.1%, proceden de áreas rurales 38.6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje en el nivel de primaria completa con 45.5%; conviven con sus parejas con 63.6%, son amas de casa con 72.7%; 77.3% fue un embarazo no deseado; de acuerdo la semana de gestación en el cual se produjo el aborto, se evidencia que, un porcentaje mayor con 38.6%. fue de la 13 a 16 semana gestacional
- (15)

- b. **Guerrero M. (2013)**, en la ciudad de Guayaquil – Ecuador, presentó un trabajo en el cual buscaba identificar la prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel entre mayo y octubre de 2012, realizó un estudio de tipo retrospectiva y descriptiva, no experimental; reporta que el índice de prevalencia de aborto incompleto entre usuarias diagnosticadas fue del 75%; el mayor porcentaje lo presentó las pacientes entre 20 a 23 años con el 43 %; en su mayoría el nivel de instrucción fue la secundaria con el 75%; 76% eran amas de casa; el 60% eran de unión libre; el 75% presentaron un embarazo entre las 6 a 10 semanas y su número de embarazo era mayor a tres. (16)
- c. **Byron Jr. Urizar G, Herbert V Caniz V, Michelle S, Mérida Selvin y Estuardo Newbery M. (2011)**, en un estudio realizado en Guatemala, se determinó las características sociodemográfica, clínica y ultrasonografía de la paciente post aborto incompleto y los costos hospitalarios. Se encontró de 341 pacientes; a 28 (8.3%) se les realizó LU (Legrado uterino) y 313 (91.7%) se les realizó AMEU (Aspiración manual endouterina); el 1.5% post LU (Legrado uterino) y 9.4% post AMEU (Aspiración manual endouterina) presentaron la cavidad uterina ocupada principalmente por sangre y coágulos respectivamente, el 3.8% post LU (Legrado uterino) y 57.2% post AMEU (Aspiración manual endouterina) presentaron de 5 a 8 mm de grosor endometrial. Se concluyó que dentro de las características ultrasonografías 6.7% y 82.4% post LU (Legrado uterino) y AMEU (Aspiración manual endouterina) respectivamente presentaron la cavidad uterina no ocupada, no evidenciando laceraciones ni perforaciones, el grosor endometrial se encontró dentro de los rangos normales; clínicamente no se demostró cambios de presión

arterial que manifestaran pérdidas hemáticas considerables; se determinó que los costos hospitalarios por procedimiento fueron menores al realizar AMEU (Aspiración manual endouterina) en comparación con LU (Legrado uterino). (17)

### 2.1.2. Nacionales

- a. **Lozano B. (2017)** en la Región Loreto, en su tesis cuyo objetivo fue Determinar la prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 – 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016. **Metodología:** Se usó el método descriptivo; el tipo de estudio observacional y descriptivo; muestra establecida por 232 mujeres entre 15 a 20 años quienes ingresaron por diagnóstico de aborto incompleto; **Resultados:** Se evidenció mayor prevalencia gestantes entre 15 a 20 años de edad con un 31%; El 64.7% son convivientes; El 80.2% proceden de áreas urbanas; El 65.1% son amas de casa; El 33.2% con secundaria incompleta; El 43.1% presentaron entre 2- 3 gestaciones; el número de partos fue 1 con 40.1%; el número de abortos fue de 1 con un 95.7%; el mayor número de gestaciones tuvieron las primigestas con 39.2%; la semana gestacional con el mayor número de aborto fue de 6- 10 semanas con 59.9%. (18)
- b. **Marín H. (2012)**, en la ciudad de Iquitos, determino los aspectos clínicos, laboratoriales y manejo del aborto en el Hospital Regional de Loreto entre enero y diciembre del 2012, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de cohorte transversal; obtuvo como resultado, el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto (74.4%) con una edad gestacional < de 12 semanas (89.6%); el tipo de procedimiento más frecuente fue el AMEU (66.8%); la incidencia de aborto fue de 97.8 abortos por mil

nacidos vivos; la ecografía pélvica, fue el estudio de imagen más frecuente en un (76.2%). (19)

### **2.1.3 Regional y local**

No se reportan publicaciones con antecedentes sobre la investigación en nuestra región.

## **2.2 Bases teóricas – científicas**

El estudio de la intervención del profesional obstetra en la evacuación endouterina: Aspiración manual endouterina en embarazos incompletos, ha buscado comprenderse desde distintos aspectos, dentro de ello, la semiología, y la intervención de urgencia y emergencias obstétricas del Hospital María Auxiliadora y del Ministerio de Salud; así como normas legales que rigen nuestro país. Por lo que, para comprenderla, en primera instancia, es importante definir los conceptos relacionados al tema de investigación; por lo que se detalla a continuación:

### **I. Aborto**

#### **1. Definición**

Según la Organización mundial de la salud (OMS), es la interrupción del embarazo cuando aún el feto no es viable afuera del vientre materno, esto, alrededor de las 22 semanas de gestación o en relación, a un peso del producto menor de 500 gr, con o sin expulsión total del producto de la concepción. (20)

De acuerdo al artículo 119° del Código Penal, en nuestro país, el aborto pasa a ser legal cuando es realizado con el objetivo de salvar la vida y la salud de la madre gestante. De la misma manera, este artículo citado, sólo existen dos circunstancias para interrumpir legalmente un embarazo:

- Cuando el embarazo amenaza la vida de la mujer gestante

- Cuando el embarazo presenta una complicación capaz de provocar un mal grave y permanente en la salud de la mujer gestante

## **2. Epidemiología.**

Según la OMS: Entre 2010-2014, en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo; asimismo, por cada 1000 mujeres comprendidas entre 15-44 años de edad, se produjo aproximadamente 35 abortos provocados. El 25 por ciento del total de embarazos acabó en aborto provocado. En las regiones en desarrollo, la tasa de abortos estuvo por encima en relación a las regiones desarrolladas. Se tiene cálculos, respecto a la realización de aproximadamente en todo el mundo de 22 millones de abortos peligrosos cada año, por consiguiente, la mayoría de ellos, en países en desarrollo. Se tiene estimaciones respecto al año 2008, durante el cual, se produjeron unas 47 000 defunciones por causas de abortos peligrosos. (21) Dos tercios de estas defunciones todas las defunciones se reportan en África, continente desproporcionadamente afectada por los abortos. Asimismo, cerca de 5 millones de mujeres ingresan cada año, a los hospitales a consecuencia de prácticas abortivas, y más de la mitad de ellas, se han visto perjudicadas por las complicaciones producto del aborto, además de ello, no reciben atención médica. De las complicaciones que derivan de los abortos peligrosos, se reporta que dichos gastos de tratamiento ascienden anualmente a \$680 millones anuales, invertidos en tales tratamientos (22)

En las últimas tres décadas, la OMS estima que la ocurrencia de abortos anualmente es de aproximadamente 40 a 50 millones. El 50% de estos abortos (20 millones) se realizaron en contextos de inseguridad. Cada año en el mundo mueren 585 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % (aproximadamente 70000) de todas las muertes maternas se deben a complicaciones del aborto. Como podemos percibir, muchas mujeres mueren



por esta causa, pero, también, miles de ellas, quedan con las secuelas a largo plazo, como la infertilidad. Es necesario subrayar que, con frecuencia se presentan conflictos psicológicos, emocionales y sociales entre las mujeres que fueron sometidas a aborto provocado. (23) (24)

### 3. Clasificación del aborto

#### 3.1 Según la intencionalidad

##### a. Aborto inducido provocado o voluntario:

Es el resultante de maniobras directas destinadas a la interrupción del embarazo. Puede ocurrir en un contexto de la legalidad o ilegalidad.

Puede ser:

- **Libre:** basado en el derecho de la mujer, quien tendría la posibilidad de interrumpir su embarazo, sustentado e el simple hecho de no ser desearlo.
- **Psicosocial**
- **Eugenésico:** cuando existe la presunción, que el producto al nacer, lo hará con cierto defecto o enfermedad.
- **Terapéutico:** fundamentado en la prioridad de la vida y la salud materna.
- **Mixto:** consiste en la reducción selectiva embrionaria o fetal en caso de embarazos múltiples, con la finalidad de que los demás, tengan mayor posibilidad de sobrevivencia.
- **Ético:** Cuando el embarazo es producido tras una agresión sexual.

##### b. Aborto espontaneo o involuntario

En este tipo de aborto, la acción humana no participa de manera intencionada.

### **3.2 Según su evolución**

#### **a. Amenaza de aborto**

La característica es la presencia de escasa metrorragia, al cual se acompaña o no el dolor en la zona hipogástrica, tipo cólico.

#### **b. Aborto inminente o inevitable**

Se Caracteriza por el proceso y desenlace irreversible de la situación.

#### **c. Aborto retenido o diferido**

Se caracteriza porque persiste el producto de la concepción luego la interrupción del embarazo. Una situación a considerar es la gestación anembrionada, en el cual, la ausencia de embrión dentro del saco gestacional es la manifestación clásica; siendo la causa más sobresaliente, la alteración cromosómica.

#### **d. Aborto habitual o recurrente**

Consiste en la pérdida de tres o más embarazos de manera espontánea y consecutiva, o de cinco o más pérdidas de embarazo, no consecutivas.

### **3.3 Según su terminación**

#### **a. Aborto completo**

Consiste en la expulsión de la totalidad del producto de la concepción.

#### **b. Aborto incompleto**

La expulsión del producto de la concepción es parcial, quedando restos abortivos en el interior de la cavidad uterina.

### 3.4 Según su edad gestacional

- a. Aborto bioquímico o preclínico
- b. Aborto clínico

### 3.5 Según las consecuencias

- a. Aborto no complicado.
- b. Aborto complicado. Infección (aborto séptico), hemorragia.

## 4. Causas del aborto

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida. Dentro de éstas pueden ser de dos tipos: **a. Ovular.** Anomalías genéticas. **b. Maternas:** Anatómicas. Endocrinas. Infecciosas. Inmunológicas. Ambientales y iatrogénicas.

### 4.1 Anomalías Genéticas

Es la causa más común de aborto espontáneo (del 50 al 70%). La magnitud de estas anomalías cariotípicas se ven disminuidas con el transcurso y de avance de la gestación. Entre estas alteraciones frecuentes en el I trimestre tenemos a las trisomías autosómicas, (T-16, debido a factores: edad materna, translocaciones equilibradas de los padres y fertilización tardía). En el II trimestre se tiene a las trisomías 13, 18, 21; a la monosomía 45 X0. Cuando se trata de abortos de repetición, las que se presentan con mayor frecuencia son las translocaciones. En el 2-5% de estas parejas existe una translocación equilibrada. (25)

### 4.2 Anomalías anatómicas o Uterinas

#### a. Malformaciones Uterinas

De todas ellas, solo un 25% son las que ocasionan pérdidas reproductivas, que con mayor frecuencia se debe al útero tabicado.

A comparación de anomalías cuya gravedad es mayor, caso del útero doble, éstas no incrementan los índices de abortos debido (según diferentes teorías) debido no a problemas de espacio, sino de problemas vasculares y nutricionales del endometrio (25).

**b. Causa endometrial o Implantatoria.**

Defecto de interacción embrión-endometrio.

**c. Miomas Uterinos**

**d. Sinequias Uterinas**

Se encuentra en el 15-30% de los casos de aborto habitual.

**e. Insuficiencia Istmicocervical**

Caracterizada por la incapacidad del cérvix ante la distensión de la cavidad uterina, para permanecer cerrado y favorecer además el ascenso de microorganismos hacia el compartimento ovular. Por lo general, es secundaria de traumas de la cérvix (25).

**f. Otras**

Placentación anormal, útero hipoplásico en mujeres expuestas al dietilestilbestrol.

### **4.3 Trastornos Endocrinos**

**a. Defectos de la fase Luteínica**

La correcta función del cuerpo lúteo es imprescindible para la adecuada implantación y el mantenimiento del embarazo. La extirpación del cuerpo lúteo antes de la séptima semana de gestación ocasiona aborto en casi todas las mujeres. El trastorno hormonal más frecuente que se asocia al aborto, es la insuficiencia luteínica, el cual se debe probablemente a patología de naturaleza endometrial o a una insuficiencia progesterónica. Quizá a consecuencia de cierta anomalía fetal, el cual puede estar

ocasionando alteraciones en el normal funcionamiento del cuerpo lúteo (25).

**b. Anomalías en la secreción de LH**

La secreción elevada de LH durante la primera fase del ciclo, son causa de aborto.

**c. Anomalías Tiroideas**

No se tiene certeza, pero, las pruebas de función tiroidea no han mostrado de manera clara su utilidad clínica. En pacientes post aborto, se encuentra con frecuencia anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) mayormente elevadas.

**d. Diabetes Mellitus**

No se reportan pruebas sobre este aspecto. No se evidencia existencia de mayor riesgo de aborto en madres con diabetes subclínica o que están adecuadamente controladas; pero se reporta que en Diabetes mellitus, la tasa está en dos o tres veces por encima al de la población en general.

**4.4 Causas Ambientales (25)**

- **Tabaco:** Independientemente de la edad, existe mayor frecuencia en fumadoras que en no fumadoras (cantidad de humo inhalado).
- **Alcohol y tóxicos químicos:** No puede atribuirse al alcohol como factor directo de la pérdida del embarazo, si bien, existen estudios al respecto, los cuales señalan un posible incremento de la tasa de abortos espontáneos.

