

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

“Factores asociados a aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado por aborto incompleto – estudio multicéntrico”

Área de investigación:

Educación en ciencias de la salud

Autora:

Reyes Arteaga, Pamela Vanessa

Jurado evaluador:

Presidente: Navarro Jiménez, Nelson Martín

Secretario: Hashimoto Pacheco, Humberto Víctor

Vocal: Valderrama Díaz, César Antonio

Asesor:

Alarcón Gutiérrez, Javier Ernesto

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0403-6225>

Trujillo – Perú

2021

Fecha de sustentación: 2021/12/17

DEDICATORIA

Primero se lo dedico a Dios, por darme vida y salud, y permitir que mis seres queridos hoy gocen de salud. A mi hijo, Francisco Muñoz Reyes, porque desde su llegada se ha convertido en "mi porque y para que" de cada cosa que me propongo, porque a su corta edad ha sido apoyo para poder concluir esta primera etapa de la carrera, te amo hijo. Por último a mis padres y hermano Iván, a los primeros por darme la vida, guiar mis pasos, inculcarme valores y apoyarme en mis estudios, estoy eternamente agradecida con ustedes, a mi hermano por ser mi soporte emocional, psicológico y demás, por sobre todo quiero resaltar el ejemplo que has significado para mi, de no ser por ti, quizá hoy no estaría aquí.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes de la Universidad Privada Antenor Orrego, que ciclo a ciclo me inspiraron, con su ejemplo me impulsaron a no abandonar la carrera, gracias por sus conocimientos y experiencias, por enseñarme un poco de su rol como médicos.

A mi asesor, Dr. Javier Alarcón Gutierrez por su paciencia y apoyo durante el desarrollo de esta tesis, porque desde el ciclo en el que lo conocí lo considero uno de los mejores en su especialidad.

A mis amigas(Katy, Yuvi, karla, Ruth, Leidy, Giuliana y Zaida) por apoyarme de diferentes maneras en los momentos más difíciles y precisos de mi vida, gracias a cada una de ustedes chicas, sin ustedes esto no hubiese sido posible.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	10
III. OBJETIVOS.....	10
III.1 General	10
III.2 Específicos.....	10
IV. HIPOTESIS	11
IV.1 Hipótesis alterna (Ha):	11
V METODOS	13
V.1 Diseño de estudio	13
V.2 Población y muestra	13
VI RESULTADOS	24
VII DISCUSIÓN.....	30
VIII CONCLUSIONES	36
IX RECOMENDACIONES	37
X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
XI ANEXOS	45

RESUMEN

Introducción:

La mayoría de abortos atendidos son incompletos y son la principal indicación de legrado. El uso de anticonceptivos reduce estos eventos, pero la aceptación por los usuarios varía de acuerdo a las diversas realidades sociales.

Objetivo:

Determinar los factores asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino en dos hospitales de La Libertad.

Métodos:

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Se encuestó de manera presencial a 90 mujeres, post legrado uterino, sobre aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos y sobre asesoría recibida en planificación familiar. Se realizó un análisis bivariado con prueba de Chi cuadrado y exacta de Pearson.

Resultados:

Se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la aceptación del método anticonceptivos y la aceptación y planeamiento del embarazo. Además, hay una mayor aceptación de la anticoncepción actual si se ha usado previamente.

Conclusiones:

La aceptación de la anticoncepción es mayor en aquellas mujeres que la usaron previamente y con la aceptación o planificación del embarazo actual. Sin embargo, aun existen muchas barreras sociales para aumentar su uso.

Palabras clave:

Embarazo; Anticoncepción; Legrado; Embarazo no Deseado.

ABSTRACT

Introduction:

The majority of abortions that was attended are incomplete and are the main indication for curettage. The use of contraceptives reduces these events, but the acceptance by users varies according to different social realities.

Aim:

To determine the factors associated with the acceptance of contraception in post-uterine curettage women in two hospitals in La Libertad.

Methods:

An analytical, cross-sectional observational study was carried out. Ninety women were surveyed in a face to face way, post uterine curettage, on sociodemographic aspects, obstetric history and on advice received in family planning. A bivariate analysis was performed with the Chi square test and Pearson's exact test.

Results:

It was found that there is a statistically significant difference ($p < 0.05$) between the acceptance of the contraceptive method and the acceptance and planning of pregnancy. In addition, there is a greater acceptance of current contraception if it has been used previously.

Conclusions:

The acceptance of contraception is higher in those women who used it previously and with the acceptance or planning of the current pregnancy. However, there are still many social barriers to increasing its use.

Key words:

Pregnancy; Contraception; Curettage; Pregnancy, Unwanted.

I. INTRODUCCIÓN

Tanto a nivel local como nacional, la mayor cantidad de abortos que acuden al servicio de Emergencia de Gineco -Obstetricia son del tipo incompletos, siendo este tipo de aborto la principal indicación obstétrica de legrado uterino terapéutico ^{1,2,3}. A su vez la recuperación de la fertilidad posterior a este suceso ocurre pasada las 2 a 3 semanas ^{4,5,6,7,8}, esto supone para la mujer el riesgo de un nuevo embarazo no deseado el cual traerá consigo distintas complicaciones tanto para la madre como el nuevo ser, ya sea un nuevo aborto, así como el posterior desarrollo de anemia materna, bajo peso al nacer y parto prematuro, sin dejar de mencionar la muerte materna ^{7,9,10,11,12}. Es por ello que los métodos anticonceptivos representan un elemento crucial para espaciar en tiempo un futuro embarazo, con un plazo mínimo de 6 meses, cuando las condiciones maternas sean favorables para la gestación, siendo esto promovido por instituciones internacionales como la OMS y FIGO ^{8,13,14}.

Además, independientemente del tipo de aborto o tratamiento, todos los métodos anticonceptivos pueden ser usados por la paciente teniendo siempre en consideración los criterios de elegibilidad, así como las expectativas de la paciente hacia el método, el riesgo de gestación y el estilo de vida de la misma ^{14,15,16,17}.

Dentro de los tipos de métodos anticonceptivos preferidos por las usuarias después de un aborto, el estudio observacional, descriptivo y transversal realizado por Valverde N. y Barja J. en el Hospital San Bartolomé – Lima, Perú, en el año 2019, dónde de un total de 116 pacientes con una aceptación del 28,4% de anticoncepción post aborto, fue la ampolla trimestral (6,9%) y mensual (6,9%)

los métodos de corta duración más aceptados, seguidos de los anticonceptivos orales combinados (6%)¹⁸.

Por otro lado, es importante reconocer los factores asociados a la aceptación de los anticonceptivos con el fin de fortalecerlos y crear políticas de salud pública para un mayor alcance y asesoramiento sobre los mismos. Múltiples estudios determinan que entre los factores sociodemográficos con relevancia están tanto la edad, el estado civil y el nivel educativo; entre los factores obstétricos encontramos a la paridad y la edad gestacional al momento del aborto; y dentro de los factores reproductivos resaltan la asesoría previa de anticoncepción, el antecedente de uso de método anticonceptivo previo y la aceptación del método independientemente del cónyuge^{4,12,19,20,21,22,23,24}.

En 2019, Mamo A. et al, Etiopía, realizaron un estudio transversal de base institucional multicéntrico en los centros de salud de Dessie y las clínicas internacionales de Maire Stopes, ambos en la ciudad de Dessie; el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de aceptación de la anticoncepción post aborto, así como los factores que involucran dicha decisión en mujeres en edad fértil. De un total de 118 entrevistadas, se concluyó que un 84% de mujeres aceptaba el uso de anticoncepción post aborto, siendo la edad entre 15 a 24 años, el estado civil soltera, el antecedente de uso de algún método de planificación familiar, la aceptación de anticoncepción por la paciente sin dependencia de la decisión de la pareja y la asesoría previa sobre la misma, los factores significativamente asociados al uso de los mismos según el análisis bivariado y la razón de probabilidades que evaluaron la fuerza de asociación entre las variables de estudio²⁰.

En 2018, Moges Y. et al, Etiopía, realizaron un estudio transversal en los establecimientos de salud público de la ciudad de Shire con el fin de determinar los factores asociados al uso de anticoncepción post aborto a través de un cuestionario realizado al alta médica, en este estudio participaron un total de 400 mujeres del cuál un 61.5% eligió usar anticoncepción post aborto, siendo los factores asociados a su elección: estar casada, el uso de un método anticonceptivo previo, el asesoramiento previo sobre planificación familiar, ser gran múltipara y ser atendida en un establecimiento de salud pública, los cuales fueron estadísticamente significativos para el análisis bivariado y multivariado ²¹.

Como se ha expuesto, conocer la prevalencia de aceptación de métodos anticonceptivos en las mujeres después de un legrado uterino por aborto incompleto y los factores que determinan dicha aceptación son cruciales para que las distintas entidades de salud puedan fortalecer y diseñar intervenciones promoviendo el uso de los mismos, especialmente mediante la presentación y asesoría inmediata con el fin de incrementar la tasa de aceptación actual, disminuir costos, optimizar el tiempo del personal de salud previamente capacitado y disminuir la morbi-mortalidad de las pacientes; es así que este proyecto de investigación tiene como finalidad informar los factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos en pacientes post legrado uterino por aborto incompleto, al ser este último un problema de salud pública, con la intención de ser fuente para las futuras políticas de salud así como de otros estudios que abarquen el tema de anticoncepción post aborto ^{20,21}.

II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Están los factores sociodemográficos, obstétricos y reproductivos asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA?

III. OBJETIVOS

III.1 General

Determinar si los factores sociodemográficos, obstétricos y reproductivos están asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.

III.2 Específicos

1. Determinar la prevalencia de mujeres intervenidas de legrado uterino por aborto incompleto que aceptan un método anticonceptivo en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.
2. Determinar si la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de procedencia y religión son factores sociodemográficos asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.
3. Determinar si el número de hijos vivos, número de embarazos previos, número de partos previos, antecedente de aborto previo, edad

gestacional que tenía antes del aborto y la condición del embarazo son factores obstétricos asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.

4. Determinar si el asesoramiento previo, la anticoncepción previa, el tipo de anticonceptivo previamente usado y en quién radica la decisión de anticoncepción son factores reproductivos asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.
5. Determinar la relación existente entre la aceptación de un método anticonceptivo y las siguientes variables intervinientes: categoría y tipo de método anticonceptivo post legrado, actividad sexual actual y tipo de seguro de salud.

IV. HIPOTESIS

IV.1 Hipótesis alterna (Ha):

Los factores sociodemográficos, obstétricos y reproductivos no están asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.

IV.2 Hipótesis nula (H0):

Los factores sociodemográficos, obstétricos y reproductivos están asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post

legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-
EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.

V METODOS

V.1 Diseño de estudio

Investigación de tipo observacional, analítico y transversal.

V.2 Población y muestra

– **Población de estudio:**

Mujeres hospitalizadas post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.

– **Muestra:**

- **Unidad de análisis:** Mujer hospitalizada post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA que cumpla con criterios de selección.

- **Unidad de muestreo:** Encuesta.

- **Tamaño de la muestra:**

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2 P(1-P), \text{ si la población es infinita,}$$

$$n_F = \frac{Nn}{N+n}, \text{ si la población es finita,}$$

Donde:

- P = Es la proporción esperada en la población,
- \underline{e} = Es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para la proporción,
- $z_{1-\alpha/2}$ = Coeficiente de confiabilidad al nivel de confianza del $1-\alpha$ %,
- N = Es el tamaño de la población.

En el año 2019, el estudio realizado por Mamo Abebe Ayele y coautores expresa que el 37% tuvo asesoramiento previo sobre planificación familiar y aceptó un método anticonceptivo; por ello P toma dicho valor para el cálculo de la muestra ²⁰.

- $P = 37\%$ (Porcentaje Asesoramiento previo sobre Planificación familiar y Aceptación de método anticonceptivo)
- $e = 0,05$
- $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ (Nivel de confianza del 95%)
- $N = 120$ Mujeres de 18 a 49 años que estén hospitalizadas en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA y que hayan sido intervenidas de legrado uterino por aborto incompleto, en un periodo de 3 meses.

Cálculo: Usando EPIDAT 4.2:

Datos:

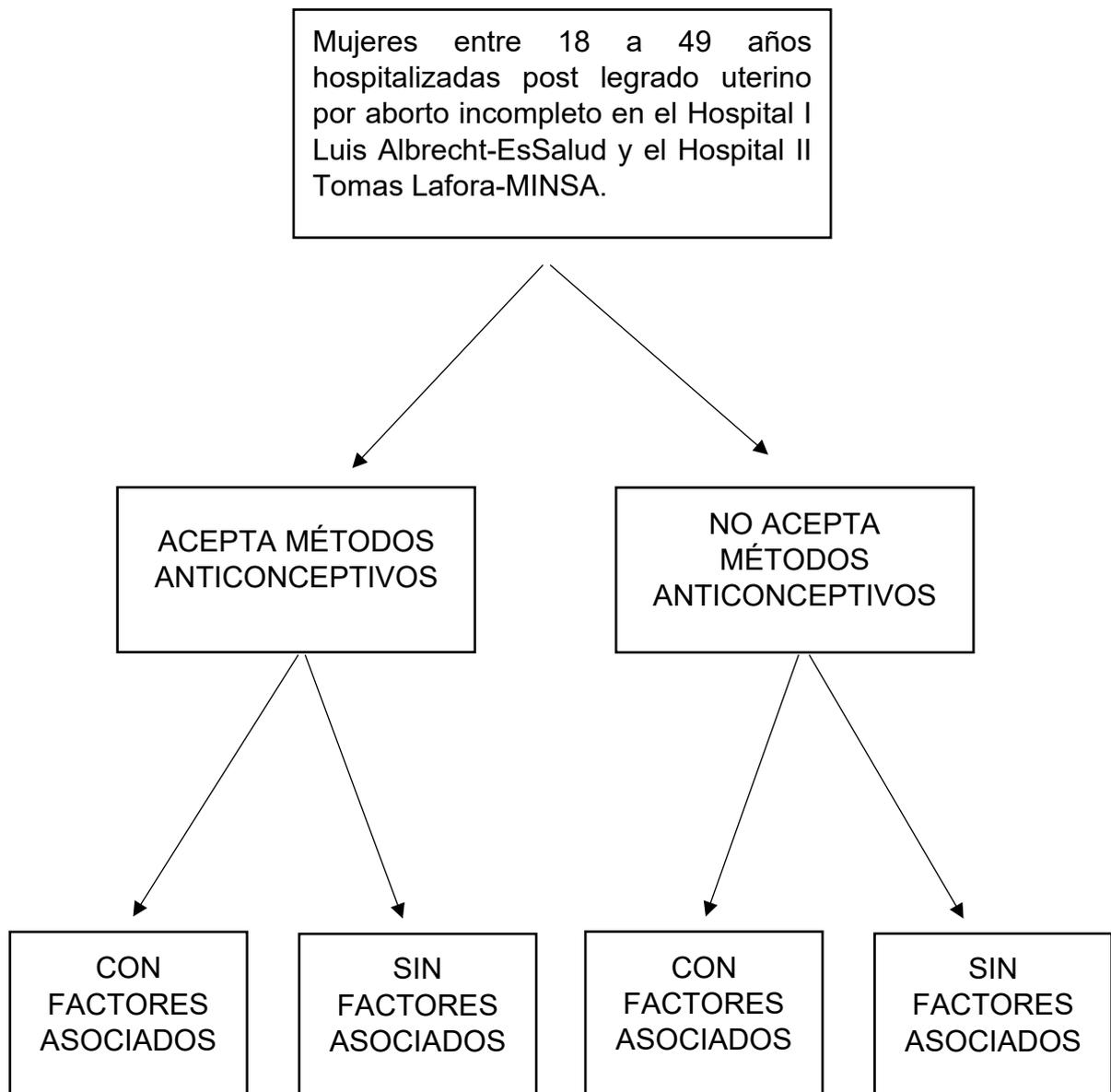
Tamaño de la población: 120
Proporción esperada: 37,000%
Nivel de confianza: 95,0%
Efecto de diseño: 1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	90