- También la aumentan esta posibilidad, algunos tóxicos, entre ellos como los derivados del caucho, el óxido de etileno y algunos solventes industriales
- **Cafeína:** El retraso del crecimiento y pérdida embrionaria, está relacionada con el consumo excesivo de cafeína durante la gestación.
- **Traumatismos:** En ciertas ocasiones, cuando se trata de grande violencia, pudieran ocasionar abortos.
- **Edad materna:** Existe reportes que, en mujeres alrededor de los 40 años de edad, se duplica esta tasa en relación a las pacientes de 20 años más jóvenes.
- **Trabajo:** La frecuencia de abortos se ve afectada con el trabajo nocturno, el cual aumenta.
- **Yatrogenia:** La ejecución de técnicas diagnósticos invasivas en etapa de gestación (amniocentesis, biopsia corial o funiculocentesis), puede ayudar a su pérdida (25)

## 5. Mecanismos del aborto

Cuando un embarazo amenaza interrumpirse en los 3 primeros meses, aparece habitualmente el sangramiento, que puede acompañarse de dolores referidos en el hipogastrio. Esto ocurre, porque, durante este período, el huevo, cubierto de vellosidades que asemejan a un erizo, con la ayuda de ciertas contracciones patológicas, provocan, no solamente dolor, sino que aparecen las primeras manifestaciones de pérdida de sangre. (26)

Cuando se trata de un embarazo de más de 3 meses, el corion ha sufrido las transformaciones estructurales que dan lugar a la formación de la placenta. Por consecuencia de ello, se presenta primeramente dolor, provocado por las

contracciones que incitan la expulsión del feto, y luego sobreviene el sangrado, este a consecuencia del desprendimiento de la placenta. (26) El aborto que se presenta dentro de los primeros 3 o 4 meses puede ser típico o atípico. En el aborto típico (en un tiempo). Se presenta con mayor frecuencia cuanto más joven sea el embarazo. Aquí, la pérdida de sangre suele ser muy escasa; por lo tanto, la intervención quirúrgica puede no ser necesaria. (27)

“En el aborto atípico (en 2, o eventualmente, en 3 tiempos) aquí primeramente hay eliminación del feto y, posteriormente se eliminan los componentes ovulares y la caduca, que muchas veces, son expulsadas solas en un tercer tiempo. (25)

## **6. Complicaciones del aborto**

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, sin embargo, existen complicaciones que se realizan tanto en el centro de salud como fuera de él. Aquí podemos encontrar como complicación, a la hemorragia, provocado por la retención del embrión, de traumatismo o daño al cuello uterino y probablemente, causas de perforación del útero. La anestesia puede causar algún tipo de complicación, la anestesia local es más segura que la anestesia general por lo que la AMEU (Aspiración manual endouterina) es más seguro que el LU (Legrado uterino). Cuando se tiene una atención adecuada a un aborto, en la mayoría de las mujeres no se reportará ningún tipo de secuelas en su estado de salud en general ni reproductiva a largo plazo. Una baja proporción de ellas, se ubica como una excepción, ya que, estas presentan complicaciones severas durante el aborto. (23) (28)

## **7. Tratamiento del aborto**

Dos de los riesgos fundamentales producto de la retención del embrión y restos placentarios, son el sangrado y la infección; es en ese sentido, donde debe

dirigirse la intervención y su tratamiento. El manejo de la paciente con aborto, y dependiendo de sus condiciones, puede ser de corta estancia, el cual se incluyen actividades generales y básicas como el monitoreo de signos vitales, vigilancia de la suspensión de ingesta de alimentos (lapso de 6 horas), administración venosa de cristaloides, administración de medicamentos como los útero-tónicos para disminuir el sangrado, así como los analgésicos, acorde al nivel de dolor y edad y la administración de antibioticoterapia de acuerdo a criterio clínico; monitoreo de las dilataciones cervicales y el control de temor de la mujer; y, dependiendo de la valoración, se elegirá la realización de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o legrado quirúrgico (29) (30)

### **7.1 Legrado uterino**

Se trata del procedimiento más sencillo de evacuación uterina. En este procedimiento, la paciente es anestesiada y colocada en postura ginecológica, se emplea la valva vaginal o especulo, se procede al pinzamiento del cuello del útero, se tracciona, y seguidamente se realiza la medición de la cavidad uterina, con el uso del histerómetro. A continuación, se procede a la dilatación del cuello uterino, usando los tallos de Hegar, esto si el cuello está cerrado, pudiendo evitarse con la realización previa de preparación cervical. Si, en caso que el cuello uterino se encuentre dilatado, se introduce de manera directa la legra o cucharilla, se preferencia, se elige la de mayor tamaño y el cual quepa por el orificio cervical. Una vez dentro, en el fondo del útero se exploran las cuatro paredes, a través de movimientos de retorno hacia el cuello uterino, se procede a evacuar la cavidad del útero. Entre los efectos secundarios de este procedimiento, se tiene a la presencia de cólicos abdominales, náuseas, los cuales van a variar entre leves a moderadas;



asimismo, se presentan dolor, vómito y sangrado parecido al de la menstruación. (25)

## **7.2 Aspiración manual endouterina**

La aspiración manual endouterina (AMEU) se emplea para el tratamiento del aborto, el cual evidencia adecuados resultados, sumado a ellos, el bajo riesgo para la paciente. En este procedimiento se utilizan cánulas de Karman previamente estériles, son introducidas a la cavidad uterina; estas se conectan con una jeringa de Karman, permitiendo de esta manera la realización de un raspado de la cavidad uterina, a través del cual, se evacúa el contenido al vacío, con la probabilidad de bajos riesgos. En este procedimiento, el empleo de anestesia local es relativo. Se remarca también, los procedimientos de aspiración manual endouterina, si bien no se realizan en los quirófanos, el ambiente y el área debe ser el más adecuado posible y estrictamente determinado.

Entre las ventajas de su ejecución, se encuentra que, es una técnica muy confiable, segura, con probabilidades de muy bajo riesgo, y mínimas complicaciones; asimismo, se asume un bajo costo, se brinda servicios de calidad, el empleo de la anestesia local, no se requiere exclusivamente de un quirófano, sino, área predeterminada, donde la la recuperación es más favorable en relación a un legrado. (31)

## **II. Evacuación uterina: AMEU (aspiración manual endouterina) (32)**

### **1. Definición**

Es el método de elección para la evacuación de la cavidad uterina hasta las 12 semanas de gestación y sin complicaciones infecciosas

## **2. Objetivo**

Evacuación del contenido del útero, con ello evitar sangrado, infecciones; así como disminuir costos y estancia hospitalaria

## **3. Indicaciones**

- En los casos de aborto no complicados por debajo de las 12 semanas de gestación o en úteros que al momento de aplicar el método tienen un tamaño compatible con esa edad gestacional.
- Biopsia endometrial.

## **4. Contraindicaciones**

- Cervicitis purulenta, infección pélvica o aborto séptico no tratados
- Presencia de fibromas gigantes, por la posibilidad de hemorragia incontrolable.
- Trastornos de la coagulación.

## **5. Procedimiento (32)**

### **5.1 Medidas Previas**

- Informar y comunicar a la paciente las características del procedimiento.
- Consentimiento informado de la paciente de aceptación del procedimiento.
- El personal que está de apoyo, debe estar constantemente conversando con la paciente, así como vigilar sus signos vitales y sus reacciones.
- Se debe asegurar que el material esté preparado adecuadamente
- Evaluación clínica, interrogando presencia de antecedentes alérgicos en las pacientes.
- Realización de examen pélvico.

## 5.2 Descripción del Procedimiento

- Colocar vía periférica con CINA al 9‰ en el brazo.
- Asegurándose una adecuada desinfección de la zona vulvar y vagina, colocar el espéculo.
- Pinzar con tenáculo, pinza tira balas, o Allis larga el labio anterior del cérvix. En el procedimiento puede aplicarse 2 cm de lidocaína al 1 % en la zona (se diluye 1 cm x1 cm de lidocaína al 2 % y de suero fisiológico o agua destilada, usar aguja 21G x 1 ½ de 2 cc.
- Bloqueo paracervical: a una profundidad de 3 mm bajo la mucosa, emplear 5 ml de lidocaína al 1 %, a nivel de las 4 o 5 horas y de las 7 u 8 horas de la circunferencia del reloj en la unión del epitelio cervical con el epitelio vaginal, a través de la aplicación lenta y aspiración previa. Se espera alrededor de 3 minutos para la difusión del anestésico.
- Dilatación cervical de ser necesario, iniciando con el dilatador pequeño, luego finalizando con el más grande (comúnmente 10 – 12 mm).
- Inserción de la cánula en tanto se viene aplicando tracción sutil al cuello uterino. De manera directa y lentamente, la cánula se debe insertar en la cavidad del útero hasta tocar el fondo, con un tope de 10 cm, con mucho cuidado, evitando tocar las paredes vaginales. La selección de la cánula adecuada puede hacerlo según el siguiente detalle:

## SELECCIÓN DEL MATERIAL A UTILIZAR

Tamaño del útero (según semanas de amenorrea)	Diámetro de la cánula a utilizar	Tipo de jeringa a utilizar
5 a 7 sem	5 mm	De válvula simple
7 a 9 sem	6 mm	De válvula simple
9 a 12 sem	7 a 12 mm	De válvula doble

Fuente: Guías de Práctica Clínica- Hospital María Auxiliadora (32)

- Procede a calcular la profundidad del útero a través de la cánula y sus puntos visibles, y posteriormente, retirar un poco la cánula.
- Una vez preparada, conectar la jeringa de AMEU, a la cánula que de manera previa se efectuó el vacío.
- Transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula, para ello debe liberar la válvula de paso de la jeringa.
- Con el giro de la jeringa de un lado a otro, con mucha delicadeza, proceder a evacuar el contenido uterino (en relación a las manecillas del reloj, girar de la posición 10 a la 12), y en seguida, con movimientos suaves y lentos, de delante hacia atrás dentro de la cavidad uterina realizar movimientos con la cánula.
- Puede ser necesario el vaciado de la jeringa y nuevamente aplicar el vacío, esto sin el retiro de la cánula, salvo que se presenten indicios de obstrucción y se requiera su liberación a través de una pinza estéril.
- Para impedir la pérdida de succión, no debe retirar la apertura de la cánula fuera del orificio del cuello del útero. En caso de pérdida del vacío, o de haberse llenado en más de la mitad del contenido de la jeringa, debe evacuar completamente y seguidamente restablecer el vacío.
- Confirmar indicios de vaciamiento completo.

- Proceder al retiro de la cánula, y a la separación de la jeringa. Abierta la válvula, proceder al vaciamiento del contenido de la jeringa de la aspiración manual ejecutada a través de un tamiz presionando el émbolo.
- Continuar con el retiro del tenáculo y del espéculo; previamente debe revisar y verificar la hemostasia.
- Limpieza y desinfección del material.
- Examen de los restos extraídos y envío de las muestras para el respectivo estudio histopatológico.

### **5.3 Cuidados post operatorios (32)**

- Vigilancia y monitoreo continuo de la paciente por espacio de 2 horas posteriores al procedimiento.
- Evaluación de signos vitales, sangrado vaginal y dolor abdominal.
- Administración según requerimiento e indicación de analgésicos.

### **5.4 Criterios de alta (32)**

Posterior a 2 horas del procedimiento, en caso que la paciente por si sola pueda vestirse, con signos vitales estables y, ausencia de signos de alarma.

### **5.5 Seguimiento y contrarreferencia (32)**

- Cita de control a 7 días posteriores al procedimiento, en su establecimiento de Salud de origen.

## **6 Intervención del obstetra en AMEU**

### **6.1 Definición**

Conjunto de obligaciones a cumplir dentro de las áreas asistencial, administrativa, educativa e investigación el profesional obstetra. (33)

### **6.2 Información y consejería antes, durante y después del procedimiento.**

(33)

- a. La información y consejería es una parte esencial de la calidad del servicio y debe hacerse antes, durante y después de la intervención.
- b. La información debe ser completa, exacta, fácil de comprender y debe constar por escrito adicionalmente. La consejería deberá absolver todo tipo de dudas que la mujer tenga en cualquiera de los tres momentos mencionados (antes, durante y después). Sin embargo, es importante priorizar información acerca de:
- El embarazo y su situación de salud.
  - Los procedimientos para la interrupción: lo que se hará durante y después del procedimiento, lo que puede ocurrir (calambres, dolor y sangrado como el que ocurre en la menstruación), el tiempo que dura el procedimiento, cómo se va a manejar el dolor, riesgos y complicaciones asociados al procedimiento a usar.
  - Momento de iniciar sus actividades habituales y necesidad de seguimiento,
  - es decir, la asistencia a los controles necesarios.
  - Información sobre su actividad sexual y los métodos de planificación familiar que oferta el establecimiento, incidiendo en la importancia de la prevención de embarazos, sin que ello interfiera con el derecho a la libre elección de la mujer. Además, debe incluir información sobre ITS y VIH.
- c. La información y consejería debe ser dada por el personal médico capacitado para tal fin, respetando la confidencialidad y privacidad, así como las decisiones que la mujer tome durante todo el proceso.
- d. En caso de ser necesario se dará apoyo psicológico, social y legal por parte de los profesionales respectivos, quienes deberán ofrecer información y orientación pertinentes.

- e. La información y consejería debe terminar con la decisión informada por parte de la gestante, la misma que se debe documentar en **un consentimiento informado** antes de efectuar el procedimiento.

### **6.3 Seguimiento y observación de la paciente después de la AMEU (33)**

#### **6.3.1 Evaluación de la paciente**

- a. Ofrecer apoyo y monitoreo en la recuperación.
- b. Estar atento a la presencia de dolor, que puede deberse a perforación o hematometra. Es necesario y a veces suficiente administrar ocitócicos.
- c. En este caso confirmar tamaño uterino, y observar permanentemente signos de alarma
- d. En ausencia de complicaciones, antes del alta brindar consejos de cuidados en casa.
- e. Orientar respecto a su cita en 7 a 10 días.

#### **6.3.2 Observación de complicaciones (33)**

- a. Aunque en AMEU es infrecuente, estar pendiente de probablemente puede ocurrir aborto fallido, comunicar para que se efectúe evacuación quirúrgica.
- b. Observar posible hemorragia, aunque puede resultar de productos de la concepción retenidos, traumatismos o desgarro del cérvix o perforación uterina. Según sea la causa, puede ser que necesite reevaluación, reemplazo de líquidos o sangre u otro procedimiento.
- c. Estar pendiente de signos de infección, aunque es rara tras una apropiada evacuación. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, flujo cervical o vaginal maloliente. Dolor abdominal o pélvico,

sangrado vaginal prolongado, útero sensible y glóbulos blancos elevados.

- d. Observar estado de conciencia si la anestesia fue general, aunque la anestesia local es más segura, observarlos, ya que podría ocurrir convulsiones.

### **6.3.3 Consejería y anticoncepción (33)**

- a. El seguimiento requiere reforzar la información y consejería iniciada en la preparación antes del procedimiento.
- b. Ofrecer Metodología Anticonceptiva.
- c. Informar sobre la prevención de ITS/VIH.
- d. Informar sobre signos de alarma: sangrado excesivo, dolor intenso que no cede a los analgésicos, fiebre, flujo vaginal maloliente. De estar presente alguno de estos signos, la paciente debe retornar al hospital.
- e. De ser necesario, referir a la paciente para consejo genético y tratamiento preventivo.
- f. Mantener el apoyo psicológico.
- g. Informar de la importancia de regresar a control.

### **6.3.4 Cuidados post interrupción del embarazo (33)**

- a. Las mujeres deben recibir instrucciones muy claras sobre los cuidados después del procedimiento.
- b. Contactar al médico en cuanto sea necesario, por alguna complicación o signo de alarma.
- c. La mujer debe estar informada que después del procedimiento va a presentar sangrado y eventualmente dolor que cede con analgésicos.



- d. En el aborto del primer trimestre las mujeres pueden retornar a sus labores muy pronto.
- e. Debe aconsejarse abstinencia sexual mientras dure el sangrado o existan molestias.
- f. En caso necesario administrar supresores de la lactancia.

## **2.3 Definición de términos básicos**

### **2.3.1 Aspiración manual endouterina:**

Es el método de elección para la evacuación de la cavidad uterina hasta las 12 semanas de gestación y sin complicaciones infecciosas (32)

### **2.3.2 Intervención del obstetra:**

Conjunto de obligaciones a cumplir dentro de las áreas asistencial, administrativa, educativa e investigación el profesional obstetra

### **2.3.3 Calidad de atención:**

Atención con competencia técnica, cálida, responsable, garantizada, informada y con enfoque de riesgo.

### **2.3.4 Aborto Incompleto:**

El producto de la concepción no es expulsado en su totalidad, quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina (25)

### **2.3.5 Urgencia:**

Circunstancias que pone en peligro la vida de la persona, la cual requiere una pronta atención y tratamiento

### **2.3.6 Emergencia:**

Aparición repentina o inesperada de un trastorno, el cual exige de una intervención inmediata.

## **2.4 Formulación de hipótesis**

### **2.4.1 Hipótesis General**

Existe relación significativa entre la intervención del obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018

### **2.4.2 Hipótesis Específicos**

- Existe relación significativa entre la intervención del obstetra en información y orientación y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018
- Existe relación significativa entre la intervención del obstetra en interacción usuaria- obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018
- Existe relación significativa entre la intervención del obstetra en desempeño técnico y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018
- Existe relación significativa entre la intervención del obstetra en apoyo social y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018

## 2.5 Identificación de variables

### 2.5.1 Variable 1: Intervención del obstetra

### 2.5.2 Variable 2: Percepción de la atención

## 2.6 Definición operacional de variables e indicadores

### 2.6.1 Variable: Intervención del obstetra

- **Definición conceptual:**

Conjunto de obligaciones a cumplir dentro de las áreas asistencial, administrativa, educativa e investigación el profesional obstetra.

- **Definición operacional:**

Conjunto de acciones que desempeña el obstetra como parte del equipo de salud en la interrupción del embarazo a través de la AMEU, cuya intervención es evaluada del desempeño en información y orientación, interacción usuaria-obstetra, desempeño técnico y apoyo social

### 2.6.2: Variable: Percepción de la atención

- **Definición conceptual:**

Atención con competencia técnica, cálida, responsable, garantizada, informada y con enfoque de riesgo.

- **Definición operacional:**

Variable que mide la calidad de intervención del profesional obstetra antes, durante y después de la AMEU, valorado a través de un cuestionario de 28 ítems con sus dimensiones, biológico, emocional y espiritual.

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala medición</b>
INTERVENCIÓN DEL OBSTETRA	A. Información y orientación	Recepción Preparación Procedimiento Evolución Cuidados posteriores	Ordinal
	B. Interacción usuaria-obstetra	Confianza Calidez Oportuna	Ordinal
	C. Desempeño técnico	Seguridad Efectividad Rapidez Responsabilidad	Ordinal
	D. Apoyo social	Integral Completo Humanizado	Ordinal
PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN	• Antes	Bueno Regular Deficiente	Ordinal
	• Durante	Bueno Regular Deficiente	Ordinal
	• Después	Bueno Regular Deficiente	Ordinal

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Tipo de investigación

El estudio se enmarca en el enfoque cuantitativo de la investigación. De tipo básica y de nivel correlacional. Tomando a Hernández Sampieri: (34)

- **Descriptivo**, los registros de los datos se llevan a cabo tal y como se presentan en la realidad
- **Correlacional**, permite determinar la relación existente entre dos o más variables en estudio
- **Observacional**, no existe manipulación de variables en la investigación.
- **Prospectivo**, se realiza a partir de, a través del tiempo.

#### 3.2 Método de investigación

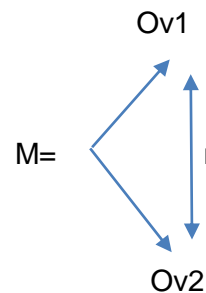
Se utilizan los métodos generales de análisis - síntesis e inductivo – deductivo. A través de ellos partir de lo general a lo particular y de lo particular a lo general. Se usa como método auxiliar, el método estadístico, para la presentación de resultados, análisis e inferencias con el empleo de números, agrupación, y la comparación y/o correlación de variables.

### 3.3 Diseño de investigación

El diseño a emplear para responder a las interrogantes planteadas y para comprobar las hipótesis planteadas, se emplea el diseño No Experimental con corte transversal, recolectando datos en un solo momento y la manipulación de variable es nula (34)

A través de este diseño nos proponemos identificar y evaluar la intervención del obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, para posteriormente analizar la relación existente entre ellas.

Esquema del diseño:



Donde:

m muestra del estudio

O<sub>1</sub>... Observación a la variable 1 (Intervención del obstetra)

O<sub>2</sub>... Observación a la variable 2 (percepción de la atención)

r Relación entre las variables 1 y 2

### 3.4 Población y muestra

#### 3.4.1 Población

La población para el presente estudio lo conforman todas las pacientes con aborto incompleto y prescripción de AMEU atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el año 2018. Ello con fundamento teórico de que población, es el conjunto de los elementos del cual se quiere investigar. (34)

### 3.4.2 Muestra

En nuestra investigación, la muestra está constituida por 55 gestantes con aborto incompleto con atención en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima, durante el período comprendido entre mayo a diciembre del año 2018. Entendiendo que la muestra “es el subconjunto de la población, el mismo que debe ser seleccionado para integrar el estudio”.  
(34)

La selección de la muestra se realizó bajo técnica estadística probabilística de tipo aleatorio simple, teniendo a 55 pacientes como muestra.

#### Criterios de inclusión

- Gestantes con aborto incompleto e indicación de Aspiración manual endouterina atendidos en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018
- Gestantes con historia clínica perinatal y atención prenatal en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018
- Gestantes que dieron consentimiento informado
- Gestantes sin complicaciones graves durante la atención.

#### Criterios de exclusión

- Gestantes con otros tipos de aborto y sin indicación de AMEU atendidos en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018
- Gestantes sin historia clínica perinatal y sin atención prenatal en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018
- Gestantes que no dieron consentimiento informado
- Gestantes con complicaciones graves en la atención

### **3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.5.1. Técnicas de recolección de datos.**

Considerando que, técnica “es la parte operativa del diseño investigativo”.

(35) Para el presente estudio se usa como técnica, la encuesta y el registro” (35) El registro, se usa para recabar información de las historias clínicas perinatales e historia clínica institucional de todas y cada una de las pacientes en atención.

#### **3.5.2 Instrumento de recolección de datos**

##### **3.5.2.1. Cuestionario para recoger información.**

En el estudio se usa el cuestionario estructurado que consta cinco partes, el cual nos permitirá recabar información sobre los datos generales, familiares y antecedentes de la usuaria; Datos específicos respecto a la intervención del obstetra en la atención en aspiración manual endouterina entre sus factores: información y orientación, interacción entre usuario y obstetra, desempeño técnico y el apoyo social del obstetra (anexo N° 01) De la misma manera, se usará el cuestionario para evaluar la percepción de la atención, cuestionario empleado en el estudio de investigación por Carranza J, Balabarca C, Meza E, Tapia S. (36) (anexo N° 02)

El cuestionario se utiliza para medir la variable intervención de la obstetra y percepción de la atención. El Instrumento se aplicó en un tiempo aproximado de 25 minutos. Brindando inicialmente toda información sobre el estudio; luego de su aceptación, se firma el consentimiento informado. La paciente fue captada inmediatamente antes de su alta en la unidad asignada para su recuperación luego de la intervención.



### **3.5.2.2. Ficha de registro**

Se utiliza para recabar información de la historia clínica hospitalaria y/o perinatal respecto al manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina) (anexo N° 03)

Se tomaron las historias clínicas perinatal y hospitalaria de las usuarias para el registro de los datos en la ficha respectiva de los datos necesarios para el estudio.

### **3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de la información se hizo a través de los paquetes estadísticos Ms. Excel v. 2016 y SPSS v25. Para ello se procedió con lo siguiente:

- Codificación de los instrumentos de investigación
- Construcción de base de datos
- Tabulación electrónica de los datos

La información recabada, se registró en una base de datos empleando el paquete estadístico SPSS versión 25; como también el programa Excel 2016.

### **3.7 Tratamiento estadístico**

- Se construyó tablas estadísticas con los que se analiza los resultados de cada uno de los objetivos específicos planteados y su posterior contrastación de hipótesis en la investigación.
- Por la naturaleza de las variables y el nivel de investigación, se realiza el respectivo cruce de variables para su análisis y valoración estadística, los cuales se presentan a través de tablas y gráficos estadísticos, así como sus respectivas pruebas de contraste de hipótesis según corresponda.
- Se realizaron los análisis correspondientes con los resultados contenidos en las cuadros y tablas estadísticas según corresponda.

- Se procedió a presentar los resultados, la inferencia estadística, formular las conclusiones y proponer recomendaciones del estudio, con el apoyo del programa Ms. Excel v. 2016 para la presentación de gráficos y tablas para la mejor visualización de los resultados, tomando cada una de las variables, así como a sus dimensiones e indicadores para un mejor análisis.

Por la naturaleza de las variables de estudio, para la prueba de hipótesis y para determinar la relación existente entre las variables de estudio, se empleó la estadística del tipo inferencial, con un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$  a través de la prueba no paramétrica Chi cuadrada.

### **3.8 Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación**

#### **3.8.1. Validez por juicio de expertos:**

La validez, según Hernández, Fernández y Collado es “La eficacia de un instrumento, a través del cual mide una variable. (37) En el presente estudio, se usa la historia clínica perinatal. De la misma manera se emplea el cuestionario validado, empleado en el estudio de investigación realizado por Carranza J, Balabarca C, Meza E, Tapia S. (36)

#### **3.8.2. Confiabilidad por Alfa Cronbach:**

En el presente estudio, se emplea el cuestionario empleado por Carranza J, Balabarca C, Meza E, Tapia S. (36) para la variable percepción de la paciente en aspiración manual endouterina respecto a la intervención de la obstetra, con un reporte de:

VALORES DEL COEFICIENTE	
Alfa Cronbach	Nº elementos
,825	20

### **3.9 Orientación ética**

Las autoras de la presente investigación, formaron parte de la institución de salud como es el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima, en calidad de Interna de Obstetricia durante el período en que se desarrolla el estudio (ver anexo 03). Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe de tesis, son datos que se consignan y se recaban de fuente primaria. Asimismo, se garantiza la información pertinente y las particularidades del estudio para la firma del consentimiento informado, así como la de su participación voluntaria; de igual manera se garantiza el anonimato de los datos recolectados. Se garantiza la integridad física y emocional y el total respeto de sus decisiones o el cambio de ellas en el momento que crea conveniente.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1 Descripción del trabajo de campo**

El trabajo se desarrolló en la ciudad de Lima, en el Hospital María Auxiliadora durante el tiempo del desarrollo del internado hospitalario por parte de las autoras del presente estudio de investigación, y formando parte de esta institución de salud en calidad de Interna de Obstetricia, se procedió con las formalidades para el desarrollo del estudio; los datos recolectados fueron registrados sistemáticamente durante los turnos programados en el referido nosocomio, estando siempre alertas a los casos que se presentaban cuando la rotación era distinta al servicio donde se desarrollan la atención a las pacientes en aspiración manual endouterina.

#### **4.2 Presentación, análisis e interpretación de los resultados**

Los resultados en la presente investigación, se presentan a través de cuadros estadísticos y gráficos de barras, procesadas a través del empleo de diversos softwares estadísticos, entre ellos, el Ms. Excel 2016, y el SPSS v.25, analizando cada una de las variables, a través de sus dimensiones e indicadores; para realizar el respectivo cruce de variables para evaluar la relación estadística entre ambas y probar la hipótesis del estudio

### CUADRO N° 01

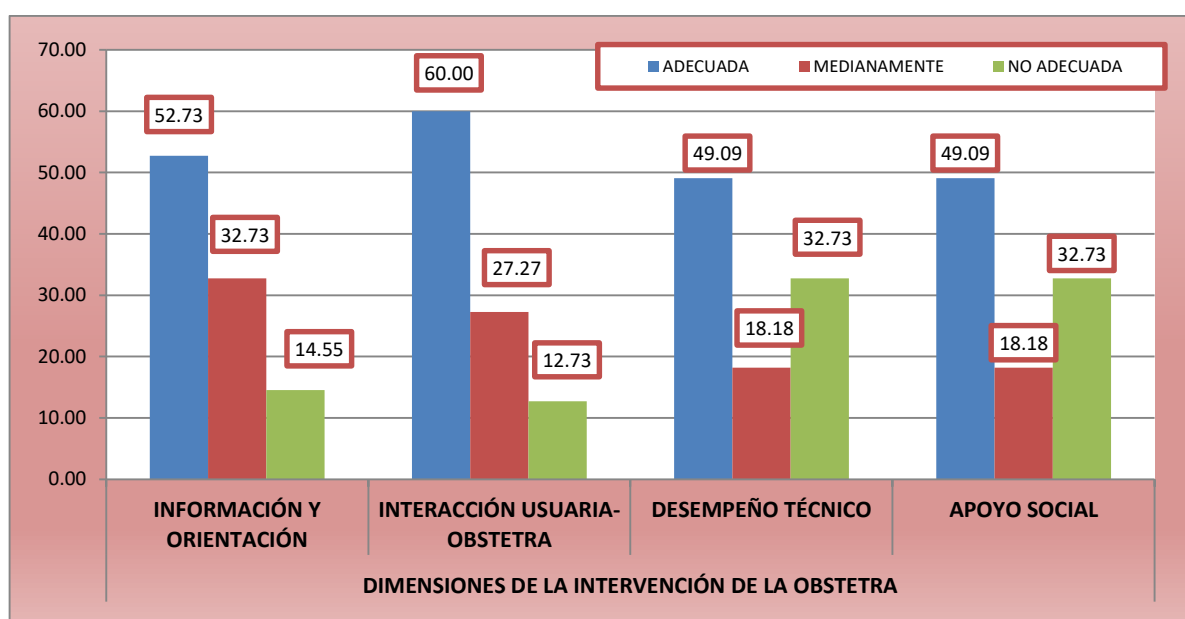
#### INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA SEGÚN DIMENSIONES DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2018

INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA	DIMENSIONES EN LA INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA								TOTAL	
	INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN		INTERACCIÓN USUARIA-OBSTETRA		DESEMPEÑO TÉCNICO		APOYO SOCIAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
PERMANENTE	34	61.82	29	52.73	33	60.00	28	50.91	31	56.36
PERIÓDICA	15	27.27	16	29.09	15	27.27	10	18.18	14	25.45
ESPORÁDICA	6	10.91	10	18.18	7	12.73	17	30.91	10	18.18
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>

Fuente: cuestionario

### GRÁFICO N° 01

#### INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA SEGÚN DIMENSIONES DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2018



Fuente: Cuadro N° 01

En el cuadro estadístico y gráfico N° 01, se presentan las dimensiones de la variable intervención de la obstetra durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018, donde podemos observar que, la intervención de la obstetra fue de una manera permanente en un 56.36% durante el manejo y evolución de la aspiración manual endouterina, en relación de un 25.45% que dicha intervención es de manera periódica y, de un 18.18 cuya intervención es esporádica.