Se necesitó una muestra aleatoria simple de 90 mujeres de 18 a 49 años que se encuentren hospitalizadas en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA y que hayan sido intervenidas de legrado uterino por aborto incompleto, en un periodo de 3 meses.

DIAGRAMA DE DISEÑO



A. Definición operacional de variables

NOMBRE DE VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE DATOS	CRITERIO OBSERVABLE
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES ASOCIADOS						
FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS	Edad	18 – 29 años 30 – 39 años 40 – 49 años	Cuantitativa	Intervalo	Encuesta	18 – 29 años: 0 30 – 39 años: 1 40 – 49 años: 2
	Estado civil	Soltera Casada Unión libre Viuda	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Soltera: 0 Casada: 1 Unión libre: 2 Viuda: 3
	Grado de instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Superior universitaria Superior técnica	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ninguna: 0 Primaria: 1 Secundaria: 2 Superior universitaria: 3 Superior técnica: 4
	Ocupación	Ama de casa Trabaja fuera de casa Estudiante Desempleada	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ama de casa: 0 Trabaja fuera de casa: 1 Estudiante: 2 Desempleada: 3
	Lugar de procedencia	Zona rural Zona urbana	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Zona rural: 0 Zona urbana: 1
	Religión	Católica Cristiana Otra Agnóstica	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Católica: 0 Cristiana: 1 Otra: 2 Agnóstica: 3
FACTORES OBSTETRICOS	Número de hijos vivos	0 hijos 1 o 2 hijos 3 o 4 hijos 5 o más hijos	Cuantitativa	Razón	Encuesta	0 hijos : 0 1 o 2 hijos: 1 3 o 4 hijos: 2 5 o más hijos: 3
	Número de	0 1 o 2	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Ninguno: 0 1 o 2: 1

	embarazos previos	3 o 4 5 o más				3 o 4: 2 5 o más: 3
	Número de partos previos	Ninguno 1 o 2 partos 3 o 4 partos 5 o más partos	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Ninguno: 0 1 o 2 partos: 1 3 o 4 partos: 2 5 o más partos: 3
	Aborto previo	No aborto previo Si aborto previo	Cualitativa	Nominal	Encuesta	NO: 0 SI: 1
	Número de abortos previos	1 aborto 2 abortos 3 o más abortos	Cuantitativa	Razón	Encuesta	1 aborto: 0 2 abortos: 1 3 o más abortos: 2
	Edad gestacional	≤ 12 semanas ≥ 13 semanas	Cuantitativa	Intervalo	Encuesta	≤ 12 semanas: 0 ≥ 13 semanas: 1
	Condición del embarazo	Planeado y esperado No planeado y esperado No planeado y no esperado	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Planeado y esperado: 0 No planeado y esperado: 1 No planeado y no esperado: 2
FACTORES REPRODUCTIVOS	Asesoramiento previo sobre Planificación familiar	NO SI	Cualitativa	Nominal	Encuesta	NO:0 SI:1
	Anticoncepción previa	NO SI	Cualitativa	Nominal	Encuesta	NO:0 SI:1
	Tipo de método anticonceptivo previo	Métodos naturales Condón ACO Inyectable Implante DIU	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Métodos naturales: 0 Condón: 1 ACO: 2 Inyectable: 3 Implante: 4 DIU: 5

		Método de Emergencia				Método de emergencia: 6
	Decisión de anticoncepción	Paciente Pareja Ambos	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Paciente: 0 Pareja: 1 Ambos: 2

VARIABLE DEPENDIENTE					
ACEPTACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	NO SI	Cualitativa	Nominal	Encuesta	NO: 0 SI: 1
VARIABLES INTERVINIENTES					
CATEGORÍA DEL MÉTODO	Acción corta Acción larga reversible	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Acción corta: 0 Acción larga reversible: 1
TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Condomes ACO Inyectable Implante DIU	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Condomes: 0 ACO: 1 Inyectable: 2 Implante: 3 DIU: 4
ACTIVIDAD SEXUAL ACTUAL	Con pareja y actividad sexual Sin pareja y sin actividad sexual Sin pareja y con actividad sexual Con pareja y sin actividad sexual	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Con pareja y actividad sexual:0 Sin pareja y sin actividad sexual:1 Sin pareja y con actividad sexual :2 Con pareja y sin actividad sexual:3

TIPO DE SEGURO DE SALUD	SIS (MINSA)	Cualitativa	Nominal	Encuesta	SIS:0
	EsSalud				EsSalud:1
	Ninguno				Ninguno:2

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Factores asociados: Diferentes elementos que pueden condicionar una determinada situación, convirtiéndose en el motivo de transformación o evolución del mismo, en este proyecto hace referencia a condicionar la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto ^{4,12,19,20,21,22,23,24}.

Aceptación de anticoncepción: Aprobación y elección de un método anticonceptivo por las pacientes hospitalizadas después de un legrado uterino por aborto incompleto ^{11,20,21,24}.

Legrado uterino: Procedimiento realizado con el fin de evacuar contenido retenido para el tratamiento de aborto incompleto ^{25,26}.

Aborto incompleto: Expulsión parcial de membranas ovulares o producto de la gestación, lo cual queda usualmente retenido ^{25,26}.

Edad: Años de edad de la paciente que se precisa en la encuesta, desde los 18 a 49 años para propósitos de este estudio ^{11, 12, 20,21,23,28}.

Estado civil: Relación de la paciente respecto a una pareja y se precisa en la encuesta ^{20,21,22,28}.

Grado de instrucción: Nivel de estudios más elevado que ha cursado o está cursando la encuestada ^{11,4,20,21,28}.

Ocupación: Actividad que desempeña la paciente y se precisa en la encuesta ^{20,21,28}.

Lugar de procedencia: Lugar donde ha vivido la paciente los últimos 3 meses: zona rural o zona urbana, y se precisa en la encuesta ²⁹.

Religión: Sistema de creencias, costumbres y símbolos que constituyen el credo que profesa la paciente y que se precisa en la encuesta ³⁰.