De la misma manera, podemos observar que, dentro de esta intervención, en la dimensión información y orientación, se percibe una intervención permanente en un 61.82%; de la misma manera, en la dimensión interacción usuaria-obstetra, se percibe una intervención permanente de un 52.73%. Lo mismo sucede en las dimensiones, desempeño técnico y apoyo social, en los cuales, la intervención de la obstetra se da en un 60,00% y 50.91% respectivamente.

Sabemos que, los procedimientos de la aspiración manual endouterina, es eminentemente de tratamiento del aborto incompleto no complicado, dirigido y ejecutado por el médico ginecólogo; pero, con la participación y apoyo del personal obstetra, desde el ingreso al establecimiento, la preparación de la paciente, del equipo y materiales, monitoreo, apoyo socioemocional, educación sexual y reproductiva

**CUADRO N° 02**

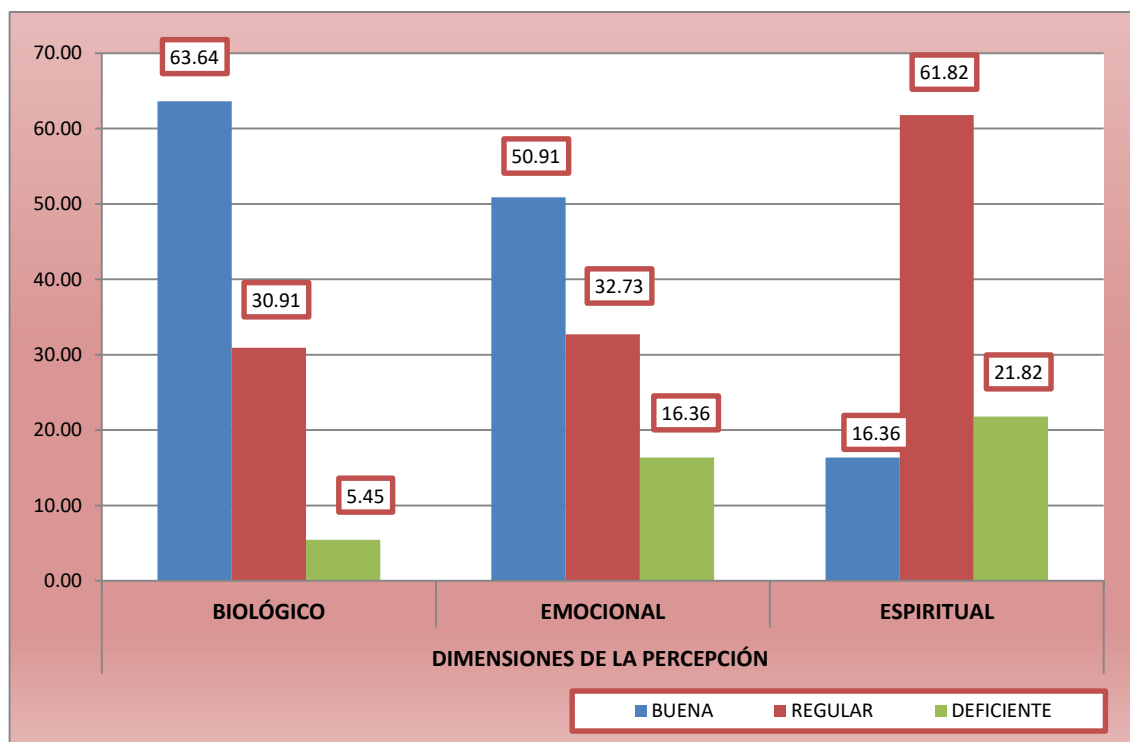
**PERCEPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN OBSTETRA SEGÚN DIMENSIONES DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018**

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE EN AMEU	DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN						TOTAL	
	BIOLÓGICO		EMOCIONAL		ESPIRITUAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>BUENO</b>	35	63.64	28	50.91	9	16.36	24	43.64
<b>REGULAR</b>	17	30.91	18	32.73	34	61.82	23	41.82
<b>DEFICIENTE</b>	3	5.45	9	16.36	12	21.82	8	14.55
<b>TOTAL</b>	55	100.00	55	100.00	55	100.00	55	100.00

Fuente: Cuestionario

**GRÁFICO N° 02**

**PERCEPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN OBSTETRA DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018**



Fuente: Cuadro N° 02

En el cuadro estadístico y gráfico N° 02, se presentan las dimensiones de la variable percepción de la intervención obstetra según dimensiones durante el manejo y evolución de la paciente en A.M.E.U. Hospital María Auxiliadora Lima, 2018 donde podemos observar que, la percepción de la paciente en aspiración manual endouterina fue de un nivel bueno en un 43.64% acerca de la intervención de la obstetra durante este proceso; muy de cerca a esta frecuencia, se tiene a las pacientes quienes perciben como intervención de nivel regular en un 41.82%; y un 14.55% de ellas, quienes perciben esta intervención como deficiente.

De la misma manera, podemos observar que, dentro de la percepción, en la dimensión biológico y dimensión emocional, se percibe un nivel bueno de tal atención, en relación a la dimensión espiritual, en la cual se percibe un nivel regular de dicha intervención durante todo el proceso.



**CUADRO N° 03**

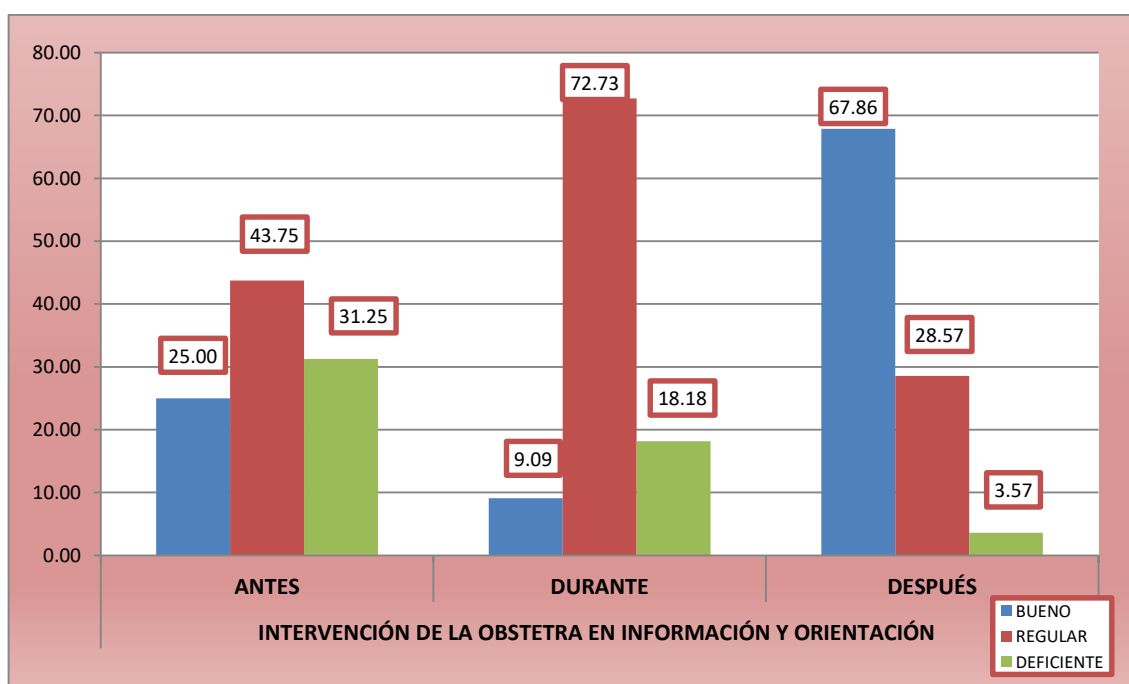
**INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2018**

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE EN AMEU	INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN						TOTAL	
	ANTES		DURANTE		DESPUÉS		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>BUENO</b>	4	25.00	1	9.09	19	67.86	24	43.64
<b>REGULAR</b>	7	43.75	8	72.73	8	28.57	23	41.82
<b>DEFICIENTE</b>	5	31.25	2	18.18	1	3.57	8	14.55
<b>TOTAL</b>	16	29.09	12	21.82	27	50.91	55	100.00

Fuente: Cuestionarios

**GRÁFICO N° 03**

**INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2018**



Fuente: Cuadro N° 03

En el cuadro estadístico y gráfico N° 03, se presenta la intervención de la obstetra en información y orientación en relación a la percepción durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018

Podemos observar que, la intervención de la obstetra respecto a información y orientación a la paciente, se evidencia con mayor frecuencia de participación en un 50.91%, DESPUÉS de la aspiración manual endouterina, seguida en un 29.09%, esta intervención de la obstetra, se presenta antes del procedimiento; y, en un 20.00% durante el procedimiento.

De la misma forma, podemos observar que, esta intervención de información y orientación antes del procedimiento, es percibido por la paciente como regular en un 43.75%, al igual que, durante el procedimiento, también es percibido como regular en un 72.73%.

Percepción diferente, se da después del procedimiento, en el cual, un 67.86% de las pacientes lo perciben como bueno; esto debido a que, el profesional obstetra, es la encargada de monitorizar su evolución, así como brindar consejería en planificación familiar, así como brindar educación sexual y reproductiva.

### CUADRO N° 04

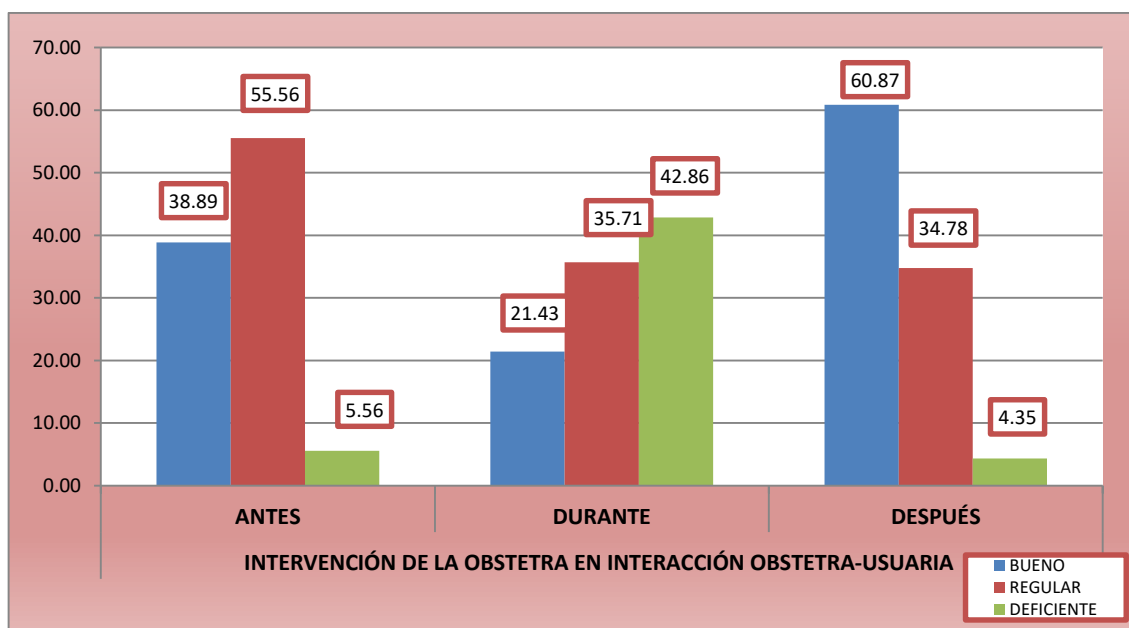
#### INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN INTERACCIÓN OBSTETRA-USUARIA EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE EN AMEU	INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN INTERACCIÓN OBSTETRA-USUARIA						TOTAL	
	ANTES		DURANTE		DESPUÉS		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>BUENO</b>	7	36.84	3	21.43	14	60.87	24	43.64
<b>REGULAR</b>	10	55.56	5	35.71	8	34.78	23	41.82
<b>DEFICIENTE</b>	1	5.56	6	42.86	1	4.35	8	14.55
<b>TOTAL</b>	18	32.73	14	25.45	22	41.82	55	100.00

Fuente: Cuestionario

### GRÁFICO N° 04

#### INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN INTERACCIÓN OBSTETRA-USUARIA EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018



Fuente: Cuadro N° 04

En el cuadro estadístico y gráfico N° 04, se presenta la intervención de la obstetra en interacción obstetra-usuaria en relación a la percepción durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018

Podemos observar que, la intervención de la obstetra respecto a interacción obstetra-usuaria, se evidencia con mayor frecuencia la participación de la obstetra, DESPUÉS de la aspiración manual endouterina en un 41.82%, seguida de un 32.73%, esta intervención de la obstetra, se presenta ANTES del procedimiento; y, en un 25.45% DURANTE el procedimiento.

De la misma manera, podemos observar que, esta intervención de interacción obstetra-usuaria ANTES del procedimiento, es percibido por las pacientes como regular en un 55.56%. DURANTE el procedimiento, esta interacción obstetra-usuaria, es percibida como deficiente en un 42.86% de las pacientes.

Percepción diferente, se da DESPUÉS del procedimiento, en el cual, un 63.64% de las pacientes lo perciben como bueno su intervención; esto debido a que, el profesional obstetra, tiene más y mayor contacto con la paciente en la unidad de recuperación.

CUADRO N° 05

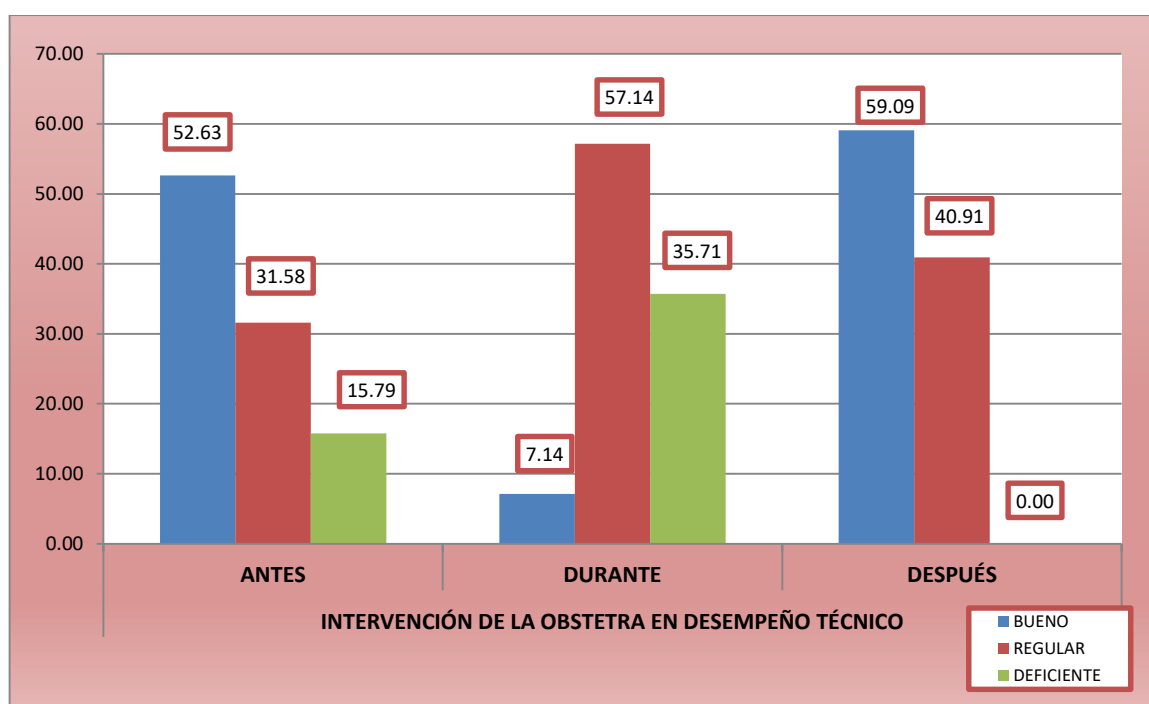
INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN DESEMPEÑO TÉCNICO EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE EN AMEU	INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN DESEMPEÑO TÉCNICO						TOTAL	
	ANTES		DURANTE		DESPUÉS		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
BUENO	10	52.63	1	7.14	13	59.09	24	43.64
REGULAR	6	31.58	8	57.14	9	40.91	23	41.82
DEFICIENTE	3	15.79	5	35.71	0	0.00	8	14.55
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>34.55</b>	<b>14</b>	<b>25.45</b>	<b>22</b>	<b>40.00</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Cuestionarios

GRÁFICO N° 05

INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN DESEMPEÑO TÉCNICO EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018



Fuente: Cuadro N° 05

En el cuadro estadístico y gráfico N° 05, se presenta la intervención de la obstetra en desempeño técnico en relación a la percepción durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018

Podemos observar que, la intervención de la obstetra respecto a desempeño técnico, se evidencia con mayor frecuencia la participación de la obstetra, DESPUÉS de la aspiración manual endouterina en un 40.00%, seguida de un 34.55%, esta intervención de la obstetra, se presenta ANTES del procedimiento; y, en un 25.45% DURANTE el procedimiento.

De la misma manera, podemos observar que, esta intervención de i desempeño técnico ANTES del procedimiento, es percibido por las pacientes como bueno en un 52.63%. DURANTE el procedimiento, este desempeño técnico, es percibida como regular en un 57.14% de las pacientes.

Percepción casi parecida, se da DESPUÉS del procedimiento, en el cual, un 59.09% de las pacientes, lo perciben como bueno su intervención; esto debido a que, el profesional obstetra, pone en práctica sus conocimientos para el cuidado de las pacientes post aspiración manual endouterina en la unidad de recuperación.

CUADRO N° 06

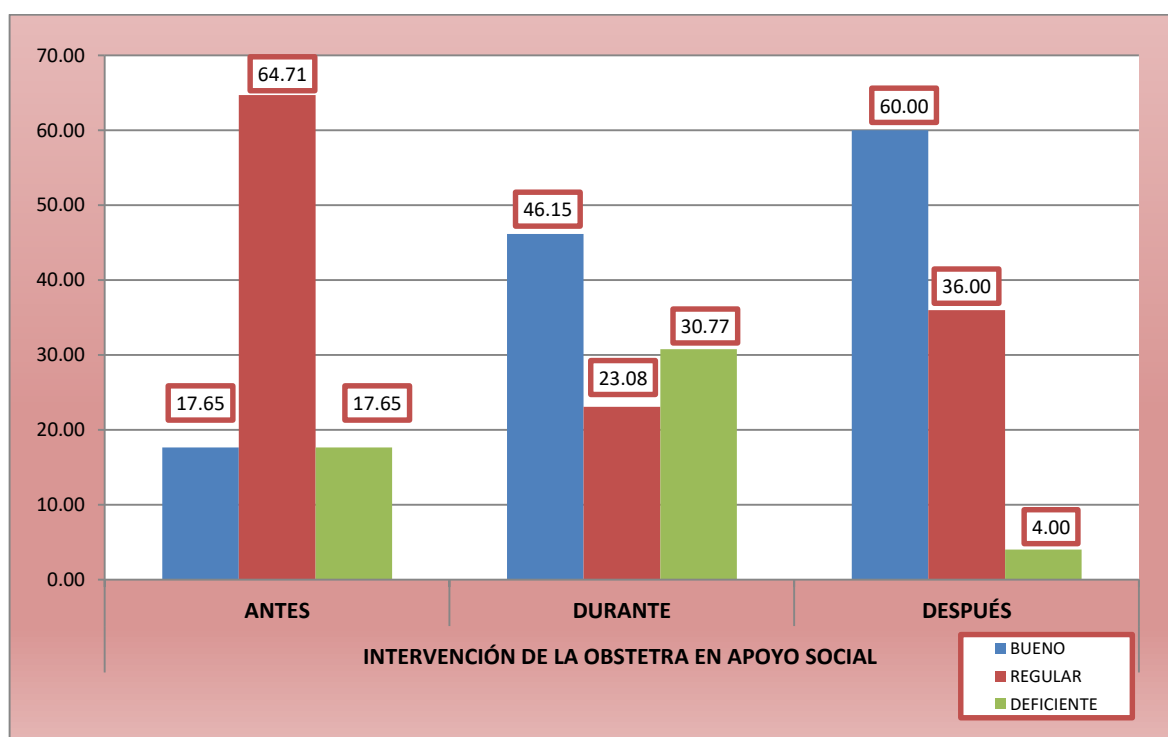
INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN APOYO SOCIAL EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE EN AMEU	INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN APOYO SOCIAL						TOTAL	
	ANTES		DURANTE		DESPUÉS		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
BUENO	3	17.65	6	46.15	15	60.00	24	43.64
REGULAR	11	64.71	3	23.08	9	36.00	23	41.82
DEFICIENTE	3	17.65	4	30.77	1	4.00	8	14.55
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>30.91</b>	<b>13</b>	<b>23.64</b>	<b>25</b>	<b>45.45</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Cuestionarios

GRÁFICO N° 06

INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN APOYO SOCIAL EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA, 2018



Fuente: Cuadro N° 06

En el cuadro estadístico y gráfico N° 06, se presenta la intervención de la obstetra en apoyo social en relación a la percepción durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018

Podemos observar que, la intervención de la obstetra respecto a apoyo social, se evidencia con mayor frecuencia la participación de la obstetra, DESPUÉS de la aspiración manual endouterina en un 45.45%, seguida de un 30.91%, esta intervención de la obstetra, se presenta ANTES del procedimiento; y, en un 23.64% DURANTE el procedimiento.

De la misma manera, podemos observar que, esta intervención de apoyo social ANTES del procedimiento, es percibido por las pacientes como Regular en un 64.71%. DURANTE el procedimiento, este desempeño técnico, es percibida como bueno en un 46.15% de las pacientes.

Percepción similar, se da DESPUÉS del procedimiento, en el cual, un 60.00% de las pacientes, lo perciben como bueno su intervención; esto debido a que, el profesional obstetra, asume la necesidad de apoyo psico-emocional y espiritual que requiere las pacientes en procedimientos de aspiración manual endouterina en todo momento mientras dure; asimismo, posterior a este procedimiento, debe priorizar este aspecto.



**CUADRO N° 07**

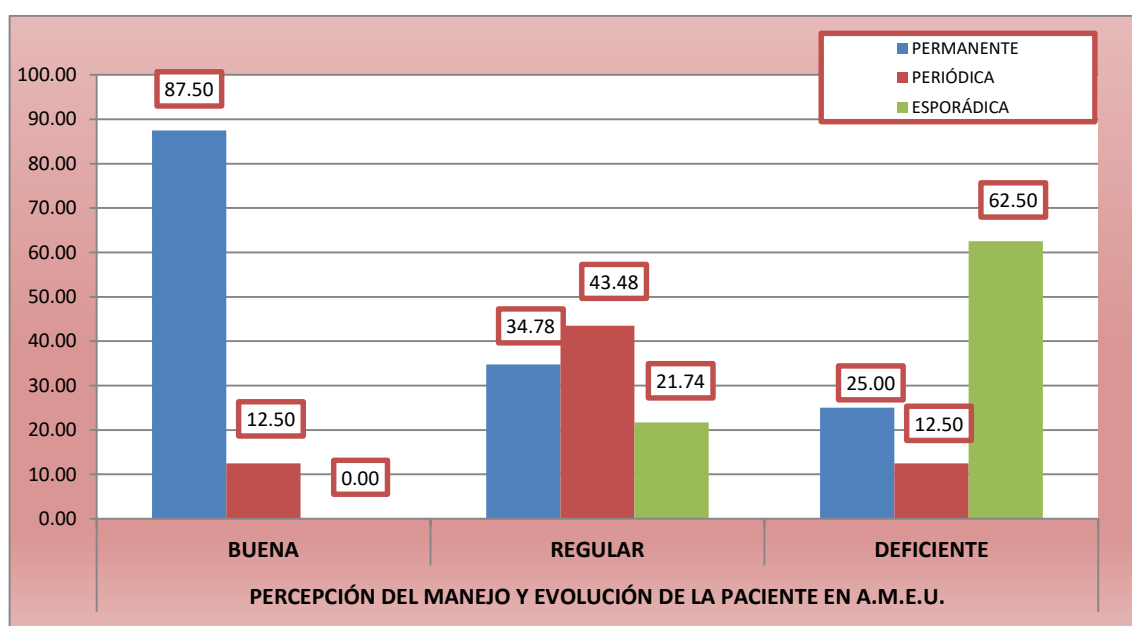
**INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2018**

INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA	PERCEPCIÓN DEL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN A.M.E.U.						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		DEFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>PERMANENTE</b>	21	87.50	8	34.78	2	25.00	31	56.36
<b>PERIÓDICA</b>	3	12.50	10	43.48	1	12.50	14	25.45
<b>ESPORÁDICA</b>	0	0.00	5	21.74	5	62.50	10	18.18
<b>TOTAL</b>	24	43.64	23	41.82	8	14.55	55	100.00

Fuente: Cuestionarios

**GRÁFICO N° 07**

**INTERVENCIÓN DE LA OBSTETRA EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2018**



Fuente: Cuadro N° 07

En el cuadro estadístico y gráfico N° 07, se presenta la intervención de la obstetra en relación a la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018

Podemos observar que, la intervención de la obstetra en el proceso de aspiración manual endouterina fue permanente en un 56.36%, en relación a un 25.45% que fue periódica y a un 18.18% que fue esporádico.

De la misma manera, podemos observar que, la intervención de la obstetra durante este proceso, es percibida por las pacientes como bueno en un 43.64%; seguido de las pacientes quienes refieren que su intervención fue regular en un 41.82% y, de las pacientes que refieren que la intervención fue deficiente en un 14.55%.

De igual manera, podemos observar que, entre las pacientes quienes perciben que la intervención fue buena, un 87.50% se debió a la intervención permanente de la obstetra durante el proceso de AMEU; en relación a las pacientes que percibían la atención como regular, se debió a la intervención periódica de la obstetra en un 43.48%. Y, en un 62.50% de las pacientes quienes percibieron la atención como deficiente, se debió a la intervención esporádica de la obstetra durante el proceso de AMEU.

### 4.3 Prueba de hipótesis

#### a. Hipótesis específica 1 de la investigación

**Ho:** No Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en información y orientación y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

**Ha:** Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en información y orientación y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

Siendo sometidos las variables de estudio a **prueba Estadística**, por la naturaleza de las variables y el nivel de investigación, se empleó la estadística de tipo inferencial; no paramétrica  $\chi^2$ , donde encontramos los siguientes resultados:

Análisis estadísticos	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Valor $\chi^2_c$	17.236 <sup>a</sup>	4	,001
Valor $\chi^2_t$	9.488		
N° de casos válidos	55		
$\alpha$	0.05		

**Fuente:** Análisis estadísticos del programa software SPSS v25. Elaboración propia.

**Por lo tanto:** Al haber hallado estos valores

$$\chi^2_c = 17.236 > \chi^2_t = 9.488 \text{ (gl} = 4 \text{ } \alpha = 0.05) \quad p - \text{Valor} = 0.001$$

**Decisión**      SI:  $p\text{-Valor} < 0.05 \rightarrow$  Ho: Se rechaza  
Ha: Se acepta

#### **Conclusión estadística**

Con un p-valor 0,001 se confirma la existencia de relación estadística significativa entre la intervención de la obstetra en información y orientación y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018.