Número de hijos vivos: Cantidad de Hijos que tiene la paciente y que precisa en la encuesta ^{20,28}.

Número de embarazos previos: Cantidad de embarazos que ha tenido previamente la paciente, no incluye la última gestación que ha finalizado en aborto incompleto, y se precisa en la encuesta ^{20,28}.

Número de partos previos: Cantidad de partos que ha tenido previamente la paciente ^{21,28}.

Número de abortos previos: Cantidad de abortos que ha tenido la paciente y que precisa en la encuesta ²⁰.

Edad gestacional: Cantidad de semanas de embarazo que ha tenido la paciente desde la fecha de última regla hasta el momento del aborto incompleto ^{11,12}.

Condición del embarazo: determinación subjetiva del embarazo previo al aborto de acuerdo a si fue planeado y/o esperado ^{21,28}.

Asesoramiento previo sobre planificación familiar: Consejería previa sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte del personal de salud hacia la paciente ^{12,20,27,28}.

Tipo de método anticonceptivo previo: Tipo de método de planificación familiar que usaba la paciente previamente al último embarazo que finalizó en aborto incompleto ⁴.

Decisión de anticoncepción: Determinación del uso de anticoncepción ya sea por parte de la paciente, pareja o ambos ^{20,28}.

Categoría de método: Categoría a la cual pertenece el tipo de anticonceptivo seleccionado como planificación familiar post aborto: corta duración (incluye condones, ACOs o inyectables) o larga duración reversible (Implante o DIU) ^{11,20,21}.

Actividad sexual actual: Presencia o no de actividad sexual por parte de la paciente en relación a la presencia o no de pareja y que se precisa en la encuesta ³⁰.

Afiliación a seguro de salud: Contrato que tiene la paciente con una compañía de seguro de salud ya sea subsidiada (SIS) o semicontributiva (EsSalud) ^{12,21}.

5.4. Procedimientos y técnicas:

En un primer momento se presentó el presente proyecto de tesis a la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego. Se obtuvo la resolución para la ejecución del mismo junto a la posterior aprobación del comité de ética de la misma casa de estudios. Una vez aprobada, se procederá a enviar las solicitudes para la realización del mismo en los establecimientos: Hospital II Tomas Lafora, Guadalupe y Hospital I Luis Albrecht, Trujillo. Aprobado el proyecto por los nosocomios se procederá a la ejecución del mismo.

Se capacitó a dos encuestadores con la finalidad que puedan responder las dudas que tengas las participantes respecto a la encuesta. Los encuestadores

asistieron diariamente en el horario de 8 am a 2 pm al área de Hospitalización de Gineco-Obstetricia de ambos hospitales desde abril del 2021 a septiembre del 2021, donde se aplicó el consentimiento informado y la encuesta (ANEXO 1) a las mujeres hospitalizadas post legrado uterino por aborto incompleto que cumplan con los criterios de selección. Las participantes demoraron en promedio 10 minutos al desarrollar la encuesta.

Una vez completada todas las encuestas, se procedió a vaciar la información a una base de datos en Microsoft Excel 2019.

5.5. Plan de análisis de datos:

Los datos de la encuesta fueron analizados con el software STATA 17.0 para Windows, donde se obtuvo las tablas correspondientes.

Estadística Descriptiva:

Los resultados de las variables cualitativas se presentaron en tablas simples y cruzadas con frecuencias absolutas.

Estadística Analítica:

Análisis bivariado: Para determinar la asociación entre las variables se usó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, prueba estadística usada para determinar si dos variables cualitativas están relacionadas. La prueba se consideró significativa si el valor- $p \leq \alpha = 0.05$.

5.6. Aspectos éticos:

El presente trabajo de investigación se basa en el respeto a la confidencialidad de todos los datos brindados en la encuesta por las pacientes de ambos hospitales, siendo usados para fines de investigación con la discreción debida como se plasma en el artículo 51 del código de Ética y deontología del Colegio Médico del Perú y la Declaración universal de

Helsinki; a su vez se respeta el anonimato de las participantes como se menciona en el artículo 95 del mismo ^{31,32}.

Además, este proyecto obedece las normas de la comunidad científica y las técnicas de investigación, siendo asesorada por un profesional médico especialista en Ginecología y Obstetricia y con el respaldo de la casa de estudio de la autora como se establece en la Ley General de Salud N°26842

33.

VI RESULTADOS

Un total de 90 pacientes fueron entrevistadas de manera voluntaria durante los meses de abril a septiembre de 2021. Durante la recolección de datos se excluyeron participantes que no cumplieran los criterios de inclusión. La mitad de las participantes tuvieron edades entre 18 a 29 años de edad. De las cuáles, 51% declararon tener una relación de unión libre. El 60% de ellas, declararon ser amas de casa.

Tanto la mitad de aquellas que aceptaron un método anticonceptivo con aquellas que no lo aceptaron tuvieron entre 18 a 29 años. Al realizar un análisis bivariado entre la aceptación de un método anticonceptivo y las variables sociodemográficas, no se encontró que haya diferencia significativa en su distribución. Las características sociodemográficas de la población se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Aceptación de método anticonceptivo según características sociodemográficas de la población.

Característica	Método anticonceptivo		p
	No	Sí	
Edad			
18-29	17 (50%)	28 (50%)	0.99
30-39	13 (38.2%)	22 (39.3%)	
40-49	4 (11.8%)	6 (10.7%)	
Estado civil			
Soltera	6 (17.7%)	16 (28.6%)	0.43
Casada	8 (23.5%)	14 (25.0%)	
Unión libre	20 (58.8%)	26 (46.4%)	
Grado de instrucción			
Ninguna	1 (2.9%)	1 (1.8%)	0.48*
Primaria	4 (11.8%)	10 (17.9%)	
Secundaria	17 (50.0%)	19 (33.9%)	
Superior universitaria	2 (5.9%)	8 (14.3%)	
Superior técnica	10 (29.4%)	18 (32.1%)	
Ocupación			
Ama de casa	22 (64.7%)	33 (58.9%)	0.68*
Trabaja fuera de casa	8 (23.5%)	19 (33.9%)	
Estudiante	2 (5.9%)	2 (3.6%)	
Desempleada	2 (5.9%)	2 (3.6%)	
Procedencia			
Zona rural	12 (35.3%)	23 (41.1%)	0.59
Zona urbana	22 (64.7%)	33 (58.9%)	
Religión			
Católica	31 (91.2%)	44 (78.6%)	0.2*
Cristiana	3 (8.8%)	4 (7.1%)	
Otra	0 (0%)	5 (8.9%)	
Agnóstica	0 (0%)	3 (5.4%)	

* Se aplicó la prueba exacta de Fisher.

El número de hijos, cantidad de embarazos o abortos previos no influyó en la decisión del uso de anticonceptivos por parte de las gestantes entrevistadas. Sin embargo, se encontró una asociación significativa ($p < 0.001$) entre la condición del embarazo actual y el uso de anticonceptivos. La mayoría (61.7%) de aquellas que no usan un método anticonceptivo declararon que su embarazo en curso no fue planeado ni fue esperado; a diferencia de aquellas que usan un método anticonceptivo, donde el 44,6% declaró que, si bien no fue un embarazo planeado, sí fue esperado. El detalle de las características de paternidad y características obstétricas relacionadas con la aceptación de métodos anticonceptivos se muestra en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Aceptación de método anticonceptivo según paternidad y características obstétricas de la población.