## b. Hipótesis específica 2 de la investigación

**Ho:** No Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en interacción obstetra-usuaria y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

**Ha:** Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en interacción obstetra-usuaria y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

Siendo sometidos las variables de estudio a **prueba Estadística**, por la naturaleza de las variables y el nivel de investigación, se empleó la estadística de tipo inferencial; no paramétrica Chi<sup>2</sup>, donde encontramos los siguientes resultados:

Análisis estadísticos	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Valor $\chi^2_c$	14.809 <sup>a</sup>	4	,005
Valor $\chi^2_t$	9.488		
N° de casos válidos	55		
$\alpha$	0.05		

**Fuente:** Análisis estadísticos del programa software SPSS v25. Elaboración propia.

**Por lo tanto:** Al haber hallado estos valores

$$\chi^2_c = 14.809 > \chi^2_t = 9.488 \text{ (gl} = 4 \text{ } \alpha = 0.05) \quad p - \text{Valor} = 0.005$$

### Decisión

Si: p-Valor < 0.05 → Ho: Se rechaza

Ha: Se acepta

### Conclusión estadística

Con un p-valor 0,005 se confirma la existencia de relación estadística significativa entre la intervención de la obstetra en interacción obstetra-usuaria y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

### c. Hipótesis específica 3 de la investigación

**Ho:** No Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en desempeño técnico y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

**Ha:** Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en desempeño técnico y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

Siendo sometidos las variables de estudio a **prueba Estadística**, por la naturaleza de las variables y el nivel de investigación, se empleó la estadística de tipo inferencial; no paramétrica Chi<sup>2</sup>, donde encontramos los siguientes resultados:

Análisis estadísticos	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Valor $\chi^2_c$	14.630 <sup>a</sup>	4	,006
Valor $\chi^2_t$	9.488		
Nº de casos válidos	55		
$\alpha$	0.05		

**Fuente:** Análisis estadísticos del programa software SPSS v25. Elaboración propia.

**Por lo tanto:** Al haber hallado estos valores

$$\chi^2_c = 14.630 > \chi^2_t = 9.488 \text{ (gl} = 4 \text{ } \alpha = 0.05) \quad p - \text{Valor} = 0.006$$

#### **Decisión**

Si: p-Valor < 0.05 → Ho: Se rechaza

Ha: Se acepta

#### **Conclusión estadística**

Con un p-valor 0,006 se confirma la existencia de relación estadística significativa entre la intervención de la obstetra en desempeño técnico y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

#### d. Hipótesis específica 4 de la investigación

**Ho:** No Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en apoyo social y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

**Ha:** Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en apoyo social y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

Siendo sometidos las variables de estudio a **prueba Estadística**, por la naturaleza de las variables y el nivel de investigación, se empleó la estadística de tipo inferencial; no paramétrica Chi<sup>2</sup>, donde encontramos los siguientes resultados:

Análisis estadísticos	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Valor $\chi^2_c$	11.984 <sup>a</sup>	4	,017
Valor $\chi^2_t$	9.488		
N° de casos válidos	55		
$\alpha$	0.05		

**Fuente:** Análisis estadísticos del programa software SPSS v25. Elaboración propia.

**Por lo tanto:** Al haber hallado estos valores

$$\chi^2_c = 11.984 > \chi^2_t = 9.488 \quad (gl = 4 \quad \alpha = 0.05) \quad p - \text{Valor} = 0.017$$

#### **Decisión**

Si:  $p\text{-Valor} < 0.05 \rightarrow$  Ho: Se rechaza

Ha: Se acepta

#### **Conclusión estadística**

Con un p-valor 0,017 se confirma la existencia de relación estadística significativa entre la intervención de la obstetra en apoyo social y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

#### e. Hipótesis General de la investigación

**Ho:** No Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra y la percepción de la paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

**Ha:** Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra y la percepción de la paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

Siendo sometidos las variables de estudio a **prueba Estadística**, por la naturaleza de las variables y el nivel de investigación, se empleó la estadística de tipo inferencial; no paramétrica Chi<sup>2</sup>, donde encontramos los siguientes resultados:

Análisis estadísticos	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Valor $\chi^2_c$	25.636 <sup>a</sup>	4	,000
Valor $\chi^2_t$	9.488		
N° de casos válidos	55		
$\alpha$	0.05		

**Fuente:** Análisis estadísticos del programa software SPSS v25. Elaboración propia.

**Por lo tanto:** Al haber hallado estos valores

$$\chi^2_c = 25.636 > \chi^2_t = 9.488 \text{ (gl} = 4 \text{ } \alpha = 0.05) \text{ } p\text{-Valor} = 0.000$$

#### **Decisión**

Si: p-Valor < 0.05 → Ho: Se rechaza

Ha: Se acepta

#### **Conclusión estadística**

Con un p-valor 0,000 se confirma la existencia de relación estadística significativa entre la intervención de la obstetra en apoyo social y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018

#### 4.4 Discusión de resultados

Cuando se habla de percepción de los cuidados, percepción de la intervención, estamos hablando indirectamente de la satisfacción o insatisfacción, esto como indicador de componente subjetivo, ya que es así, con las percepciones y actitudes se valoran tales acciones.

Asimismo, referirse a la aspiración manual endouterina, es también referirse al aborto, a la pérdida del producto de la concepción, antes de su viabilidad. Uno es consecuencia del otro, muchas veces, el aborto puede ser debido a efectos fisiológicos, como también, provocado; con lo cual, se pone en riesgo la salud y, sobre todo, la vida de aquellas gestantes. Es así que, se reporta como la primera causa de mortalidad y discapacidad en el mundo entre la población femenina en edad reproductiva, a todas aquellas que tienen relación a complicaciones del embarazo (2)

Es así que Plas M. en la ciudad de Guayaquil – Ecuador, reporta de su investigación sobre la incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital De Bahía De Caráquez “ que, un total de 44 pacientes presentaron aborto incompleto (39.3%); el cual se dio entre los 21-25 años de edad en un 34.1%; proceden de áreas rurales 38.6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje en el nivel de primaria completa con 45.5%; conviven con sus parejas con 63.6%, son amas de casa con 72.7%; 77.3% fue un embarazo no deseado; de acuerdo la semana de gestación un porcentaje mayor con 38.6%. fue de la 13 a 16 semana gestacional (15)

Los profesionales de Obstetricia centran sus intervenciones, hacia el cuidado de la mujer, bajo una concepción holística. Por lo cual, los cuidados de obstetricia, llega a ser el punto neurálgico de sus atribuciones profesionales, cuidados de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, adquieren una notoria responsabilidad para



asumir como una unidad de interacciones y dependencia mutua eventos muy delicados, como el aborto (Sandoval, 2013) (4)

En nuestro estudio podemos observar que, la intervención de la obstetra fue de una manera permanente en un 56.36% durante el manejo y evolución de la aspiración manual endouterina, en relación de un 25.45% que dicha intervención es de manera periódica y, de un 18.18 cuya intervención es esporádica. De la misma manera, podemos observar que, dentro de esta intervención, en la dimensión información y orientación, se percibe una intervención permanente en un 61.82%; de la misma manera, en la dimensión interacción usuaria-obstetra, se percibe una intervención permanente de un 52.73%. Lo mismo sucede en las dimensiones, desempeño técnico y apoyo social, en los cuales, la intervención de la obstetra se da en un 60,00% y 50.91% respectivamente. Sabemos que, los procedimientos de la aspiración manual endouterina, es eminentemente de tratamiento del aborto incompleto no complicado, dirigido y ejecutado por el médico ginecólogo; pero, con la participación y apoyo del personal obstetra, desde el ingreso al establecimiento, la preparación de la paciente, del equipo y materiales, monitoreo, apoyo socioemocional, educación sexual y reproductiva.

Guerrero M. presentó su estudio de identificación de prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil en Guayaquil, Ecuador, en el cual se reporta que, el índice de prevalencia de aborto incompleto entre usuarias diagnosticadas fue del 75%; el mayor porcentaje lo presentó las pacientes entre 20 a 23 años con un 43 %; en su mayoría el nivel de instrucción fue la secundaria con el 75%; 76% eran amas de casa; el 60% eran de unión libre; el 75% presentaron un embarazo entre las 6 a 10 semanas y su número de embarazo era mayor a tres. (16)

Aquí se percibe la gran variedad de condiciones socioeconómicas, culturales y educativas. Resulta muy difícil inferir la magnitud en la que se vienen practicando el aborto, y a que factores culturales, religiosos y legales influyen para que las mujeres oculten la interrupción de un embarazo. Según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, y 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible (13)

Por lo tanto, existe entonces, la imperiosa necesidad de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para atender las complicaciones de las interrupciones del embarazo, sobre todo y, ante todo, intervenir en promocionar la salud sexual y reproductiva y a la vez, brindar educación sanitaria sobre los terribles efectos de estas prácticas inhumanas. Favorecer la accesibilidad, de manera especial, cuando estas etapas sean tempranas en la gestación; asimismo, se debe mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de atención postaborto, donde indudablemente se requiere de apoyo psico-emocional, espiritual y social. La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) puede contribuir con estos requerimientos de urgencia. (7) (7)

Por otra parte, Byron Jr. Urizar G, Herbert V Caniz V, Michelle S, Mérida Selvin y Estuardo Newbery M. de su estudio, determinó las características sociodemográfica, clínica y ultrasonografía de la paciente post aborto incompleto y los costos hospitalarios. Reporta que, a un (8.3%) se les realizó LU (Legrado uterino) y al (91.7%) se les realizó AMEU (Aspiración manual endouterina); el 1.5% post LU y 9.4% post AMEU, presentaron la cavidad uterina ocupada principalmente por coágulos y sangre respectivamente, el 3.8% post LU y 57.2% post AMEU, presentaron de 5 a 8 mm de grosor endometrial. Concluye su estudio que, dentro de las características ultrasonografías 6.7% y 82.4% post LU y AMEU, respectivamente, presentaron la cavidad uterina no ocupada, no evidenciando

laceraciones ni perforaciones; determinándose que, los costos hospitalarios por procedimiento fueron menores al realizar AMEU en comparación con LU (17)

Cuando los procedimientos para atender el aborto son llevados a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, sin embargo, existen complicaciones que se realizan tanto en el centro de salud como fuera de él. Aquí podemos encontrar como complicación, a la hemorragia, provocado por la retención del embrión, de traumatismo o daño al cuello uterino y probablemente, causas de perforación del útero. La anestesia puede causar algún tipo de complicación, la anestesia local es más segura que la anestesia general por lo que la AMEU es más seguro que el LU. Cuando se tiene una atención adecuada a un aborto, en la mayoría de las mujeres no se reportará ningún tipo de secuelas en su estado de salud en general ni reproductiva a largo plazo. Una baja proporción de ellas, se ubica como una excepción, ya que, estas presentan complicaciones severas durante el aborto. (23) (28)

En nuestro país, Lozano B. en la Región Loreto, reporta de su tesis prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 – 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto, donde evidenció mayor prevalencia gestantes entre 15 a 20 años de edad con un 31%; 64.7% son convivientes; 80.2% proceden de áreas urbanas; El 65.1% son amas de casa; 33.2% con secundaria incompleta; El 43.1% presentaron entre 2- 3 gestaciones; el número de partos fue 1 con 40.1%; el número de abortos fue de 1 con un 95.7%; el mayor número de gestaciones fueron primigestas con 39.2%; la semana gestacional con el mayor número de aborto fue de 6-10 semanas con 59.9%. (18)

Asimismo, Marín H. en la ciudad de Iquitos, en su estudio, obtuvo como resultado, el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto (74.4%) con una edad gestacional < de 12 semanas (89.6%); el tipo de procedimiento más frecuente fue

el AMEU (66.8%); la incidencia de aborto fue de 97.8 abortos por mil nacidos vivos; la ecografía pélvica, fue el estudio de imagen más frecuente en un (76.2%). (19)

En las últimas tres décadas, la OMS estima que la ocurrencia de abortos anualmente es de aproximadamente 40 a 50 millones. El 50% de estos abortos (20 millones) se realizaron en contextos de inseguridad. Cada año en el mundo mueren 585 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % (aproximadamente 70000) de todas las muertes maternas se deben a complicaciones del aborto. Como podemos percibir, muchas mujeres mueren por esta causa, pero, también, miles de ellas, quedan con las secuelas a largo plazo, como la infertilidad. Es necesario subrayar que, con frecuencia se presentan conflictos psicológicos, emocionales y sociales entre las mujeres que fueron sometidas a aborto provocado. (23) (24)

Viendo estas tasas, es imprescindible que las instituciones y establecimientos de salud, cumplan con los requerimientos y las necesidades de las usuarias para prestar atención de salud y, sobre todo, en aquellas situaciones de emergencias y urgencias que pueden suscitarse durante el desarrollo de la vida; para el caso de esta investigación, en el desarrollo del embarazo puede haber interrupciones de éste, sea voluntario o no. Para ello, el objetivo institucional debe ser organizar los servicios de salud de manera que se atienda de manera oportuna y con calidad a las mujeres que se presentan en situación de aborto y así reducir la morbilidad y mortalidad materna relacionada con esta causa. Uno de los componentes centrales en la implantación de este marco en los servicios de salud es el uso de tecnologías apropiadas (7)

Por lo tanto, para la existencia de satisfacción respecto al cuidado, y, además, sea percibida por los usuarios, se debe tener por lo menos una intervención de la persona o profesional o alguna posible intención para realizar acciones específicas,

los cuales van a provocar resultados, susceptibles de ser valorados como favorable o desfavorables, satisfactorio o insatisfactorio, positivo o negativo. (Patrocinio, 2013) (3)

En el estudio que presentamos, podemos observar que, la percepción de la paciente en aspiración manual endouterina fue de un nivel bueno en un 43.64% acerca de la intervención de la obstetra durante este proceso; muy de cerca a esta frecuencia, se tiene a las pacientes quienes perciben como intervención de nivel regular en un 41.82%; y un 14.55% de ellas, quienes perciben esta intervención como deficiente. De la misma manera, podemos observar que, dentro de la percepción, en la dimensión biológico y dimensión emocional, se percibe un nivel bueno de tal atención, en relación a la dimensión espiritual, en la cual se percibe un nivel regular de dicha intervención durante todo el proceso.

De igual forma encontramos que, la intervención de la obstetra respecto a información y orientación a la paciente, así como, la interacción usuaria-obstetra, desempeño técnico y apoyo social, se presenta en cada una de las etapas del proceso de AMEU, pero, marcadamente, esta se presenta preferentemente y con mayor frecuencia de participación Después de la aspiración manual endouterina, esto debido a que, el profesional obstetra, es la encargada de monitorizar su evolución, así como brindar consejería en planificación familiar, así como brindar educación sexual y reproductiva. Así mismo, debido a que, el profesional obstetra, tiene más y mayor contacto con la paciente en la unidad de recuperación, y es el profesional obstetra, quien asume la necesidad de apoyo psico-emocional y espiritual que requiere las pacientes pos AMEU.

De la misma manera, encontramos que la intervención de la obstetra en el proceso de aspiración manual endouterina fue permanente en un 56.36%, en relación a un 25.45% que fue periódica y a un 18.18% que fue esporádico. Asimismo, se

encontró que, la intervención de la obstetra durante este proceso, es percibida por las pacientes como bueno en un 43.64%; seguido de las pacientes quienes refieren que su intervención fue regular en un 41.82% y, de las pacientes que refieren que la intervención fue deficiente en un 14.55%.

Finalmente, podemos observar que, entre las pacientes quienes perciben que la intervención fue buena, un 87.50% se debió a la intervención permanente de la obstetra durante el proceso de AMEU; en relación a las pacientes que percibían la atención como regular, se debió a la intervención periódica de la obstetra en un 43.48%. Y, en un 62.50% de las pacientes quienes percibieron la atención como deficiente, se debió a la intervención esporádica de la obstetra durante el proceso de AMEU.

## CONCLUSIONES

### **Primera:**

La intervención de la obstetra en los procedimientos de AMEU fue de manera permanente en un 56.36% durante el manejo y su evolución. Teniendo mayor participación en la dimensión información y orientación, así como desempeño técnico.

### **Segunda:**

La percepción de la paciente respecto a la intervención de la obstetra durante la AMEU fue de un nivel bueno en un 43.64%, teniendo en la dimensión biológica y emocional su mayor aceptación.

### **Tercera:**

La intervención de la obstetra respecto a información y orientación a la paciente en AMEU, se desarrolla con mayor frecuencia en un 50.91%, después del procedimiento; siendo percibida por la mayoría de pacientes como buena su intervención

### **Cuarta:**

La intervención de la obstetra respecto a interacción obstetra-usuaria en AMEU se desarrolla con mayor frecuencia en un 41.82% Después del procedimiento, siendo percibida por la mayoría de pacientes como buena su intervención.

### **Quinta:**

La intervención de la obstetra respecto a desempeño técnico en AMEU, se desarrolla con mayor frecuencia en un 40.00% Después del procedimiento, siendo percibida por

la mayoría de pacientes como buena su intervención.

**Sexta:**

La intervención de la obstetra respecto a apoyo social en AMEU se desarrolla con mayor frecuencia en un 45.45% Después del procedimiento, siendo percibida por la mayoría de pacientes como buena su intervención.

**Séptima**

La intervención de la obstetra en el proceso de AMEU fue de manera permanente en cada uno de los procesos en un 56.36%, asimismo, fue percibida como buena su intervención en un 43.64%.



## RECOMENDACIONES

### **Primera:**

Los establecimientos de salud, deben implementar estrategias de masificación e intensificación de los programas de educación sexual en todas las formas y medios posibles para evitar embarazos no deseados.

### **Segunda:**

La institución debe considerar el fortalecimiento de la gestión de mejora de coberturas no solo de la intervención de urgencias sino también de los programas de planificación familiar.

### **Tercera:**

Los establecimientos de salud deben proveer de ambientes adecuados para favorecer y aprovechar el breve tiempo de estancia de la paciente post AMEU, en la cual se pueda brindar educación en salud, apoyo emocional, espiritual.

### **Cuarta:**

El establecimiento de salud, debe disponer de profesionales, equipamiento, infraestructura y materiales, en todo momento para efectivizar la intervención de manera institucional, posibles complicaciones que pudiera ocasionar el aborto.

### **Quinta:**

Fortalecer el compromiso del profesional obstetra en la intervención espiritual y emocional a la paciente post AMEU, mejorando el vínculo obstetra-usuaria.

### **Sexta:**

Los establecimientos de salud, deben implementar estrategias de intervención con terapias psicológicas para todas aquellas gestantes que cursan estos tipos de atención.

## **Séptima**

La institución debe favorecer la intervención de los profesionales de la salud como un equipo compacto, el cual se haga cargo de estas intervenciones, y quizá, prolongar un poco más el tiempo de estancia de la paciente para efectivizar sus atenciones.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal Perú: MINSA; 2012.
2. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3).
3. Patrocinio R. Nivel de satisfacción de la puérpera sobre el cuidado integral que brinda la enfermera en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2013 Lima - Perú; 2013.
4. Sandoval R. Satisfacción de las puérperas de hospitalización con el cuidado integral de enfermería en el hospital regional de Chimbote de enero a junio de 2013 Chimbote - Perú; 2013.
5. López R. El aborto como problema de salud pública. En: Maternidad sin riesgos en México Elú MC LACPdllpuMsReM, editor. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales; 1994.
6. Brambila C, Langer A, García C, Molina A, Heimburger A, Barahona V.. Análisis de costos de los servicios post – aborto en el Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca México: México The Population Council; 1998.
7. Quiroz G, Billings D, Gasman N. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Gac Méd Méx. 2003; 139(1).
8. Secretaría de Salud de México. Mortalidad México: SSA; 1997.
9. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Cuadernos de Salud Reproductiva México: CONAPO; 2000.
10. Langer A, Romero M. El embarazo, el parto y el puerperio ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En: Langer A, Tolbert K, editores. Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México México: Population Council / Edamex; 1996.

11. De Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción Ipas , editor. USA: Chapel Hill, NC; 2001.
12. Winnikof B. and Sullivan M. Assesing the role of family planning in reducing maternal mortality. Studies in Family Planning. 1987; 18: p. 128-143.
13. UNFPA. Safe Motherhood Initiative. [Online].; 2004 [cited 2018 mayo 10. Available from: <http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm>.
14. UNFPA. Anticoncepción materna. [Online].; 2010 [cited 2018 mayo 10. Available from: [UNFPA http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm](http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm).
15. Pluas M. Incidencia del Aborto Incompleto en Mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcivar” en el periodo septiembre del 2012 A Febrero 2013 Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia; 2013.
16. Guerrero M. Prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período de mayo a octubre del 2012 Ecuador; 2013.
17. Byron Jr. Urízar G, Herbert V Caniz V, Michelle S, Mérida Selvin y Estuardo Newbery M. Características sociodemográfica, clínica y ultrasonografía de la paciente post aborto incompleto y los costos hospitalarios Guatemala; 2011.
18. Lozano B. Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 – 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016 Loreto: Universidad Nacional de la Amazonía. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano; 2017.
19. Marín H. Aspectos clínicos, laboratoriales y manejo del aborto en el Hospital Regional de Loreto entre enero y diciembre del 2012 Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonía. Tesis de grado; 2012.

20. O.M.S. Información médica. [Online].; 2009 [cited 2018 abril 18. Available from: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>.
21. Aparicio J, Ayala J, Ascarruz A, Casquero L. Características del Aborto en los adolescentes Hospital 2 de Mayo. Ginecología y Obstetricia. 1996 diciembre; 42(3).
22. Jijon A, Sacoto M, Córdova A. Alto Riesgo Obstétrico. Primera ed. Quito - Ecuador: Ecuoffset; 2006.
23. Bugua Gitau G, Liversedge H, Goffey D, Hawton A, Liversedge N, Taylor, M. The influence of maternal age on the outcomes of pregnancies complicated by bleeding at less than 12 weeks. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; 88(1): p. 116-8.
24. Carbonell J, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sánchez. Frecuencia de abortos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000 enero - abril; 26(1).
25. Montenegro A y Molina S. Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013 Managua - Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013.
26. May W, Gulmezoglu A, Ba-Thike K.. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida): En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2; 2005.
27. Molloy AM, Kirke PN, et al. Effects of folate and vitamin B12 deficiencies during pregnancy on fetal, infant, and child development USA: PUBMED; 2008.
28. Reindollar R. Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. Tercera ed. México D.F.: Editorial Interamericana; 2000.
29. Prada E. et al. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala, Causas y Consecuencias Nueva York: Guttmacher Institute; 2006.

30. Quiroga de Michelena, Díaz A, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Klein E. Estudio Cromosómico en el Aborto espontáneo y su aplicación clínica. Revista Peruana Ginecológico Obstétrica. 2007; 53(2): p. 24-129.
31. Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. Lancet. 2006; 368: p. 601-11.
32. Hospital María Auxiliadora. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Lima - Perú: Departamento de Gineco Obstetricia; 2012.
33. Gobierno Regional de Arequipa. Protocolo para manejo de casos de interrupción legal del embarazo Arequipa: Gerencia Regional de Salud; 2007.
34. Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.
35. Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de Investigación Científica México; 2004.
36. Carranza JC, Balabarca CT, Meza Aliaga EG, Tapia SJ. Satisfacción de las pacientes del área de aspiración manual endouterina respecto al cuidado enfermero en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, 2017 Lima - Perú: Universidad Peruana Unión; 2017.
37. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.

## **ANEXOS**



## ANEXO 01

### CUESTIONARIO

**OBJETIVO:** Registrar los datos generales y aspectos generales de la gestante y evaluar la Intervención del obstetra durante el manejo y evolución de la paciente en Aspiración Manual Endouterina, Hospital María Auxiliadora – Lima, 2018

**INSTRUCCIONES:** Marcar la información (datos) que fueron informados por el paciente y evaluados por el médico respectivo, con “X” o una cruz (+) debajo de las columnas.

#### I. DATOS GENERALES:

##### A. DIMENSIÓN 1: SOCIO CULTURAL ECONÓMICO

1. EDAD:
  - a. < 20 años ( )
  - b. 21 – 30 años ( )
  - c. Más de 30 años ( )
2. PROCEDENCIA:
  - a. Urbano ( )
  - b. Urb. Marginal ( )
3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
  - Sin Instrucción ( )
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior ( )
4. OCUPACIÓN:
  - Empleada/Dependiente ( )
  - Trabajo Independiente ( )
  - Casa ( )
  - Estudia ( )
5. ESTADO CIVIL:
  - Soltera ( )
  - Casada ( )
  - Conviviente ( )

##### B. DIMENSIÓN 2: ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

6. N° DE GESTACIONES:
  - 1 ( )
  - 2 -3 ( )
  - 4 a más ( )
7. N° DE PARTOS:
  - 1 ( )
  - 2-3 ( )
  - 4 a más ( )
  - N/A ( )
8. EDAD GESTACIONAL PREVIO AL ABORTO
  - 1-5 semanas ( )



- 6-10 semanas ( )
- 11-15 semanas ( )
- 16-22 semanas ( )
- Se desconoce ( )

9. FAMILIARES CON QUIENES VIVE:

- Padre/madre ( )
- Esposo - Hijos ( )
- Solo Hijos ( )
- Solo esposo ( )

10. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Alergias ( ) Mencione: .....
- Diabetes ( )
- Anemia ( )
- Tuberculosis ( )
- Preeclampsia ( )
- Otros ( ) Mencione: .....

11. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Aborto ( ) Cuántos? .....
- Cesárea ( ) Cuántos? .....
- Anemia ( )
- Pre eclampsia ( )
- Prematuridad ( )
- Otros ( ) Mencione: .....

## II DATOS ESPECÍFICOS – INTERVENCIÓN DEL OBSTETRA

### A. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

1. RECEPCIÓN

- El personal de Obstetricia cuando ingresó al hospital le recibió
  - Atentamente ( )
  - Con indiferencia ( )
  - No se hizo presente ( )

2. PREPARACIÓN

- El personal de obstetricia antes de la intervención
  - Me explicó de la preparación ( )
  - Me molestó por mi situación ( )
  - No me dijo nada ( )

3. PROCEDIMIENTO

- El personal de obstetricia sobre el procedimiento:
  - Me explicó claramente los pormenores ( )
  - Solo me dio indicaciones ( )
  - Solo me acompañó ( )

4. EVOLUCIÓN

- El personal de obstetricia me informó de la recuperación de esta intervención.
  - Me explicó del Control y monitoreo ( )
  - Solo me dio indicaciones ( )
  - Solo me acompañó ( )

5. CUIDADOS POSTERIORES

- El personal de obstetricia me orientó sobre los cuidados posteriores.
  - Me orientó los cuidados que debo seguir ( )
  - Solo me dio indicaciones ( )
  - Solo me acompañó ( )

## B. INTERACCIÓN USUARIA-OBSTETRA

### 6. CALIDEZ

- El personal de obstetricia durante mi estancia en el hospital
  - Se preocupa por mí en todo momento ( )
  - Solo se preocupa en sus funciones ( )
  - Solo se preocupa por mi tratamiento ( )

### 7. CONFIANZA

- El personal de obstetricia durante mi estancia en el hospital
  - Me brindó confianza en todo momento ( )
  - Solo se preocupa en su trabajo ( )
  - Solo me acompañó ( )

### 8. OPORTUNA

- El personal de obstetricia, cuando tiene alguna necesidad y/o problema durante mi estancia en el hospital
  - Siempre está pendiente de mí en todo momento ( )
  - Solo está pendiente si me quejo de algo ( )
  - Solo está pendiente cuando hay tratamiento ( )

## C. DESEMPEÑO TÉCNICO

### 9. SEGURIDAD

- El personal de obstetricia cuando realiza sus funciones durante mi estancia en el hospital
  - Me da seguridad y confianza su trabajo ( )
  - Realiza bien su trabajo ( )
  - Me da mucho temor de su trabajo ( )

### 10. EFECTIVIDAD

- El personal de obstetricia cuando realiza sus actividades como profesional durante mi estancia en el hospital
  - Responde como profesional adecuadamente ( )
  - Espera indicaciones y disponibilidad ( )
  - Busca excusas cuando no dispone de material ( )

### 11. RAPIDEZ

- El personal de obstetricia durante los procedimientos y funciones que realiza durante mi estancia en el hospital
  - Los procedimientos lo hace adecuadamente ( )
  - Se demora mucho en su trabajo ( )
  - Encarga o lo hace otro profesional ( )

### 12. RESPONSABILIDAD

- El personal de obstetricia respecto al cumplimiento de sus funciones durante mi estancia en el hospital
  - Es muy responsable desde mi ingreso y mi alta ( )
  - Solo se preocupa en su trabajo ( )
  - Solo me acompañó ( )

## D. APOYO SOCIAL

### 13. INTEGRAL

- El personal de obstetricia durante mi estancia en el hospital, se mostró conmigo mostrándome:
  - Preocupación, coordinó con otros profesionales de salud, me orientaron en todo momento ( )
  - Solo se preocupa en cumplir con sus obligaciones y funciones y que todo salga bien ( )

- Solo cumple con las labores indicadas durante todo el procedimiento hasta el alta ( )

14. COMPLETO

- El personal de obstetricia durante mi estancia en el hospital
  - Preocupación, confianza en todo momento por mi salud, mi familia, mis temores, mi futuro ( )
  - Solo se preocupa por que la intervención salga favorable y sin complicaciones ( )
  - Solo cumple con las labores indicadas durante todo la intervención ( )