Característica	Método anticonceptivo		p
	No	Sí	
Hijos			
0	12 (35.3%)	17 (30.4%)	0.17*
1-2	17 (50.0%)	19 (33.9%)	
3-4	4 (11.8%)	17 (30.4%)	
5 a más	1 (2.9%)	3 (5.4%)	
Embarazos previos			
Ninguno	10 (29.4%)	11 (19.6%)	0.23*
1-2	17 (50.0%)	23 (41.1%)	
3-4	5 (14.7%)	19 (33.9%)	
5 a más	2 (5.9%)	3 (5.4%)	
Partos previos			
Ninguno	12 (35.3%)	17 (30.4%)	0.34*
1-2	16 (47.1%)	19 (33.9%)	
3-4	5 (14.7%)	17 (30.4%)	
5 a más	1 (2.9%)	3 (5.4%)	
Abortos previos			
Si	19 (55.9%)	33 (58.9%)	0.78
No	15 (44.1%)	23 (41.1%)	
Número de abortos previos			
1 aborto	10 (29.4%)	21 (37.5%)	0.18*
2 abortos	5 (14.7%)	2 (3.6%)	
3 o más abortos	19 (55.9%)	33 (58.9%)	
Edad Gestacional			
≤ 12 semanas	34 (100%)	53 (94.6%)	0.29*
≥13 semanas	0 (0%)	3 (5.4%)	
Condición del embarazo actual			
Planeado y esperado	10 (29.4%)	6 (10.7%)	<0.001
No planeado y esperado	3 (8.8%)	25 (44.6%)	
No planeado y no esperado	21 (61.8%)	25 (44.6%)	

* Se aplicó la prueba exacta de Fisher.

El uso de la anticoncepción previa se encuentra relacionada de manera estadísticamente significativa ($p=0.009$) con la aceptación de un método anticonceptivo. Haber recibido asesoramiento de planificación familiar o la actividad sexual actual no se relacionan con la aceptación de un método anticonceptivo. Detalles en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Aceptación de método anticonceptivo según asesoría en planificación familiar recibida de la población.

Característica	Método anticonceptivo		p
	No	Sí	
Asesoramiento previo sobre planificación familiar			
No	3 (8.8%)	3 (5.4%)	0.67
Sí	31 (91.2%)	53 (94.6%)	
Anticoncepción previa			
No	13 (38.2%)	8 (14.3%)	0.009
Sí	21 (61.8%)	48 (85.7%)	
Tipo de método anticonceptivo previo			
Métodos naturales	1 (2.9%)	3 (5.4%)	0.38*
Condón	6 (17.7%)	12 (21.4%)	
Anticonceptivos Orales	6 (17.7%)	11 (19.6%)	
Inyectable	9 (26.5%)	20 (35.7%)	
Implante	0 (0%)	1 (1.8%)	
DIU	0 (0%)	1 (1.8%)	
Método de emergencia	12 (35.3%)	8 (14.3%)	
Toma de decisión de la anticoncepción			
Pacientes	13 (38.2%)	24 (42.9%)	0.18*
Pareja	0 (0%)	5 (8.9%)	
Ambos	21 (61.8%)	27 (48.2%)	
Actividad sexual actualmente			
Con pareja y actividad sexual	32 (94.1%)	52 (92.9%)	0.34*
Sin pareja y sin actividad sexual	1 (2.9%)	0 (0%)	
Sin pareja y con actividad sexual	1 (2.9%)	4 (7.1%)	
Con pareja y sin actividad sexual	0 (0%)	0 (0%)	
seguro de salud			
SIS	25 (73.5%)	31 (55.4%)	0.09
EsSalud	9 (26.5%)	25 (44.6%)	
Ninguno	0 (0%)	0 (0%)	

* Se aplicó la prueba exacta de Fisher.

VII DISCUSIÓN

En el presente estudio, el grupo etario predominante de pacientes que sufrieron aborto incompleto fueron las jóvenes entre 18 a 29 años, representando el 50%. Resultados similares a los presentados por Erko y Mamo en África con el 53% entre 18 a 24 años y 67% entre 25 a 34 años respectivamente ^{34,35}, a pesar de ello, se presenta un gran porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con un 22% en un estudio multicéntrico en África y Asia realizado por Benson ³⁶. En un trabajo realizado en Vietnam el grupo predominante fue el de 30 a 34 años con el 20% ³⁷. En el Perú, Valverde-Espinoza reportó que el 48% tenía entre 20 a 34 años y Segundo-Paredes halló mayor prevalencia entre jóvenes venezolanas inmigrantes de 18 a 29 años ^{38,39}.

La edad reproductiva y la tasa de fecundidad coinciden en los grupos etarios más jóvenes cuya edad de inicio de vida sexual en el Perú oscila entre los 14 a 16 años o una edad promedio de 14.5 años ^{40,41}. Se evidencia que la mayoría de estos trabajos se realizan en países en vías de desarrollo, los cuales no poseen una promoción de la salud sexual y reproductiva adecuadas, y que a pesar de los esfuerzos del estado por establecer protocolos y políticas públicas, también existe un fuerte estigma social en relación a la anticoncepción femenina que frena el avance de las nuevas políticas ⁴². Asimismo, además de la alta fecundidad y actividad sexual, la alta tasa de abortos también puede revelar que estas mujeres están en el proceso de ganar su independencia, se encuentran estudiando y económicamente inestables, lo que las puede llevar a tener mayor riesgo de aborto ⁴³. Finalmente, se ha visto que la variabilidad de los grupos etarios también estaría influenciada por la extensión del estudio y que también se incluya las áreas rurales en las cuales el inicio de la vida sexual es más

temprana y el acceso a la salud representa barreras mayores para las mujeres embarazadas ³⁶.

De las características sociodemográficas, destacan que el 51% de mujeres declararon tener una relación de unión libre y que el 60% de ellas eran amas de casa, datos consistentes con otros trabajos en donde el estado civil “conviviente” oscila entre el 50 y 60% ^{38,42}. Siendo la forma más común de asociarse como pareja: la convivencia ofrece ventajas económicas y sociales para las personas jóvenes, a pesar de ello se ha visto que las mujeres en el Perú cuyo estado civil fue “conviviente” estuvieron más relacionadas a casos de aborto ^{44,45}. En cuanto a la dedicación exclusiva como ama de casa coincide con estudios realizados en México con un 64% y Nicaragua con 35% ^{38,46}. Aunque la dinámica económica de las familias de América Latina ha ido cambiando en los últimos años, todavía es frecuente que los ingresos económicos provengan del padre y la madre trabaje exclusivamente en casa; esto podría representar una desventaja en términos sociales y educativos para la mujer que tendría un impacto en su salud sexual y reproductiva. En nuestro trabajo, la edad, el estado civil y la ocupación no estuvieron relacionados con la aceptación de algún método anticonceptivo post legrado uterino, resultados similares a un trabajo realizado en EE.UU. cuyas variables sociodemográficas tampoco estaban relacionadas con la actitud ante la anticoncepción o el aborto ⁴⁷.

En nuestro estudio proceder de zona urbana tampoco estuvo relacionado con la anticoncepción post legrado uterino; aunque se podría pensar que un entorno industrializado y con desarrollo social y educativo podría representar una ventaja para la toma de decisiones adecuada por parte de las pacientes; se ha visto que el problema radica en la forma de intervenir a la sociedad por parte de los

servicios de salud, los cuales deberían de brindar un espacio adecuado para el cuidado post aborto, garantizar métodos anticonceptivos, capacitar parteras, obstetras, médicos y personal auxiliar e involucrar a los hombres en la toma de decisiones en la planificación familiar ⁴⁸.

Uno de los factores más importantes de los servicios de atención del aborto seguro es la integración de la consejería y orientación en planificación familiar, con el fin de prevenir la recurrencia del embarazo no deseado y por lo tanto riesgo de aborto. En el presente estudio el 67% de aquellas pacientes que no usaron método anticonceptivo se relacionaba con haber declarado que su embarazo no fue ni planeado ni esperado, mientras que el 45% de pacientes que usaron algún método anticonceptivo se relacionaba con haber declarado que a pesar de que el embarazo no fue planeado, si fue esperado. Lo que concuerda con un trabajo realizado en Perú en donde se encontró asociación entre no utilizar métodos anticonceptivos y haber abortado ⁴⁹. Al respecto, un estudio realizado en Brasil, describe que para las tres cuartas partes de las mujeres (75%) fue la primera experiencia de aborto, y el 22% del total informó un embarazo no planificado que resultó en un aborto; de las cuales el 33% recibió consejería durante la hospitalización y solo el 9% recibió consejería en planificación familiar y anticoncepción después del alta ⁵⁰. Sin embargo, también hay trabajos que reportan una mayor prevalencia de multíparas que sufrieron aborto como en Nicaragua con un 86% ⁴⁶.

Se pone en evidencia que el uso de métodos anticonceptivos representa la participación activa de la mujer en su vida sexual y reproductiva que también le confiere control sobre su embarazo ⁵¹, siendo la mayoría de las pacientes que optan por aceptar su gestación a pesar de no haber sido planificada. Es por ello

que es necesario implementar nuevas estrategias a nivel de estado, para educar y concientizar desde las escuelas, los medios de comunicación masiva y mediante tecnologías de la información contemporánea sobre los métodos anticonceptivos. Esto no solamente tendría un impacto en la salud sino también en la economía peruana. Se calcula que el costo por cada aborto oscila entre 150 a 850 dólares según sea complicado o no y que el 19% de mujeres entre 18 a 49 años refiere haberse realizado un aborto ^{53,53}, lo que representa un enorme gasto público que se vería reducido con un mayor ejercicio y calidad de educación sexual y reproductiva en mujeres hospitalizadas por aborto.

El análisis de los casos estudiados muestra que haber recibido tratamiento anticonceptivo previamente está relacionado a una mejor aceptación de la utilización del método después del aborto. Como es indudable, las pacientes que recibieron educación sexual y reproductiva previa, tienen una actitud positiva ante la nueva información en su condición actual y además es una excelente oportunidad para que el personal asistencial ajuste y modifique un método anticonceptivo más adecuado que no constituya errores para el futuro ⁵⁴. La educación sexual en el Perú ha ido evolucionando en el currículo nacional desde un enfoque puramente biológico a un enfoque integral de derechos en salud sexual y reproductiva, igualdad de género y prevención del VIH/sida, sin embargo, a pesar de los lineamientos desde el 2008, no se ha logrado avanzar debido a la falta de voluntad política “sigue siendo un tema de discusión en documentos”, realidad que se ve reflejada en los estudios que muestran que el mayor impacto negativo en conocimientos es sobre los métodos de anticoncepción ⁵⁵. El objetivo de la educación sexual es lograr que los estudiantes alcancen una sexualidad saludable, placentera y responsable,

adecuada al momento del ciclo vital en que se encuentren, en el marco de relaciones democráticas, equitativas y respetuosas, por medio de estrategias pedagógicas innovadoras, relevantes y pertinentes que permitan fortalecer su autonomía y procesos de toma de decisiones como refieren Motta y colaboradores el 2017 ⁵⁶.

La mayoría de las mujeres reinician su vida sexual poco después de un aborto, es por ello que el asesoramiento y el abasto de anticonceptivos, así como también, profesionales de salud preparados para la atención de orientación y planificación familiar deberían de ser una parte integral de los servicios post aborto, con el fin de evitar otro embarazo no deseado y con un periodo intergenésico corto que traiga consigo riesgos y recurrencia de aborto ⁵⁷. Si bien es cierto, el periodo post aborto es un momento traumático para la mayoría de mujeres ⁵⁸⁻⁶⁰, debería tomarse como un momento clave para la consejería y orientación, que inclusive puede convertir su experiencia en una enseñanza que pueda guiar su futura salud reproductiva, es por ello que las direcciones o divisiones de Calidad en Salud, deberían de evaluar y supervisar que en todos los centros de salud se realice este abordaje ^{48,61}.

Nuestro análisis tiene fortalezas y limitaciones, la mayor fortaleza del estudio es haber tomado un grupo predominantemente homogéneo en cuanto a factores sociodemográficos y heterogéneo en cuanto a la aceptación de métodos anticonceptivos según paternidad y características obstétricas, lo que permitió hallar diferencias importantes entre las pacientes que recibieron anticoncepción previamente y tienen una mejor actitud a seguir usándolos luego del aborto o la predisposición a aceptar un embarazo en pacientes que ya habían utilizado algún método . Para nuestro conocimiento, ningún estudio a la fecha ha realizado un

análisis similar. Este trabajo no pudo evaluar el impacto de la orientación y consejería en las pacientes, debido que no hubo un abordaje pre y post aborto, pero si deja datos que servirán a las guías y algoritmos terapéuticos para clasificar a las pacientes en usuarias o no de métodos anticonceptivos previo al aborto, con el fin de utilizar estrategias distintas en cada grupo.

VIII CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y religión no están asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.
2. La condición del embarazo actual de no planeado y sí esperado está relacionado a la buena aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.
3. El número de hijos, la edad gestacional y la cantidad de embarazos o abortos previos no están asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.
4. El uso de anticoncepción previa está asociado a la buena aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.
5. Haber recibido asesoramiento de planificación familiar, la actividad sexual actual, quien toma la decisión de la anticoncepción, el tipo de método anticonceptivo y si cuenta con seguro no están asociados a la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital I Luis Albrecht-EsSalud y el Hospital II Tomas Lafora-MINSA.

IX RECOMENDACIONES

1. Se debe plantear estrategias de control y supervisión de los servicios de atención del aborto seguro mediante la integración de la consejería y orientación en planificación familiar, con el fin de prevenir la recurrencia del embarazo no deseado.
2. Se recomienda replicar el presente estudio en una población más grande o multisectorial, además de aleatorizar la muestra con el fin de realizar un análisis más adecuado de los factores que podrían influenciar la aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto.
3. Se requiere elaborar un estudio longitudinal con abordaje educacional pre y post embarazo y aborto, con el fin de evaluar el impacto de la orientación y consejería en las pacientes.
4. El factor de haber recibido anticoncepción previa al embarazo en asociación a la buena aceptación de anticoncepción en mujeres post legrado uterino por aborto incompleto debe ser interpretado como que la educación sexual y reproductiva tiene un impacto importante en la etapa de prevención primaria, por lo que existen dos momentos claves para la consejería y orientación en planificación familiar que deberán ser tomadas en cuenta por las autoridades sanitarias: antes del inicio de la vida sexual y durante la hospitalización post aborto.
5. Se debería de evaluar en próximos estudios otros factores socioeconómicos como el ingreso mensual familiar o la distancia de la vivienda al centro de salud, factores obstétricos como edad de inicio

de vida sexual; además de los conocimientos en planificación familiar y salud sexual.

X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Ramos Miguel, Guevara Ríos Enrique. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2015; 61(1): 57-64.
2. Correa B, Herrera Y. Aborto incompleto: factores de riesgo y complicaciones. *Journal of American Health*, 2018, 1(2), p 39-46. <https://doi.org/10.37958/jah.v1i2.9>
3. Ríos-Canales CI, Vera-Véliz RC, Víctor Mantilla-Cruzado V. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. *EsSalud*. Enero 2016 – Diciembre 2017 *Rev méd Trujillo* 2018;13(3):140-56.
4. Baynes C, Yegon E, Lusiola G, Achola J, Kahando R. Post-abortion fertility desires, contraceptive uptake and unmet need for family planning: voices of post-abortion care clients in Tanzania. *Journal of Biosocial Science*. Cambridge University Press; 2020;:1–16. <https://doi.org/10.1017/S0021932020000607>
5. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR); Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. 2018 update. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2018.
6. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2011;84(3):230- 233. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.013>
7. A. Kesetebirhan, *National Guideline for Family Planning Services in Ethiopia*. Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, 2011
8. OMS. *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Uruguay, 2014, p 56 - 61.
9. P. F. A. Van Look and J. Cottingham, "The World Health Organization's safe abortion guidance document," *American Journal of Public Health*, vol. 103, no. 4, pp. 593–596, 2013.
10. Ganatra B, Faundes A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortionservices and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;36:145-155. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.07.008.
11. Benson J, Andersen K, Healy J, Brahmi D. What Factors Contribute to Postabortion Contraceptive Uptake By Young Women? A Program Evaluation in

- 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Glob Health Sci Pract.* 2017 Dec 28;5(4):644-657. DOI: 10.9745/GHSP-D-17-00085.
12. Benson J, Andersen K, Brahmi D, Healy J, Mark A, Ajode A, Griffin R. What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Glob Public Health.* 2018 Jan;13(1):35-50. DOI: 10.1080/17441692.2016.1174280
13. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2016;45(10):1568-1576. DOI: 10.1016/j.jgyn.2016.09.017
14. Samuel M, Fetters T, Desta D. Strengthening post-abortion family planning services in Ethiopia: expanding contraceptive choice and improving access to long-acting reversible contraception. *Glob Health Sci Pract.* 2016;4(Suppl 2):S60–72. DOI:<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00301>.
15. Vilela A, Luciria R, Komura L, Fujimori E, Boorges C, Alves O. Anticoncepción postaborto: atención y prácticas. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(82):293-300. DOI: 10.1590/0104-1169.3240.2415
16. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5).
17. OMS. Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas, 2018.
18. Valverde-Espinoza N, Barja-Ore J. Método anticonceptivo de elección en el postaborto. *Ginecol Obstet Mex.* 2019 diciembre;87(12):814-819. DOI:<https://doi.org/10.24245/gom.v87i12.3436>
19. Huber D, Curtis C, Irani L, Pappa S, Arrington L. Postabortion care: 20 years of strong evidence on emergency treatment, family planning, and other programming components. *Glob Health Sci Pract.* 2016;4(3):481–494
20. Mamo A, Wudu M, Estifanos N. Postabortion Contraception Acceptance and Associated Factors in Dessie Health Center and Marie Stopes International Clinics, South Wollo Northeast, Amhara Region, 2017. *International journal of reproductive medicine, 2019,* 1327351. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/1327351>
21. Moges, Y., Hailu, T., Dimtsu, B. *et al.* Factores asociados con la adopción de la planificación familiar postaborto en la ciudad de Shire, Tigray, Etiopía. *BMC Res Notes* 11, 2018, 928. DOI:<https://doi.org/10.1186/s13104-018-4029-7>

22. Erko EK, Abera M, Admassu B. Safe abortion care, utilization of post abortion contraception and associated factors, Jimma Ethiopia. *J Women's Health Care*. 2016;4(4):5–9.
23. L. T. Vu, J. Oh, Q. T. Bui, and A. T. Le, "Use of modern contraceptives among married women in Vietnam: a multilevel analysis using the multiple indicator cluster survey (2011) and the Vietnam population and housing census (2009)," *Global Health Action*, vol. 9, no. 1, Article ID 29574, 2016.
24. Aliaga C, Cuya A. Factores asociados a elección de anticoncepción en mujeres post aspiración manual endouterina 2017. *Cybertesis UNMSM*. Lima, 2018.
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología*. Segunda Ed. 2018.
26. De la Torre A, Arjona J, Gimeno J, Mora A, Marín E, Jimenez L. *Compendio de emergencias obstétricas*. ELSEVIER. Cuarta Ed. 2017, cap. 166, p 652-660.
27. Borges A. Post-abortion contraception: effects of contraception services and reproductive intention. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(2):e00102015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00102015>
28. Wang, H., Liu, Y. & Xiong, R. Factors associated with seeking post-abortion care among women in Guangzhou, China. *BMC Women's Health* 20, 2020, 120 . DOI:<https://doi.org/10.1186/s12905-020-00980-0>
29. Mahande MJ, Shayo E, Amour C, Mshana G, Msuya S. Factors associated with modern contraceptives use among postpartum women in Bukombe district, Geita region, Tanzania. *PLoS ONE*, 2020,15(10): e0239903. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239903>
30. Berta, M., Feleke, A., Abate, T., Worku, T., & Gebrecherkos, T. Utilization and Associated Factors of Modern Contraceptives During Extended Postpartum Period among Women Who Gave Birth in the Last 12 Months in Gondar Town, Northwest Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*, 2018, 28(2), 207–216. DOI:<https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i2.12>
31. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
32. Código de Ética y Deontología. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. Período 2006 – 2007. Lima, octubre 2007.
33. Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley General de Salud, Congreso de la República. Ministro de Salud; 1997.

34. Ek E, M A, B A. Safe Abortion Care , Utilization of Post Abortion Contraception and associated Journal of Women ' s Health Care. J Women's Heal Care. 2016;5(4):1–12.
35. Abebe AM, Wudu Kassaw M, Estifanos Shewangashaw N. Postabortion Contraception Acceptance and Associated Factors in Dessie Health Center and Marie Stopes International Clinics, South Wollo Northeast, Amhara Region, 2017. Int J Reprod Med. 2019;2019(August):1–10.
36. Benson J, Andersen K, Brahmi D, Healy J, Mark A, Ajode A, et al. What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. Glob Public Health. 2018;13(1):35–50.
37. Vu LTH, Oh J, Bui QTT, Le ATK. Use of modern contraceptives among married women in Vietnam: A multilevel analysis using the Multiple Indicator Cluster Survey (2011) and the Vietnam Population and Housing Census (2009). Glob Health Action. 2016;9(1):1–7.
38. Valverde-Espinoza N, Barja-ore J. Método anticonceptivo de elección en el postaborto Contraceptive method of choice post-abortion . Ginecol Obs Mex. 2019;87(12):814–9.
39. Segundo-Paredes1 J, Espinola-Sánchez M, Saldaña-Díaz C, Desposorio-Robles J, Mejía-Veramendi J, Racchumí-Vela A, et al. Planificación Familiar Modernos En Mujeres En Edad. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2020;9(1):39–44.
40. Salazar-Granara A, Santa María-Álvarez A, Solano-Romero I, Lázaro-Vivas K, Arrollo-Solís S, Araujo-Tocas V, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. Horiz méd. 2007;7(2):79–85.
41. Carmona G, Beltran J, Calderon M, Piazza M, Chavez S. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(4).
42. Guevara-Ríos E, Carranza-Asmat C, Meza-Santivañez L, Ayala-Peralta FD, Arango-Ochante P, Espinola-Sánchez M, et al. Caracterización epidemiológica, anticoncepción y bienestar psicológico en mujeres a dos años post aborto terapéutico. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2021;10(2):10–21.
43. Heikinheimo O, Suhonen S, Lähteenmäki P. Contraception after abortion. In: Abortion Care. 2014. p. 114–21.
44. Holguín MMG. Aborto complicado y no complicado en pacientes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores de octubre a diciembre de 2016. Universidad San Martín de Porres; 2018.

45. Mendez HLM. Factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencias de gineco-obstetricia del Hospital San Jose durante enero-diciembre 2019. Universidad Ricardo Palma. 2017.
46. Arguello HS, Osejo DB. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014.
47. Westoff CF, Serbanescu FI. The relationship between contraception and abortion in the Republic of Georgia: Further analysis of the 1999 and 2005 Reproductive Health Surveys. DHS Further Analysis Reports No. 55. 2008.
48. Blanca AC, Dfid I, Foundation MG. Planificación familiar post aborto: Un elemento clave en la atención post aborto. 2013. p. 1–4.
49. Carmelo VS. Asociación entre el antecedente de aborto y el tipo de método anticonceptivo utilizado por mujeres según etapas de vida en el Perú , 2019. Unversidad Mayor de San Marcos; 2021.
50. Borges ALV, Monteiro RL, Hoga LAK, Fujimori E, Chofakian CB do N, dos Santos OA. Anticoncepção pós-abortamento: Atenção e práticas. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(2):293–300.
51. Id ET, Jain A, Mozumdar A. The relationship between attitudes towards pregnancy and contraceptive continuation : Results from a longitudinal study of married women in India. PLoS One. 2020;15(2):1–15.
52. Orozco LT, Orderique L, Mascaro P, Cabrera S, Ramos MG, Paiva J, et al. Costos de la atención post aborto en hospitales de Lima , Perú. Rev Peru geinegología y Obstet. 2012;58:241–51.
53. PROMSEX. El aborto en cifras : Encuesta a mujeres en el Perú. 2018.
54. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Contraception. 2013;82(4):337–44.
55. Institue G. Educación sexual en Perú : Nueva evidencia de tres departamentos. 2017.
56. Motta A, Keogh SC, Prada E, Núñez-curto A, Konda K, Stillman M. De la Normativa a la Práctica : la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú. 2017 p. 1–88.
57. Gemzell-Danielsson K, Kallner Kopp H. Post abortion contraception. Women’s Heal. 2015;11(6):779–84.
58. Fuentes X. Síndrome post-aborto. Reacciones psicológicas post-aborto. ARS MEDICA Rev ciencias médicas. 2009;38(1):12.

59. Cardoso Escamilla ME, Zavala Bonachea MT, Alva López MDC. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensam Psicológico*. 2017;15(2):109–20.
60. Zareba K, La Rosa VL, Ciebiera M, Makara-Studzińska M, Commodari E, Gierus J. Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *East J Med*. 2020;25(3):477–83.
61. Huaman M. Consejería y anticoncepción post aborto. *Ginecol Obstet (Lima)*. 1994;40(1):31–2

XI ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA

FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES POST LEGRADO UTERINO POR ABORTO INCOMPLETO

Fecha y hora: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Acepta de manera voluntaria participar en el siguiente proyecto de investigación titulado “ENCUESTA FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES POST LEGRADO UTERINO POR ABORTO INCOMPLETO”, a cargo de Reyes Arteaga Pamela Vanessa, Interna de Medicina Humana de la Universidad privada Antenor Orrego, emitiendo respuestas honestas y verdaderas.

- SÍ ACEPTO
 NO ACEPTO

FIRMA

ENCUESTA:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____
2. Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Unión libre
 - d. Viuda
3. Grado de instrucción:
 - a. Ninguna
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior universitaria
 - e. Superior técnica
4. Ocupación:
 - a. Ama de casa
 - b. Trabaja fuera de casa
 - c. Estudiante
 - d. Desempleada
5. Lugar de procedencia:
 - a. Área rural
 - b. Área urbana
6. Religión:
 - a. Católica
 - b. Cristiana
 - c. Otra
 - d. Agnóstica

FACTORES OBSTÉTRICOS

7. Número de hijos vivos (Incluyen hijos propios o adoptados)
 - a. 0 hijos vivos
 - b. 1 o 2 hijos vivos
 - c. 3 o 4 hijos vivos
 - d. 5 o más hijos vivos
8. Número de embarazos previos:
 - a. Ninguno
 - b. 1 o 2
 - c. 3 o 4
 - d. 5 o más
9. Número de partos previos (Incluyen hijos pro)
 - a. Ninguno
 - b. 1 o 2
 - c. 3 o 4
 - d. 5 o más

10. ¿Tuvo algún aborto previo? (No considerar el último aborto motivo del Legrado uterino y de su hospitalización actual)
 - a. No abortos previos
 - b. Sí abortos previos
11. Si su respuesta anterior fue SI, ¿cuántos abortos previos tuvo?
 - a. 1 aborto previo
 - b. 2 abortos previos
 - c. 3 o más abortos previos
12. ¿Qué edad gestacional tuvo cuando ocurrió el aborto por el cuál ha sido intervenida de legrado uterino?
 - a. Menos o igual a 12 semanas
 - b. Mayor o igual a 13 semanas
13. ¿Cuál era la condición de su último embarazo previamente al aborto por el cuál ha sido intervenida de legrado uterino?
 - a. Planeado y esperado
 - b. No planeado pero esperado
 - c. No planeado y no esperado

FACTORES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

14. ¿Ha recibido anteriormente orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos por un personal de salud?
 - a. NO
 - b. SI
15. ¿Ha usado anteriormente algún método anticonceptivo?
 - a. NO
 - b. SI
16. ¿Qué tipo de anticonceptivo ha utilizado anteriormente?
 - a. Métodos naturales
 - b. Condón
 - c. ACO
 - d. Inyectable
 - e. Implante
 - f. DIU
 - g. Método de Emergencia
17. ¿Quién toma la decisión sobre el uso de anticonceptivos?
 - a. Yo
 - b. Mi pareja
 - c. Ambos

OTRAS VARIABLES DE ESTUDIO

18. ¿Ha aceptado usar o usará un método anticonceptivo al salir de alta de este establecimiento de salud?
 - a. NO
 - b. SI
19. Si su respuesta anterior fue SI, marque el tipo de método anticonceptivo que ha elegido usar:

ACCIÓN CORTA	ACCIÓN LARGA REVERSIBLE
<input type="radio"/> Condomes	<input type="radio"/> Implante
<input type="radio"/> ACO	<input type="radio"/> DIU
<input type="radio"/> Inyectable	
20. ¿Cómo es su actividad sexual actualmente?
 - a. Con pareja y actividad sexual
 - b. Sin pareja y sin actividad sexual
 - c. Sin pareja y con actividad sexual
 - d. Con pareja y sin actividad sexual
21. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene?
 - a. SIS (MINSa)

- b. EsSalud
- c. Ninguno

Muchas gracias por su colaboración