15. HUMANIZADO

- El personal de obstetricia durante mi estancia en el hospital
  - Me brindó confianza y siempre pensó en mi salud ( )
  - Solo se preocupa en su trabajo ( )
  - Solo acompañó y dio asistencia al médico ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ANEXO 02**  
**CUESTIONARIO**  
**PERCEPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

ITEM	ENUNCIADO	RESPUESTAS		
		S	AV	N
1	Al ingresar al servicio la obstetra me saluda llamándome por mi nombre o apellido.			
2	La obstetra menciona su nombre antes de iniciar la atención			
3	La obstetra no respeta mi intimidad al atenderme			
4	La obstetra me escucha atentamente al momento de hablarle de mis dudas			
5	La obstetra me permite expresar mis sentimientos y emociones			
6	La obstetra me habla con voz suave y clara.			
7	El trato que brinda la obstetra no es por igual para todas			
8	La obstetra me explica sobre el procedimiento de AMEU con palabras sencillas y entendibles			
9	La obstetra me presentó al equipo de salud			
10	Durante mi estancia hospitalaria, la obstetra me explica el porqué de cada procedimiento antes de que se realice			
11	La obstetra indaga si consumí o no alimentos antes del procedimiento de la aspiración manual endouterina (AMEU)			
12	La obstetra no me acompaña durante el procedimiento			
13	La obstetra es amable y me brinda apoyo emocional durante el procedimiento de la aspiración Manual endouterina (AMEU).			
14	La obstetra cuando se acerca para apoyarme me coge de la mano o me da una palmada			
15	La obstetra acude rápidamente a mi llamado (dolor, necesidad de micción, etc)			
16	La obstetra se preocupa que mis necesidades de higiene sean atendidas			
17	La obstetra no verifica si el sangrando vaginal es poco o bastante			
18	La obstetra me brinda un ambiente seguro, sin ruidos para descansar después del procedimiento de AMEU			
19	La obstetra se preocupa por brindarme un ambiente sin exceso de frío y/o calor			
20	La obstetra no me controló la temperatura, pulso y presión arterial.			
21	La obstetra cuida que no me levante luego del procedimiento de AMEU hasta que me sienta bien			
22	La obstetra no informa a mi familia sobre mi estado de recuperación.			
23	La obstetra incentiva la buena relación con las demás pacientes			
24	Recibo charlas educativas de obstetricia en el servicio.(planificación familiar, cuidados pos AMEU)			
25	La obstetra incentiva mi colaboración para mi autocuidado.(elección de método de planificación familiar y cuidados en casa)			
26	La obstetra no me acompaña durante la visita médica para el alta			
27	La obstetra se muestra preocupada al preguntarme si estuve conforme con la atención que me brindo.			
28	La obstetra no me expresa palabras de aliento o reflexión durante mi permanencia en el servicio			



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO 03

HISTORIA CLÍNICA - REGISTRO

Hospital Maria Auxiliadora  
 Departamento de Ginecología & Obstetricia

**HISTORIA CLINICA POST ABORTO**

DISA: [Redacted] EDAD: 27 años Instrucción: [ ] Estado Civil: [ ]

APellidos y Nombre: [Redacted] Domicilio: [Redacted] Distrito: [Redacted]

LE ID: [Redacted] Autogenerado: [ ]

**ANTECEDENTES**

Médicos: Tuberculosis [ ], Diabetes [ ], E.T.E. [ ], Co. Pélvica [ ] Hipert. Ar. [ ], Intolerancia [ ], Alergias [ ], Fata. MAG [ ]

Obstétricos: Gestaciones: 02 Abortos: 00 Vaginotomías: 01 Partos: 02 Cesáreas: 01 Nacidos vivos: 02 Nacidos muertos: 00

Fin Embarazo Anterior: Parto [ ], Aborto [ ], MIA [ ], No aplica [ ] Mes: 01 Año: 11

ADMISION: Día: 03 Mes: 09 Año: 17 Hora: 03 Min: 40 Referida: [ ] Tiempo de Tránsito: [ ]

SINTOMATOLOGÍA: Sangrado [ ] Fiebre [ ] Desmayos [ ] Explicar: [ ]

EXAMEN CLINICO: PA: 100/70 FC: 70 FR: 20 TEMP: 36.7

CONCIENCIA: Lúcido [ ] Somnoliento [ ] Excitado [ ] Coma [ ] PIEL: Normal [ ] Púrpura [ ] Equimótica [ ] Petequias [ ] Ictéricas [ ]

TORAX: Normal [ ] MAMAS: Normal [ ] CV: Normal [ ] ABDOMEN: Normal [ ] Visceromeg. [ ] Rectoria [ ] Distenso [ ] RHA Auscult. [ ]

EXAMEN GINECOLOGICO: UTERO (tamano) cm: 09 DOLOR: Leve [ ] Moderado [ ] Severo [ ] POSICION: AVI [ ] Medio [ ] BIF [ ] RESTOS: Excluidos [ ] Regular [ ] Absolvente [ ] MAL DOLOR: Si [ ] No [ ]

EXAMENES AUXILIARES: Hb: 12.0 Grupos Sangu: [ ] Leucocitos: [ ] Abast: [ ]

DIAGNOSTICO: [Redacted]

PROCEDIMIENTO: Ambiente: [ ] Categoría: [ ] Analg/Anest: [ ] BPC: [ ] Sedoan/Mg: [ ] BPC + Sedoan/Geal: [ ]

Observaciones: [Redacted]

POST OPERATORIO: [Redacted]

ALTA: Día: 03 Mes: 09 Año: 17 Hora: 06 Min: 45 Condición: Sana [ ] Con Patología [ ] Faltada [ ]

Medicamentos Prescritos: 1. Analgésicos: [Redacted] 2. Antibióticos: [Redacted] 3. Otros: [Redacted]

CONTROL EN CONSULTA EXTERNA: Evolución: Favorable [ ] Desfavorable [ ]

18/12/2001



ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señora usuaria del Hospital María Auxiliadora; nosotras internas de obstetricia Yurby Eliana Trujillo Aliaga y Paola Calzada López, tenemos el agrado de dirigirnos a usted para saludarle muy cordialmente, y al mismo tiempo solicitar su libre participación en el estudio titulado “Intervención del obstetra durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, hospital maría auxiliadora – lima, 2018”, el mismo que tiene fines estrictamente académicos. Con los resultados de esta investigación se pretende Determinar la calidad de intervención del profesional obstetra durante la atención de la gestante en Aspiración manual endouterina, procedimiento eminentemente médico en el hospital. Por lo que, se solicita de manera completamente voluntaria, su participación para formar parte de esta investigación.

Habiendo, sido informada de manera pormenorizada sobre el particular; mediante mi firma en el presente documento, de manera completamente libre y voluntaria, doy por consentido mi participación de la investigación, ya que los procedimientos que se establecen no ponen en riesgo mi integridad Física, ni emocional. Los datos que proporcione serán enteramente confidenciales; asimismo, puedo ordenar mi retiro de este estudio en el momento que mi persona así lo determine. También entiendo que no se otorgará, ni recibirá algún pago o beneficio económico por la participación.

NOMBRE:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ (día/mes/año)

DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PARTICIPANTE

-----  
Firma de la investigadora

Lima, ..... de ....., 2018

ANEXO 05 - A

CONSTANCIA DE INTERNADO - HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital María Auxiliadora
---	------	------------------------	-------------------------------

**CONSTANCIA**  
*Otorgado a:*  
**CAZZADA LOPEZ, PAOLA**

*Alumna de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión  
Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Formación Profesional de Obstetricia*

*Por haber concluido satisfactoriamente su **INTERNADO DE OBSTETRICIA**, realizado en la Sede docente del **HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA**, a partir del **01 de mayo 2018 al 30 de abril 2019.***

*San Juan de Miraflores, 17 de mayo 2019*

 Dra. ANA GALDAMES ROJAS Jefe de Departamento Ginecología y Obstetricia		 M. C. LUZ MARINA PORTUGAL ROJAS Jefe de Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación		 M. C. HUGO VÍCTOR ALEJOS CANO Director General Hospital María Auxiliadora
---	---	---	---	--



ANEXO 05 - B

CONSTANCIA DE INTERNADO - HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital María Auxiliadora
---	------	---------------------	----------------------------

**CONSTANCIA**  
*Otorgado a:*

**TRUJILLO ALIAGA, YURBY ELIANA**

*Alumna de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión  
Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Formación Profesional de Obstetricia*

*Por haber concluido satisfactoriamente su **INTERNADO DE OBSTETRICIA**, realizado en la Sede docente del **HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA**, a partir del **01 de mayo 2018 al 30 de abril 2019**.*

*San Juan de Miraflores, 17 de mayo 2019*

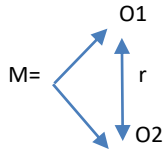
 D <sup>CA</sup> ANA PATRICIA ROJAS Jefe de Departamento Ginecología y Obstetricia		 M. C. LUZ MARINA PORTUGAL ROJAS Jefe de Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación		 M. C. HUGO VÍCTOR ALEJOS CANO Director General Hospital María Auxiliadora
--	---	--	---	--



ANEXO 06

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“INTERVENCIÓN DEL OBSTETRA DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2018”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre la intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en AMEU, Hospital María Auxiliadora, Lima 2018</p>	<p><b>V1:</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN DEL OBSTETRA</b></p>	<p><b>A. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recepción</li> <li>2. Preparación</li> <li>3. Procedimiento</li> <li>4. Evolución</li> <li>5. Cuidados posteriores</li> </ol> <p><b>B. INTERACCIÓN USUARIA-OBSTETRA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confianza</li> <li>2. Calidez</li> <li>3. Oportuna</li> </ol> <p><b>C. DESEMPEÑO TÉCNICO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguridad</li> <li>2. Efectividad</li> <li>3. Rapidez</li> <li>4. Responsabilidad</li> </ol> <p><b>D. APOYO SOCIAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integral</li> <li>2. Completo</li> <li>3. Humanizado</li> </ol>	<p><b>TIPO de Estudio:</b></p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Investigación: Básica. Nivel: Relacional</p> <p><b>MÉTODO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo correlacional-prospectivo</li> </ul> <p><b>Diseño:</b></p> <p>Tipo: no experimental de corte transversal</p> 
<p><b>Problemas Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación que existe entre la intervención de la obstetra en información y orientación y la</li> </ul>	<p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la relación que existe entre la intervención de la obstetra en información y orientación y la</li> </ul>	<p><b>Hipótesis Específicas:</b></p> <p>Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en información y orientación y la</p>			

<p>percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina Hospital María Auxiliadora, 2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación que existe entre la intervención de la obstetra en interacción usuaria-obstetra y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina Hospital María Auxiliadora, 2018?</li> <li>• ¿Cuál es la relación que existe entre la intervención de la obstetra en desempeño técnico y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina Hospital María Auxiliadora, 2018?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la intervención de la</li> </ul>	<p>percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la relación que existe entre la intervención de la obstetra en interacción usuaria-obstetra y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018</li> </ul> <p>Establecer la relación que existe entre la intervención de la obstetra en desempeño técnico y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina.</p>	<p>percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018</p> <p>Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en interacción usuaria-obstetra y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018</p> <p>Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en desempeño técnico y la percepción de paciente en Aspiración</p>	<p><b>V2:</b> PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DURANTE EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE AMEU</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ANTES AMEU</b> Bueno Regular Deficiente</li> <li>• <b>DURANTE AMEU</b> Bueno Regular Deficiente</li> <li>• <b>DESPUÉS AMEU</b> Bueno Regular Deficiente</li> </ul>	<p>Hospital María Auxiliadora, durante el año 2018.</p> <p><b>Muestra:</b> En la investigación que presentamos, la muestra está constituida por 55 usuarias con aborto incompleto que fueron sometidas a AMEU en el Hospital María Auxiliadora, durante el período de mayo a diciembre del año 2018. Seleccionados a través de muestreo aleatorio simple</p> <p><b>CRITERIOS INCLUSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes con aborto incompleto atendidos en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018</li> <li>• Gestantes con historia clínica perinatal y atención prenatal en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018</li> <li>• Gestantes que dieron consentimiento informado</li> <li>• Gestantes sin complicaciones graves en la atención</li> </ul> <p><b>CRITERIOS EXCLUSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes con otros tipos de aborto atendidos en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018</li> <li>• Gestantes sin historia clínica perinatal y sin atención prenatal en el Hospital María Auxiliadora entre mayo y diciembre de 2018</li> </ul>
--	---	--	---	--	---

<p>obstetra en apoyo social y la percepción de paciente en Aspiración Manual Hospital María Auxiliadora, 2018?</p>	<p>Hospital María Auxiliadora, 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la relación que existe entre la intervención de la obstetra en apoyo social y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018</li> </ul>	<p>Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe relación significativa entre la intervención de la obstetra en apoyo social y la percepción de paciente en Aspiración Manual Endouterina. Hospital María Auxiliadora, 2018</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes que no dieron consentimiento informado</li> <li>• Gestantes con complicaciones graves en la atención</li> </ul> <p><b>Técnicas:</b> Encuesta - Registro</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario</li> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Ficha de Registro</li> </ul> <p><b>Métodos De Análisis De Investigación:</b> Estadística descriptiva y Estadística inferencial (X<sup>2</sup>)</p>
--	---	---	--	--	--

## ANEXO 07

### INFORME DE REVISIÓN ANTIPLAGIO

Universidad Nacional Alcides Carrión (UNDAC)  
Software Antiplagio

#### INFORME DE REVISIÓN

Se ha realizado el análisis con el software antiplagio de la Universidad Nacional Alcides Carrión (UNDAC), por parte del Docente responsable, al documento cuyo título es:

Intervención de la obstetra y la percepción de la atención durante el manejo y evolución de la paciente en aspiración manual endouterina, Hospital María Auxiliadora - Lima, 2018

Presentado por:

Paola CALZADA LOPEZ  
Yurby Eliana TRUJILLO ALIAGA

Del nivel PREGRADO de la Facultad de Ciencias de la Salud obteniéndose como resultado una coincidencia de 25.73% otorgándosele el calificativo de:

APROBADO

Se adjunta al presente el reporte de evaluación del software antiplagio.

Observaciones:

Aceptable

Pasco, 7 de Mayo de 2021



Firmado digitalmente por:  
MEDINA ESPINOZA Isaias  
Fausto FAU 20154805048 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 11/05/2021 19:09:00-0500

Dr. Isaiás Fausto MEDINA ESPINOZA  
DIRECTOR DE INVESTIGACION  
SOFTWARE ANTIPLAGIO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD