

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Nivel de conocimiento del Misoprostol en adolescentes
con aborto incompleto Hospital Regional de Ayacucho
Agosto – Octubre 2016”.**

INTEGRANTE : LIZBETH HUAMAN PILLACA

ASESOR : Mg ROALDO PINO ANAYA

AYACUCHO-PERU

2017

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

R.D. N° 215 – 2017- FCSA – UNSCH/D

A los 15 días del mes de setiembre del año 2017, en el ambiente del auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia en la ciudad universitaria (módulos) se reunieron bajo la presidencia del Dr. Emilio Ramírez Roca y los miembros del jurado Dra. Brígida Ramírez Quijada, Mg Edda Sánchez Huamaní y actuando como secretario el Mg. Pavel Alarcón Vila, también contando con la presencia del Mg. Roaldo Pino Anaya como asesor.

Para recepcionar la sustentación de tesis “Nivel de conocimiento del Misoprostol en adolescentes con aborto incompleto Hospital Regional de Ayacucho agosto- octubre 2016” presentado por la bachiller Lizbeth Huamán Pillaca.

Luego de dar lectura a la resolución decanal N° 215-2017-FCSA-UNSCH/D Se dio inicio a la sustentación con la recomendación de dar el tiempo previsto, se presentó la Introducción, objetivos, hipótesis, diseño metodológico, discusión y presentación de resultados, conclusión y recomendaciones.

Luego el señor decano dió inicio a las preguntas y aclaraciones, empezando la Mg. Edda Sánchez Huamaní, luego la Dra. Brígida Ramírez Quijada para luego dar pase al asesor Mg. Roaldo Pino Anaya.

Seguidamente el Decano pide a la señorita sustentante y al público asistente abandonar el auditorio para la evaluación correspondiente, luego de la evaluación y deliberación:

RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA BACHILLER LIZBETH HUAMAN PILLACA:

	TEXTO	EXPOSICIÓN	RESPUESTA	P. FINAL
Dr. Emilio Ramírez Roca	16	16	15	16
DR. Brígida Ramírez Quijada	15	14	14	14
Mg. Edda Sanchez Huamaní	15	14	14	14

PROMEDIO FINAL: 15

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador la bachiller Lizbeth Huamán Pillaca obtuvo la nota final de quince (15) para lo cual los miembros del jurado calificador firman al pie del presente.

Siendo las 10.00 am se da por finalizado el acto de sustentación.

DR. EMILIO RAMIREZ ROCA
PRESIDENTE

DR. BRIGIDA RAMIREZ QUIJADA
JURADO (1)

MG. EDDA SANCHEZ HUAMANI
JURADO (2)

MG. ROALDO PINO ANAYA
ASESOR

MG. PAVEL ALARCON VILA
SECRETARIO DOCENTE

DEDICATORIA

Dedico este trabajo que con mi esfuerzo, tiempo y dedicación logre concluir después de muchas adversidades, al ser que lo hizo posible; al creador de todo lo que veo y siento, a Dios.

Dedico de forma muy especial a mi madre la Sra. Haydee Pillaca Tinco y a mi hija Samira Liz Chávez Huamán por todo su apoyo y compañía ya que estuvo siempre a mi lado con su amor y ánimo; incentivándome a que sea constante, y eh aquí el fruto de aquello.

También se lo dedico a mi familia en general, juntos me enseñaron que todos somos capaces de cumplir una meta o de llegar al final si queremos y lo sentimos de corazón.

AGRADECIMIENTO

Esta investigación es el resultado del esfuerzo y dedicación de mi persona y también del trabajo desinteresado de otras personas, quienes de uno u otro modo han contribuido con generosidad en su realización.

En primer lugar, debo agradecer a Dios, por haberme permitido la realización de esta investigación.

Esta tesis está dedicada a mis Padres, a quienes agradezco de todo corazón por su amor, cariño y comprensión.

Agradezco a mi asesor Roaldo Pino Anaya por la asesoría permanente.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	13
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 GENERAL	13
1.3.2 ESPECIFICOS	13

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 BASES TEORICAS	14
2.2 DEFINICION DE TERMINOS	36
2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	38
2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	38

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPODE ESTUDIO	39
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	39
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION	40
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
3.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	41

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN:

El misoprostol es un análogo semisintético de la prostaglandina E₁ (PGE₁), utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, en particular las secundarias al empleo por lapsos prolongados de tiempo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como el ibuprofeno, el naproxeno o el aceclofenaco.¹

El conocimiento sobre el misoprostol en las adolescentes se dio a través de diferentes fuentes información en donde las adolescentes averiguaron que se utiliza para provocar abortos, sin embargo el uso inadecuado del Misoprostol puede causar daños severos a la madre y al feto, tanto si el producto se usa con fines abortivos como si se administra accidentalmente durante una gestación, incluso a las dosis recomendadas. Los efectos secundarios del aborto con misoprostol son variables porque dependen de cada caso en particular, puede poner en riesgo la vida de la mujer.

El sangrado vaginal y los cólicos son los más comunes, también pueden tener náuseas, vómitos, fiebre, bochornos, cambios de ánimo, depresión, mareos, dolores de cabeza y diarrea²¹.

El misoprostol de nombre comercial de Myspess®, Misodel, Mysodelle, Cytotec, Citoprox, Misoprolen, Misoprosmek, con un mecanismo de liberación controlada, en las siguientes situaciones:

1. Interrupción terapéutica del embarazo intrauterino
2. Dilatación y preparación del cuello uterino antes de la terminación quirúrgica del embarazo.
3. Inducción al parto en la muerte fetal intrauterina
4. Tratamiento farmacológico del aborto espontáneo y diferido.
5. Este principio activo es un agente uterotónico y está indicado en la maduración cervical e inducción del parto a término, especialmente en casos de cuello uterino inmaduro, siempre que no existan contraindicaciones fetales. Esta indicación corresponde a una dosis distinta de las cuatro anteriores.

Componentes de las presentaciones comerciales

Cada comprimido vaginal contiene 25 ó 200 microgramos de misoprostol. Los demás componentes son: hidroxipropilmetilcelulosa, celulosa microcristalina, almidón de maíz y aceite de ricino hidrogenado.³

Por ello, el misoprostol no debe administrarse en el embarazo con el fin de tratar una úlcera porque induce contracciones uterinas y por tanto, tiene un potencial abortivo y posibles efectos teratógenos si continúa el embarazo. Entre las reacciones adversas registradas tenemos: diarrea,

dolor abdominal, náuseas, flatulencia, dispepsia, cefalea, vómito, estreñimiento y mareo.

El conocimiento de su efectividad para inducir abortos se difundió rápidamente y con ello un elevado número de abortos clandestinos inducidos con misoprostol.⁴

El presente estudio se realizó en el servicio de Gineco-obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, con el objetivo de establecer el nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto, a través de un estudio descriptivo, no experimental, de corte transversal, con recolección prospectiva de los datos, donde la población estuvo conformada por 76 adolescentes con aborto incompleto encontrándose los siguientes resultados:

El 48,7% (37) adolescentes con aborto incompleto tuvieron nivel de conocimiento regular del misoprostol, seguido del 30,3% (23) que tuvieron un deficiente nivel de conocimiento del misoprostol y sólo el 21,1% (16) obtuvieron buen nivel de conocimiento del misoprostol. Las variables como nivel de instrucción secundaria, procedencia urbana, condición económica media y fuente de información; son factores asociados estadísticamente significativo ($p < 0,05$) al nivel de conocimientos sobre misoprostol de las adolescentes con aborto incompleto.

CAPITULO I

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia data desde tiempos ancestrales, pero después de la década del 70 se ha experimentado en este indicador un indiscriminado incremento y en estos momentos presenta cifras que preocupan, El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, esta comienza sin una adecuada orientación y sin averiguar las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección, así mismo la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la

decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura.⁵

El embarazo adolescente en Perú subió al 14,6 % en 2014, lo que representó un incremento del 1,6 % desde el 2000, mientras que la población total de Perú asciende a 31.151.643 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicados en Lima. Respecto a la maternidad temprana, el reporte indicó que, en los últimos 14 años, creció en un 1 % el porcentaje de adolescentes que ya son madres y 0,6 % en las que quedan embarazadas por primera vez.

El embarazo en adolescentes de 15 años subió de 1,0 % a 1,9 %, entre 2000 y 2014, en las de 16 años aumentó de 4,7 % a 5,4 %, y en las de mayor edad pasó de 22,3 % a 26,7 %.

Del total de mujeres de 15 a 19 años de edad con educación primaria, el 29,3 % ya eran madres el año pasado; porcentaje que baja a 11,2 % entre las adolescentes con educación secundaria y a 4,9 % entre las jóvenes con educación superior⁶.

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por

1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza⁷.

El aborto incompleto por automedicación con Misoprostol es una práctica muy frecuente en embarazos no deseados debido a la libre comercialización sin receta médica de este fármaco en las diferentes boticas, farmacias y clínicas particulares.⁸

La morbimortalidad relacionada con el aborto impacta mayormente en la salud materna. Las opciones más efectivas para la disminución de esta morbimortalidad están dadas por la prevención de los embarazos no deseados, que se logra a través del desarrollo del acceso a la información y a los servicios de planificación familiar. Se necesita información precisa sobre el misoprostol, porque las adolescentes que se auto administran misoprostol no sean capaces de determinar si su sangrado es normal, si ha ocurrido un aborto completo o qué consecuencias puede traer.⁹

Se presentan un alto porcentaje de embarazos no deseados en adolescentes y es en donde las adolescentes se ven obligadas a buscar alternativas para culminar el embarazo, es así que recurren al misoprostol; pero no cuentan con información sobre los principios activos, mecanismos de acción, reacciones adversas, etc. del misoprostol, que favorezca su uso adecuado y seguro en estas circunstancias.

El uso de misoprostol en forma aislada, sumado a la falta de información adecuada y la infrecuente supervisión de un profesional de la salud, llevan a que una proporción de los embarazos continúe; asimismo la exposición prenatal al misoprostol ha sido asociada con la ocurrencia de anomalías congénitas tales como: defectos de osificación del cráneo, hidrocefalia, porencefalia, parálisis central de pares craneanos (síndrome de moebius), defectos de reducción de miembros, sindactilia, pie bot y artrogrifosis.¹⁰

Según los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal del Hospital Regional de Huamanga en el servicio de Gineco – Obstetricia durante el año 2015 hubo 659 casos de abortos incompletos y 94 casos de aborto incompletos en adolescentes; esto me motivo para realizar el presente trabajo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho para determinar lo siguiente.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en el Hospital Regional de Ayacucho Agosto – Octubre 2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

Establecer el nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en el Hospital Regional de Ayacucho Agosto – Octubre 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto
- Relacionar el nivel de conocimiento del misoprostol con los factores: edad, nivel de instrucción, procedencia, religión, condición económica y fuentes de información.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 BASE TEÓRICO - CIENTIFICA

2.1.1 LA ADOLESCENCIA

Para la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 20.¹¹

Etapas de la adolescencia: según la OMS se clasifica:

A.-Adolescencia temprana (10 a 13 años). Periodo prepuberal, grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente pierde interés por los padres, mayor preocupación por su apariencia física.

B.-Adolescencia Media (14 a 16 años) Adolescencia propiamente dicha, completo desarrollo somático, periodo de mayor conflicto con padres,

edad promedio de inicio de experiencias y actividad sexual, le fascina la moda.

C.-Adolescencia Tardía (17 a 19 años) Casi no se presentan cambios físicos y acepta su imagen corporal, se acerca más a sus padres y adquiere valores hacia una perspectiva más adulta.¹¹

Características:

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el BeneiMitzvá, que se celebra a los 12 años para las niñas y 13 años para los niños (12 Años para los niños ortodoxos). Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años.¹⁰ Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo, etc.¹¹

2.1.2 EL ABORTO

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos. Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12a semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación. El aborto puede ser espontáneo o inducido (provocado).¹²

Desde el punto de vista clínico el aborto se clasifica de la siguiente forma:

Amenaza de aborto.- La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.¹²

Aborto en curso.- Se define como aborto en curso al cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento y dilatación cervicales y sangrado de origen uterino. Las membranas ovulares se encuentran íntegras. El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos

parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o la revisión uterina.¹²

Aborto retenido.- En estos casos el embrión muere o se desprende pero queda retenido dentro del útero. Debe sospecharse cuando el útero no aumenta de tamaño, los síntomas y signos del embarazo disminuyen hasta desaparecer y el control ecográfico visualiza embrión sin actividad cardíaca, con distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y, en embarazos del segundo trimestre, cabalgamiento de los huesos del cráneo. El advenimiento de la ecografía permite el diagnóstico de la muerte embrionaria y de la muerte fetal en forma precoz; por esta razón, para el manejo clínico no tiene lugar en la actualidad el considerar aborto retenido solamente a aquel que tiene tres o más semanas de muerte intrauterina.¹²

Aborto incompleto.- Se denomina aborto incompleto al cuadro clínico caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción. Cuando queda retenida la placenta el tratamiento consiste en completar el aborto por medio del legrado o la revisión uterina, La pérdida del líquido amniótico ya configura un cuadro de aborto incompleto; sin embargo, se utiliza el término de aborto inevitable cuando las contracciones uterinas son más energías, el cuello sufre borramiento y dilatación, las membranas están rotas y se palpan a través del cuello las partes fetales. En estos casos el tratamiento consiste en hidratar la paciente, reforzar la actividad uterina con oxitocina si es necesario, administrar analgésicos

parenterales y esperar la expulsión del feto. Posteriormente se procederá a practicar legrado o revisión uterina.¹²

Aborto completo.- Se denomina aborto completo a la situación en la cual hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares. Desde el punto de vista clínico se identifica porque desaparece el dolor y el sangrado activo después de la expulsión de todo el producto de la concepción. Puede persistir un sangrado escaso por algún tiempo.¹²

Aborto inducido.- El aborto inducido es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto. Puede tratarse de un aborto terapéutico (o aborto indirecto) cuando se realiza desde razones médicas, o de un aborto selectivo (interrupción voluntaria del embarazo), cuando se realiza por decisión de la mujer embarazada.⁴

Aborto espontáneo.- El aborto espontáneo o aborto natural es aquel que no es provocado intencionalmente. La causa más frecuente es la muerte fetal; por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas. En otros casos se debe a anormalidades del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre o enfermedades infecciosas. Cuando la edad gestacional es superior a 22 semanas o el peso del feto supera los 500 gramos, se habla de muerte fetal. Entre los signos y síntomas se encuentran el sangrado transvaginal anormal, por el cual se tiene que ser valorada por su ginecólogo y verificar que no queden restos placentarios.⁴

Aborto terapéutico.- El aborto terapéutico es la interrupción provocada del desarrollo fetal. A diferencia del "aborto inducido" a este le preceden razones estrictamente médicas. Entre estos motivos cabe si la salud de la madre (física o mental) se encuentra directamente comprometida con dicho embarazo o en caso, si la vida de la madre corre riesgo. Es importante diferenciar el aborto terapéutico del inducido, ya que en el segundo influyen más factores socio-económicos como ser producto de una violación, tener la incapacidad de solvencia económica, entre otros.⁴

2.1.3 MISOPROSTOL: Es un análogo de las prostaglandinas, comercializado bajo distintas marcas pero el más conocido con el nombre de Cytotec; actúa sobre el recubrimiento gástrico, el músculo liso del útero y del cérvix, logra un estímulo uterino capaz de provocar contracciones uterinas, es utilizado para la prevención de úlceras producidas por el consumo prolongado de AINE, para la maduración cervical; inducción del trabajo de parto; Interrupción del embarazo con feto muerto; inducción del aborto incompleto, aborto retenido; prevención y tratamiento de la hemorragia postparto.¹³

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Misoprostol es un medicamento seguro y eficaz para el aborto hasta la semana 12 de embarazo. Es un medicamento que no se acumula en el cuerpo de las mujeres ni causa daño a su fertilidad; es decir una mujer puede volver a embarazarse nuevamente después de abortar con Misoprostol.¹

Farmacodinamia

Misoprostol tiene la propiedad de inhibir la secreción ácida gástrica y de proteger las células de la mucosa gastroduodenal. Inhibe la secreción ácida gástrica y protege la mucosa del efecto irritante de medicamentos como los agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINES), puede tener acciones similares en pacientes con úlcera gástrica o duodenal. La administración de un comprimido de 200 mcg de Misoprostol reduce a los 30 minutos un 50% aproximadamente la producción de ácido estimulada por las comidas, el efecto continúa hasta alrededor de 3 horas. El misoprostol favorece también las funciones fisiológicas que se consideran importantes en la regeneración y reparación de la mucosa, intensificando la producción y flujo de mucosidades gástricas y estimulando la secreción de bicarbonato duodenal. Estos efectos pueden limitar la lesión causada por los AINES y constituyen la base teórica de la prescripción de misoprostol cuando se emplean estos medicamentos. Estudios in vitro sobre células parietales de perros usando misoprostol ácido tritiado como ligando, han permitido la identificación y caracterización de receptores específicos de prostaglandinas. La unión a estos receptores es saturable, reversible, y estereo-específica. Estos sitios tienen una alta afinidad por misoprostol, por su metabolito ácido, y por otros tipos de prostaglandinas E, pero no para prostaglandinas F o I y otros compuestos no relacionados tales como histonamina o cimetidina y análogos. Misoprostol reduce la secreción ácida gástrica por una acción directa sobre las células parietales. La secreción es inhibida bajo condiciones basales cuando es

estimulada por alimentos, histamina, pentagastrina, betazol, tetragastrina, AINES, alcohol, o cafeína. Misoprostol también inhibe la secreción ácida nocturna pero al parecer no reduce el volumen de tal secreción. Los mecanismos exactos del efecto protector del misoprostol sobre la mucosa gastroduodenal no han sido totalmente elucidados, pero al parecer son varias las acciones que pueden contribuir a las actividades del fármaco en la prevención y/o curación de las úlceras gastroduodenales. El efecto protector de este agente sobre la mucosa gastroduodenal es más bien una acción local que sistémica. Por otra parte, se ha informado que misoprostol en la mujer embarazada, incrementa la amplitud y frecuencia de las contracciones uterinas y promueve una hemorragia uterina con expulsión parcial o total del contenido. Misoprostol parece no tener efectos clínicamente importantes sobre las concentraciones de prolactina, TSH, somatotropina, T4, FSH, hormona luteinizante, hormonas sexuales enlazadas a globulinas, progesterona (aunque en mujeres se ha informado de algunas reducciones), testosterona (en el hombre), estradiol (en la mujer) o gonadotropina. En los estudios realizados con el propósito de evaluar el potencial mutagénico y carcinogénico no se han encontrado evidencias de efectos del misoprostol sobre cambios mutagénicos ni sobre la incidencia de tumores.¹⁴

Farmacocinética:

Misoprostol es absorbido rápida y casi completamente desde el tracto gastrointestinal, experimenta un extenso y rápido metabolismo de primer paso para formar misoprostol ácido, el metabolito principal y activo del

fármaco. Hay evidencias en estudios realizados en animales de que tal biotransformación puede ocurrir al menos en parte en el tracto G.I. En voluntarios sanos misoprostol es rápidamente absorbido luego de su administración oral con un T máx para el misoprostol ácido de \pm 12 minutos. Luego de la administración oral es rápidamente metabolizado por esterificación a misoprostol ácido. El misoprostol ácido experimenta a su vez una rápida oxidación de la cadena lateral α para dar origen al metabolito tetranor del misoprostol ácido, y una oxidación de la cadena lateral β , con la subsecuente reducción de la cetona para formar análogos de la prostaglandina F. El ácido libre y los otros metabolitos son excretados principalmente en la orina, cantidades más pequeñas se excretan en las heces, probablemente vía eliminación biliar. Se ha informado que in vitro el fármaco tiene una vida media de 6 minutos. Las concentraciones plasmáticas del ácido libre y otros metabolitos parecen declinar en una forma bifásica. La vida media de eliminación del ácido libre es de 20-40 minutos. La distribución de misoprostol no ha sido completamente caracterizada. Luego de la administración oral a ratas es ampliamente distribuido alcanzando concentraciones del metabolismo ácido en el estómago, los intestinos, hígado, sangre y riñones del orden de 6-73 veces superiores a la del plasma. Misoprostol ácido se une a proteínas plasmáticas en alrededor de un 80-90%. No se conoce si el misoprostol y/o el ácido libre atraviesan la placenta y si se excreta en la leche.¹⁴

Mecanismo de acción

El misoprostol inhibe la secreción basal y nocturna de ácido actuando directamente sobre la célula parietal. Las células parietales contienen receptores de alta afinidad hacia las prostaglandinas de la serie E, receptores que son estimulados por los alimentos, el alcohol, los antiinflamatorios no esteroídicos, la histamina, la pentagastrina y la cafeína. Sin embargo, los antagonistas H2 parecen ser más potentes que el misoprostol como inhibidores de la secreción gástrica de ácido, especialmente durante la noche. Por su parte, el misoprostol exhibe un efecto protector sobre la mucosa gástrica que puede contribuir a su eficacia en la cicatrización de las úlceras gástricas y duodenales. Adicionalmente, el misoprostol reduce las concentraciones de pepsina en condiciones basales, pero no la secreción de esta enzima estimulada por la histamina.

Al igual que todas las prostaglandinas, el misoprostol muestra diversos efectos sobre otros tejidos. Por ejemplo, el misoprostol aumenta la frecuencia de las contracciones uterinas, lo que permite su utilización en la inducción del parto o en la interrupción del embarazo en combinación con otros fármacos abortivos. Al aumentar el flujo renal, el misoprostol mejora la función renal en los pacientes con trasplantes renales, compensando la vasoconstricción renal producida por la ciclosporina u otros inmunosupresores. Al interactuar con los receptores de prostaglandina suaviza el cérvix y el útero es en términos relativos, metabólicamente resistente y por tanto tiene una acción prolongada.¹⁴

Indicaciones:

- ***Tratamiento de úlcera gástrica inducida por drogas AINES.***

Actúa sobre las células parietales del estómago inhibiendo la secreción de ácido en el jugo gástrico por medio de la inhibición de la adenilatociclasa mediado por unión a un receptor acoplado a proteína G. La disminución de la concentración intracelular de AMPc causa disminución de la actividad de la bomba de protones a nivel de la superficie apical de la célula parietal, El misoprostol es algo menos efectivo que los antagonistas H₂ de histamina, como por ejemplo la ranitidina, o que los inhibidores de la bomba de protones, como el omeprazol (que actúan directamente sobre las células oxínticas de la mucosa gástrica), pero más eficaz que el sucralfato (Urbal) en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales.¹

Administración oral

- Adultos: 200 µg cuatro veces al día, con las comidas y por la noche. En los pacientes que no toleran la dosis de 200 µg, esta se puede reducir a 100 µg cuatro veces al día, si bien en un estudio en pacientes artríticos, se observó un efecto protector dosis-dependiente con una meseta de eficacia con dosis de 200 µg 2 o 3 veces al día. El tratamiento con misoprostol debe prolongarse durante toda la duración del tratamiento con anti-inflamatorios

- Adolescentes y niños: no se han establecido la seguridad y eficacia del misoprostol en estas poblaciones.¹

- **Maduración cervical:** Antes de la inducción del parto cuando está indicado, la administración de Misoprostol vaginalmente es usado para iniciar o continuar la maduración del cérvix desfavorable cercano al término, en casos de cuello uterino inmaduro (25 mcg). Dilatación del cérvix de útero no grávido previa a una histeroscopia u otros procedimientos ginecológicos que requieran acceder a la cavidad uterina (200 mcg). Varios organismos y sociedades, incluyendo la Organización Mundial de la Salud promueve el uso del misoprostol para inducir el parto. La preocupación del uso de misoprostol, en especial en dosis elevadas, radica en que causa ruptura uterina, especialmente en mujeres con una previa cesárea, muerte fetal o hemorragia cerebral en el neonato.¹

- **Profilaxis de Hemorragia post-parto:** para reducir la incidencia de hemorragia post-parto. vía oral, administrar en una única dosis de 600 µg. Se recomienda que sea imprescindible utilizar misoprostol como el medicamento preventivo de hemorragia posparto, utilizar el misoprostol cuando la oxitocina no se encuentre disponible en embarazadas con antecedentes de haber tenido hemorragias en partos anteriores, o con uno o varios factores de riesgo claramente identificados (embarazo múltiple, multiparidad, polihidramnios,

macrosomía fetal, leiomiomatosis, malformación uterina, corioamnionitis, etc.)

Tratamiento de la hemorragia posparto 800 µg de misoprostol sublingual para el tratamiento O 1000 µg rectal.¹

- ***Tratamiento de aborto terapéutico:*** Está indicado administrar Misoprostol oral o vaginalmente en combinación con mifepristone para la terminación médica del embarazo intrauterino con una duración de 63 días o menos. La Organización Mundial de la Salud mantiene la información del uso: Total de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal repetidos cada 24 horas hasta tres dosis. Este régimen debe ser utilizado solamente cuando no se dispone de mifepristona ni de metotrexato, ya que es menos efectivo.¹
- ***Tratamiento para el aborto en el primer y segundo trimestre:***
Cuando se requiera la interrupción segura del embarazo, tanto en el 1ro como en el 2do trimestre de la gestación (embarazos intrauterinos).

En embarazos de hasta 12 semanas, utilizar alguna de estas opciones en orden de preferencia:

- *Misoprostol* - administrar vía vaginal a una dosis de 400 a 800 µg; en caso de no presentarse respuesta terapéutica, repetir la dosis de 400 µg cada 6 horas, hasta completar 3 dosis consecutivas. Se recomienda humedecer las tabletas con agua o suero fisiológico

para facilitar la disolución y mejorar la absorción, al momento de su colocación en el fondo de saco vaginal.

- *Misoprostol* - administrar vía sublingual a una dosis de 400 a 800 µg cada 4 horas, hasta completar 3 dosis; colocar 1 a 2 tabletas de misoprostol de 200µg a cada lado, debajo de la lengua, durante 30 minutos, y luego deglutir lo que quede de las tabletas.

La vía sublingual es la de primera elección, donde los intervalos del misoprostol no deben ser menores a 4 horas, pero también se recomienda la vía vaginal si es la preferencia de la gestante.

En embarazos de 13 a 15 semanas:

- Suministrar una dosis inicial de misoprostol de 400 µg, por vía vaginal, y repetir esta dosis si no se obtiene respuesta a las 6 - 12 horas. Si persiste la falta de respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial de misoprostol y repetirla 12 horas después.

En embarazos de 16 a 18 semanas:

- Dar una dosis inicial de misoprostol de 200 µg por vía vaginal; repetir la dosis si no se ha logrado la respuesta terapéutica a las 6 - 12 horas. Si no hay respuesta en 24 horas, proceder a duplicar la dosis inicial y repetirla a las 12 horas.

En embarazos de 19 a 22 semanas:

- Dar una dosis inicial de misoprostol de 100 µg por vía vaginal; repetir la dosis si no se ha logrado la respuesta terapéutica a las 6

horas. Si no hay respuesta en 24 horas, proceder a duplicar la dosis inicial y repetirla a las 12 horas.¹

Contraindicaciones y precauciones

El misoprostol se clasifica dentro de la categoría X de riesgo en el embarazo. Este fármaco produce contracciones uterinas, desplazamientos del feto y otros problemas durante el embarazo, que pueden provocar abortos y la hospitalización de la paciente. Si una paciente quedara embarazada durante un tratamiento con misoprostol, el fármaco debe ser inmediatamente retirado por los posibles efectos teratogénicos.

- Mala salud general: historia de enfermedades cerebros vasculares o cardio-vasculares, hepatopatías, neuropatías.
- Diabetes Mellitus e hipertensión arterial descompensadas.
- Asma bronquial descompensada.
- Coagulopatías.
- Alergia a las prostaglandinas
- Historial de cesárea o cirugía mayor uterina; desproporción cefalopélvica;
- sospecha o evidencia clínica de sufrimiento fetal preexistente;
- historial de parto difícil y/o parto traumático;
- multíparas con 6 o más embarazos anteriores a término;
- situaciones del feto transversas; embarazo múltiple; hemorragia uterina irregular; placenta previa;¹⁵

Reacciones adversas

La diarrea es la más frecuente de las reacciones adversas inducidas por el misoprostol con una frecuencia del 14 al 40%. Sin embargo, suele remitir espontáneamente. Ocasionalmente, la diarrea inducida por el misoprostol ha estado asociada a acidosis metabólica, siendo lo suficientemente intensa como para requerir la retirada del fármaco. La diarrea es dosis dependiente y ocurre usualmente en las dos primeras semanas de tratamiento.

Otras reacciones adversas sobre el aparato digestivo son dolor abdominal (7-20%), náusea/vómitos (3.2%), flatulencia (2.9%), constipación (1.1%) y dispepsia (2%).

Los efectos adversos sobre el sistema nervioso central incluyen cefaleas (2.4%) y, con menos frecuencia vértigo y letargia. También se han comunicado irregularidades sobre la menstruación, con calambres y contracciones uterinas tanto en mujeres embarazadas como en no embarazadas.¹⁵

Efectos secundarios:

- Sangrado.
- Cólicos
- Fiebre y/o escalofríos.
- Náusea y vómito.
- Diarrea.¹⁵

Vías de Administración

Vía oral. Cuando el misoprostol es administrado por vía oral, su absorción es rápida y extensiva (88%). Los alimentos y antiácidos disminuyen la tasa y la cantidad de la absorción. Por la vía oral, la concentración plasmática del Misoprostol se eleva rápidamente, llegando a la cumbre entre 12,5 y 60 minutos después de la administración y volviendo a su nivel más bajo después de 120 minutos.

Efecto terapéutico - El tono uterino inicia su elevación 8 minutos después de la toma, aproximadamente, y alcanza su máximo nivel terapéutico alrededor de los 26 minutos luego de la ingesta.¹

Vía vaginal. La biodisponibilidad del misoprostol, por la vía vaginal, es tres veces mayor que por la vía oral. Después de la administración vaginal la concentración plasmática de misoprostol se eleva gradualmente, alcanzando el pico máximo entre 60 y 120 minutos, y declina lentamente, llegando hasta 61% del nivel máximo a los 240 minutos después de la administración.

Efecto terapéutico:

- El aumento del tono uterino se logra hacia los 21 minutos aproximadamente, obteniéndose el mayor efecto terapéutico alrededor de los 46 minutos post-aplicación.
- El efecto local se produce gracias a una importante liberación de óxido nítrico (efecto descrito solo en mujeres embarazadas), logrando potenciar el efecto local de las prostaglandinas.¹

Vía sublingual. La absorción es muy rápida, logra aumento del tono uterino a los 10 minutos de la aplicación, la curva de concentración Plasmática es semejante a la vía oral, pero en niveles más elevados.

Efecto terapéutico

- Se obtiene aumento del tono uterino a los 10 minutos de su administración.
- La vía sublingual es apropiada para emplearse en las condiciones clínicas en que se requiera que su acción sea lo más rápido posible.
- Tener precaución en los casos de uso para la inducción del trabajo de parto, porque puede producir más fácilmente estados de polisistolia. No se recomienda su empleo en condiciones clínicas donde se tenga feto vivo.¹

Vía rectal.- es absorbido muy efectivamente por la vía rectal, presenta un comportamiento farmacocinético similar al observado con la administración vía vaginal. Desde su aplicación, la máxima concentración se presenta hacia los 20 a 40 minutos, la concentración mínima, posterior a su aplicación, se observa sobre las 4 horas.

El misoprostol administrado por vía oral o vaginal se ha demostrado más eficaz para la maduración del cuello uterino.¹

Efectos en el útero y el cuello uterino

Los efectos sobre el tracto genital femenino, como la actividad uterotónica y el reblandecimiento del cuello uterino, cuando el misoprostol fue inicialmente avalado como medicamento gastroprotector, fueron

considerados como efectos adversos; pero hoy se sabe que son estos efectos bioquímicos secundarios del misoprostol los que se buscan en el actual ejercicio médico de la actividad profesional obstétrica y ginecológica.¹

Efectos en útero

El efecto del misoprostol sobre la contractilidad uterina ha sido ampliamente estudiado, entre otros, por autores como Gemzell-Danielsson y colaboradores por Aronsson y colaboradores. Posterior a la administración de misoprostol oral, en una única dosis, se sucede un aumento en el tono uterino; pero para producir actividad contráctil regular, se necesita un nivel sérico constante de misoprostol, haciendo necesario el empleo repetido de más dosis por la vía oral.¹

Efectos en el cuello uterino

Existen varios estudios clínicos que han logrado demostrar el efecto del misoprostol en la maduración del cérvix durante la gestación. El misoprostol está ampliamente utilizado gracias a que produce el efecto reblandecedor del cuello uterino previo a la inducción del trabajo de parto y a la evacuación quirúrgica del contenido uterino.¹

Efecto teratogénico del misoprostol

El misoprostol tiene un gran potencial como abortivo y se relaciona con múltiples malformaciones congénitas, tales como: Microcefalia, defectos de pared abdominal, artrogriposis, síndrome de Moebius, meromelia, sindactilia, afección de pares craneales, holoprocencefalia, entre otras, la automedicación del misoprostol en etapas tempranas del embarazo se ha

convertido en un problema de salud pública en países donde el aborto es ilegal.

Ante la falta de legislación en nuestro país acerca de este problema, ha aumentado el número de casos de aborto autoinducido. Sin embargo; el misoprostol presenta alto índice de falla en la inducción del aborto como agente único y hasta 40% de las mujeres que lo utilizan en el primer trimestre logran tener un embarazo a término.¹⁹

2.1.4 EL CONOCIMIENTO

Conocimiento es la Facultad de entender y juzgar las cosas. Conjunto de nociones, ideas que se tiene sobre una materia. Es el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.¹⁸

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia.¹⁸

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.) A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.¹⁸

2.1.5 CONOCIMIENTO SOBRE EL MISOPROSTOL

Conjunto de datos, informaciones, saberes acerca del misoprostol; las fuentes de información sobre el misoprostol son muy variadas.

El Misoprostol es un agente farmacológico introducido en el mercado español bajo la forma de un fármaco protector gástrico, es muy eficaz como inductor de dilatación cervical y contracciones uterinas. Desde hace varios años, se desarrolla un debate internacional sobre el hecho de que este mismo producto cumple las características de un abortivo extremadamente eficaz. No obstante, el uso inadecuado del Misoprostol puede causar daños severos a la madre y al feto, tanto si el producto se usa con fines abortivos como si se administra accidentalmente durante una gestación, incluso a las dosis recomendadas. Los efectos secundarios del aborto con misoprostol son variables porque dependen de cada caso en particular, puede poner en riesgo la vida de la mujer, el sangrado vaginal y los cólicos son los más comunes, también pueden tener náuseas, vómitos, fiebre, bochornos, cambios de ánimo, depresión, mareos, dolores de cabeza y diarrea¹⁹

2.1.6 FACTORES QUE SE RELACIONAN O INFLUYEN EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MISOPROSTOL

Los factores son elementos, condicionantes que contribuyen a lograr un resultado, en este caso contribuyeron en investigar la relación que se da entre el nivel de conocimiento y los factores tales como: nivel de instrucción, edad, procedencia, religión, fuentes de información y condición económica.

El nivel de instrucción es el grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos, y así saber en qué nivel de instrucción se encuentran las adolescentes lo cual se

relacionará con el nivel de conocimiento para poder determinar si es deficiente, regular o bueno.

La procedencia puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona, es el origen en donde nació la adolescente lo cual se relacionará con el nivel de conocimiento para determinar si es deficiente, regular o bueno y de donde procede la adolescente.

La religión se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina de las adolescentes. La religión implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses; de acuerdo a sus creencias, la persona registrará su comportamiento según una cierta moral e incurrirá en determinados ritos, se relacionará con el nivel de conocimiento para poder determinar si es deficiente, regular o bueno y a que religión pertenece.

Condición económica es la situación de estabilidad de las adolescentes para adquirir bienes y servicios, se relacionará con el nivel de conocimiento para poder determinar si es deficiente, regular o bueno y en que condición económica se encuentra.

Edad es el tiempo que ha vivido la adolescente contando desde su nacimiento hasta la fecha actual, la edad se relacionará con el nivel de conocimiento para poder determinar si es deficiente, regular o bueno y cuántos años tiene la adolescente.

Fuentes de información se refiere a diversos tipos de documentos que contienen datos sobre el misoprostol para satisfacer una demanda de información o conocimiento en las adolescentes y relacionar con el nivel

de conocimiento para poder determinar si es deficiente, regular o bueno y saber de dónde se informaron sobre el misoprostol las adolescentes.

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

Nivel de conocimientos: Es un nivel de acumulación de un conjunto de información que se dispone y que nos permiten interpretar o entender la naturaleza de los objetos y dar uso de cuerdo a nuestra determinación.

Nivel de conocimientos del misoprostol: Nivel de acumulación de un conjunto de información acerca del misoprostol.

Misoprostol.- El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1. Actúa sobre el recubrimiento gástrico, el músculo liso del útero y del cérvix, logra un estímulo uterino capaz de provocar contracciones uterinas.

Fuentes de información sobre el misoprostol: Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos sobre el misoprostol para satisfacer una demanda de información o conocimiento

Adolescencia: Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, etapa de la vida caracterizada por la transición de la niñez a la etapa adulta.

Aborto incompleto: Cuando el embrión es expulsado, pero parte del producto de la concepción es retenido, siendo casi siempre el tejido placentario.

Adolescentes con aborto incompleto: Mujeres en proceso de desarrollo y crecimiento, entre la etapa de la niñez y adultez; que se

encuentran con un sangrado causado por la eliminación parcial del producto de la gestación antes de las 22 semanas con un peso inferior a 500 gramos.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento

Factores: Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades.

Nivel de instrucción.- El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Procedencia.- Del latín “procedens”, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona

Religión.- El concepto de religión tiene su origen en el término latino “religiō” y se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. La religión implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses; de acuerdo a sus creencias, la persona regirá su comportamiento según una cierta moral e incurrirá en determinados ritos (como el rezo, las procesiones, etc.

Frecuencia: Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinados.

Condición económica: situación de estabilidad para adquirir bienes y servicios.

2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento sobre el misoprostol es deficiente los cuales están asociados a los factores tales como: edad, nivel de instrucción, procedencia, religión, condición económica y fuentes de información en adolescentes con aborto incompleto en el Hospital Regional de Ayacucho, Agosto – Octubre 2016.

2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente o de causa:

Factores asociados:

- Nivel de instrucción
- Edad
- Procedencia
- Religión
- Fuentes de información
- Condición económica

Variable dependiente o de efecto:

Nivel de conocimiento sobre el misoprostol en adolescentes con aborto incompleto

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- TIPO DE ESTUDIO

Estudio aplicado, descriptivo, no experimental, de corte transversal, con recolección prospectiva de los datos.

3.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

M  X

Donde:

M : Adolescentes con aborto incompleto del Hospital Regional de Ayacucho

X : Nivel de conocimientos del misoprostol.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Constituida por todas las pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto que se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho Agosto –Octubre 2016

Muestra: 76 Pacientes adolescentes con aborto incompleto obtenidas por la siguiente formula.

$$n = \frac{4 \times N \times P \times q}{E^2(N - 1) + 4 \times p \times q}$$
$$n = \frac{4 \times 94 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(94 - 1) + 4 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 76$$

n= tamaño de muestra

4= constante

N= Población (Según registro del N° de atenciones de julio a agosto del año 2015)

P= Probabilidad de adolescentes con buen nivel de conocimientos del misoprostol.

Q= Probabilidad de adolescentes con deficiente nivel de conocimiento del misoprostol.

E= 0.05= 5% error permitido, 95% nivel de confianza.

Tipo de muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.

3.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Inclusión: Adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto que recibieron atención en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho Agosto – Octubre 2016.

Exclusión: Adolescentes con diagnóstico de aborto completo, aborto frustrado, aborto séptico, aborto inevitable que se atendieron en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho Agosto – Octubre 2016.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICA:

- Revisión de historias clínicas.
- Aplicación de la encuesta

INSTRUMENTOS:

- Encuesta
- Historias clínicas de las adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto que se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho

PROCEDIMIENTO:

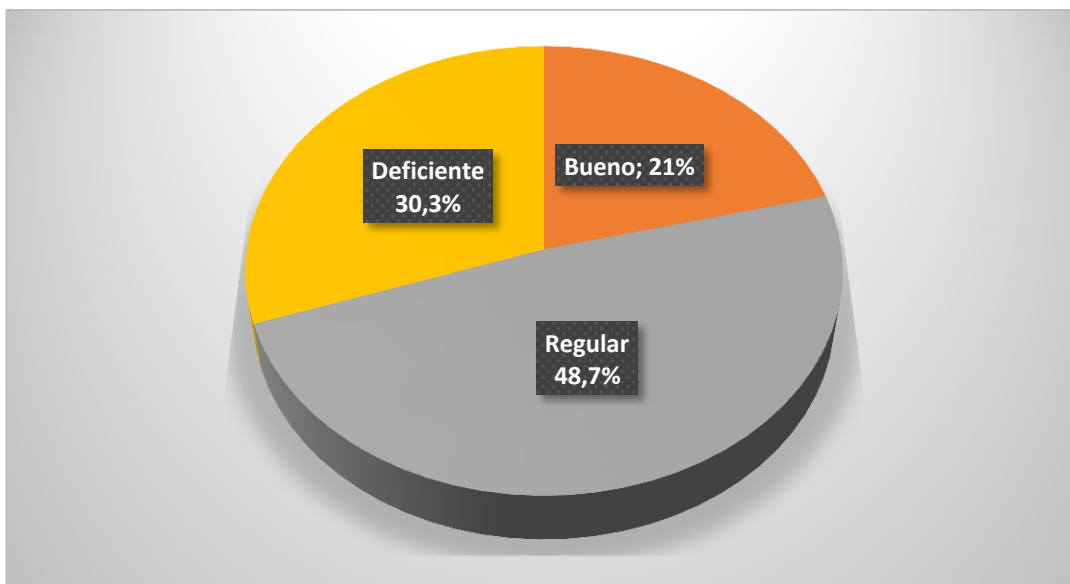
- Se solicitó al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud una carta de presentación dirigida hacia el Director del Hospital Regional de Ayacucho para realizar el trabajo de investigación.
- Se solicitó autorización al Director del Hospital Regional de Ayacucho para la realización del presente trabajo de investigación.
- Se revisaron las historias clínicas de las pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto.
- Se realizó la encuesta a las adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto previo consentimiento informado.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con los datos recolectados se generó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010; los que fueron exportados al software SPSS – IBM versión 22.00 (Statistical Package For Social Science) con los

cuales se presentan los cuadros de contingencia de doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de χ^2 , para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 1: Nivel de Conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto. Hospital Regional de Ayacucho, agosto – octubre 2016.

En la presente figura se muestra el nivel de conocimiento del misoprostol donde se observa que, del 100.0% (76) de adolescentes con aborto incompleto, el 48,7% (37) tuvieron nivel de conocimiento Regular sobre el misoprostol, seguido del 30,3% (23) Deficiente y sólo el 21,1% (16) Buen nivel de conocimiento.

Del análisis del gráfico se concluye que el 48,7% de adolescentes con aborto incompleto, tienen regular nivel de conocimiento sobre el misoprostol.

Con estos resultados se puede afirmar que un alto porcentaje (69,7%) de las adolescentes con aborto incompleto tienen de regular a buen nivel de conocimientos sobre el misoprostol; esto se explica porque en la actualidad las adolescentes son sexualmente activas y la mayoría de ellas no prevé el riesgo de embarazo en sus relaciones; y al producirse un embarazo que es no deseado o planificado, la mayoría de ellas buscan

alternativas para prevenir o culminar con un embarazo no deseado y por lo cual terminan en un aborto incompleto. En estas circunstancias, en nuestro medio se ha detectado que recurren al misoprostol como una alternativa accesible para este fin; pero que no cuentan con información sobre los principios activos, mecanismos de acción, reacciones adversas, etc. del producto, que favorezca su uso adecuado y seguro en estos acontecimientos.

TABLA 01

Nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en relación a la edad. Hospital Regional de Ayacucho, agosto – octubre 2016.

Edad	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Deficiente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 – 13 años	00	00	00	00	01	1,3	01	1,3
14 – 16 años	02	2,6	06	7,9	05	6,6	13	17,1
17 – 19 años	14	18,4	31	40,8	17	22,4	62	81,6
Total	16	21,1	37	48,7	23	30,3	76	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 3,065 \quad \chi_{t=9}^2 = 9,487 \quad \text{g. l.} = 4 \quad p > 0,05 \quad \text{NS}$$

La tabla 01 representa el nivel de conocimiento sobre el misoprostol en relación a la edad, donde se observa que del 100.0% (76) adolescentes con aborto incompleto, el 81,6% (62) fueron adolescentes con edades entre 17 – 19 años, de ellas el 40,8% (31) tuvieron regular nivel de conocimiento sobre misoprostol, el 22,4% (17) conocimiento deficiente y el 18,4% (14) conocimiento bueno; asimismo, el 17,1% (13) fueron adolescentes con edades entre 14-16 años, de las cuales el 7,9% (06) tuvieron nivel de conocimiento regular y el 6,6% (05) conocimiento deficiente. Finalmente sólo 01 adolescente (1,3%) refirió tener una edad entre 10 a 13 años, la cual tuvo conocimiento deficiente sobre misoprostol.

Del análisis de la tabla se concluye que el 40,8 % fueron adolescentes con aborto incompleto con edades entre 17 a 19 años que tienen regular nivel de conocimiento sobre misoprostol.

Estos resultados al análisis estadístico Chi cuadrado no se halló dependencia estadística ($P>0.05$); lo cual indica que el nivel de conocimiento sobre misoprostol no tiene relación con la edad de las adolescentes con aborto incompleto.

El tener una edad entre los 17 a 19 años corresponde a la adolescencia propiamente dicha, donde completan su desarrollo físico, que se caracteriza por un periodo de mayores conflictos con los padres, son más rebeldes y es la edad promedio del inicio precoz de las relaciones sexuales sin protección, esto por desconocimiento de la sexualidad responsable y de los métodos anticonceptivos, conllevando a la primera gestación, además de ser soltera sin trabajo y no vivir con la pareja están asociados al aborto provocado que en la mayoría son incompletos.

En la literatura consultada actualmente existen pocos estudios relacionados al nivel de conocimientos, y/o prácticas del Misoprostol a nivel nacional, especialmente en este grupo etareo de las adolescentes con aborto incompleto, los cuales manifiestan que lo conocido es por a través del uso del internet ya que con el aumento de la tecnología es un medio de mayor accesibilidad para conocer sobre el Misoprostol.

TABLA 02

Nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en relación al nivel de instrucción. Hospital Regional de Ayacucho, agosto – octubre 2016.

Nivel de Instrucción	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Deficiente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	00	00	03	3,9	06	7,9	09	11,8
Secundaria	04	5,3	19	25	13	17,1	36	47,4
Superior	12	15,8	15	19,7	04	5,3	31	40,8
Total	16	21,1	37	48,7	23	30,3	76	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 16,171^{**} \quad \chi_t^2 = 9,487 \quad \text{g. l.} = 4 \quad p < 0,05$$

En la tabla 02 se muestra el nivel de conocimiento sobre el misoprostol en relación al nivel de instrucción, donde se observa que del 100.0% (76) adolescentes con aborto incompleto, el 47,4% (36) fueron adolescentes con nivel de instrucción secundaria, de ellas el 25% (19) tuvieron regular nivel de conocimiento sobre misoprostol y el 17,1% (13) conocimiento deficiente; asimismo, el 40,8% (31) tuvieron nivel de instrucción superior, de las cuales el 19,7%(15) tuvieron nivel de conocimiento regular y el 15,8% (12) conocimiento bueno. Finalmente el 11,8%(09) fueron adolescentes con nivel de instrucción primaria, de ellas 15,8%(06) tuvieron conocimiento deficiente y 3,9%(03) conocimiento regular sobre misoprostol.

Del análisis de la tabla se concluye que el 25% fueron adolescentes con aborto incompleto con nivel de instrucción secundaria que tienen regular nivel de conocimiento sobre misoprostol.

Estos resultados al análisis estadístico Chi cuadrado se halló dependencia estadística ($P < 0.05$); lo cual indica que el nivel de conocimiento sobre misoprostol tiene asociación con el nivel de instrucción de las adolescentes con aborto incompleto.

En la actualidad el misoprostol es un medicamento de uso común por los profesionales de salud de nuestro país. Su popularidad se explica por ser un fármaco barato, termoestable y efectivo para provocar contracciones uterinas. El problema es que no está aprobado con estas indicaciones en la mayoría de hospitales y por lo mismo se usa de muchas maneras diferentes, provocando un uso inapropiado por parte de los adolescentes que tienen un nivel de conocimientos regular a deficiente, sin embargo lo usan como abortivo causando complicaciones.

El hecho de tener un nivel de instrucción secundaria a superior en un 88,2% representa que estas adolescentes tienen facilidades para acceder a la información, luego adquirir y usar el misoprostol con fines abortivos y culminar en un aborto incompleto, tal como se demuestra con lo encontrado en la presente investigación, el cual tiene asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

TABLA 03

Nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en relación a la procedencia. Hospital Regional de Ayacucho, agosto – octubre 2016.

Procedencia	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Deficiente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rural	00	00	08	10,5	14	18,4	22	28,9
Urbano-marginal	01	1,3	02	2,6	02	2,6	05	6,6
urbano	15	19,7	27	35,5	07	9,2	49	64,5
Total	16	21,1	37	48,7	23	30,3	76	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 20,326^{**}$$

$$\chi_t^2 = 9,487$$

g. l. = 4

p < 0.05

La tabla 03 representa el nivel de conocimiento sobre misoprostol en relación a la procedencia, donde se observa que del 100.0% (76) adolescentes con aborto incompleto, el 64,5% (49) procedieron de la zona urbana, de ellas el 35,5% (27) tuvieron regular nivel de conocimiento sobre misoprostol y el 19,7% (15) buen nivel de conocimiento ; asimismo, el 28,9% (22) fueron adolescentes con procedencia rural, de las cuales el 18,4%(14) tuvieron nivel de conocimiento deficiente y el 10,5% (08) conocimiento regular. Finalmente el 6,6%(05) fueron adolescentes procedentes de la zona urbano-marginal, de ellas 2,6%(02) tuvieron conocimiento regular y deficiente en ambos casos respectivamente sobre misoprostol.

Del análisis de la tabla se concluye que el 35,5% fueron adolescentes con

aborto incompleto procedentes de la zona urbana que tienen regular nivel de conocimiento sobre misoprostol.

Estos resultados al análisis estadístico Chi cuadrado se halló dependencia estadística ($P < 0.05$); lo cual indica que el nivel de conocimiento sobre misoprostol tiene asociación con la procedencia de las adolescentes con aborto incompleto.

Tal como se demuestra con estos resultados se puede inferir que las adolescentes que viven en la zona urbana (64,5%) tienen mayor acceso a las fuentes de información como es el internet, consulta con los profesionales de salud y de igual manera acudir a las boticas o farmacias que es el lugar donde adquieren el producto sin receta médica para el uso indebido que le están dando produciendo el aborto incompleto; por lo cual la mayoría tienen regular a buen nivel de conocimientos sobre el uso del misoprostol (55,2%)

TABLA 04

Nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en relación a la religión. Hospital Regional de Ayacucho, agosto – octubre 2016.

Religión	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Deficiente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Católica	14	18,4	30	39,5	16	21,1	60	78,9
Evangélica	02	2,6	06	7,9	03	3,9	11	14,5
Pentecostés	00	00	01	1,3	04	5,3	05	6,6
Total	16	21,1	37	48,7	23	30,3	76	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 6,564 \quad \chi_t^2 = 9,487 \quad \text{g. l.} = 4 \quad p > 0,05 \quad \text{NS}$$

La tabla 04 muestra el nivel de conocimiento sobre misoprostol en relación a la religión, donde se observa que del 100.0% (76) adolescentes con aborto incompleto, el 78,9% (60) profesan la religión católica, de ellas el 39,5% (30) tuvieron regular nivel de conocimiento sobre misoprostol y el 21,1% (16) deficiente nivel de conocimiento ; asimismo, el 14,5% (11) refieren tener la religión evangélica, de las cuales el 7,9%(06) tuvieron nivel de conocimiento regular y el 3,9% (03) conocimiento deficiente. Finalmente el 6,6%(05) fueron adolescentes con religión pentecostés, de ellas 5,3%(04) tuvieron conocimiento deficiente y 1,3%(01) conocimiento regular sobre misoprostol.

Del análisis de la tabla se concluye que el 39,5% fueron adolescentes con aborto incompleto que profesan la religión católica y tienen regular nivel

de conocimiento sobre misoprostol.

Estos resultados al análisis estadístico Chi cuadrado no se halló dependencia estadística ($P > 0.05$); lo cual indica que el nivel de conocimiento sobre misoprostol no tiene asociación con la religión de las adolescentes con aborto incompleto, es decir, independientemente de cualquier religión que profese la adolescente, el nivel de conocimiento puede ser bueno, regular o deficiente.

Como se puede observar con estos resultados, la gran mayoría de las adolescentes con aborto incompleto profesan la religión católica a pesar de existir una fuerte oposición al aborto por parte de la iglesia católica; sin embargo dentro de estos mismos grupos, hay quienes no están de acuerdo con las posiciones oficiales de la Iglesia, hoy en día la iglesia católica ha perdido bastante su presencia e influencia con las nuevas generaciones, principalmente con las adolescentes y jóvenes, por lo cual estarían sometiéndose a usar el misoprostol para interrumpir su embarazo muy a pesar de profesar la religión católica.

La iglesia Católica afirma y enseña oficialmente que la conciencia del individuo es suprema; por esto, si luego de examinar profundamente una situación de embarazo producto de una violación, o de tener un embarazo no deseado, lo cual es en la gran mayoría en las adolescentes, la mujer víctima decide que el acto de interrumpir el embarazo no deseado es lo mejor para ella, no comete un pecado.

TABLA 05

Nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en relación a la condición económica. Hospital Regional de Ayacucho, agosto – octubre 2016.

Condición económica	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Deficiente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja	04	5,3	13	17,1	18	23,7	35	46,1
Media	12	15,8	24	31,6	05	6,6	41	53,9
Total	16	21,1	37	48,7	23	30,3	76	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 14,233^{**}$$

$$\chi_{t=5,991}^2$$

g. l. = 2

p < 0.05

La tabla 05 representa el nivel de conocimiento sobre misoprostol en relación a la condición económica, donde se observa que del 100.0% (76) adolescentes con aborto incompleto, el 53,9% (41) fueron de condición económica media, de ellas el 31,6% (24) tuvieron regular nivel de conocimiento sobre misoprostol y el 15,8% (12) buen nivel de conocimiento ; por otro lado, el 46,1% (35) fueron adolescentes de baja condición económica, de las cuales el 23,7%(18) tuvieron nivel de conocimiento deficiente y el 17,1% (13) conocimiento regular sobre misoprostol.

Del análisis de la tabla se concluye que el 31,6% fueron adolescentes con aborto incompleto de condición económica media que tienen regular nivel de conocimiento sobre misoprostol.

Estos resultados al análisis estadístico Chi cuadrado se halló dependencia estadística ($P < 0.05$); lo cual indica que el nivel de conocimiento sobre misoprostol tiene asociación con la condición económica de las adolescentes con aborto incompleto.

En las adolescentes se menciona que una de las razones a la decisión de abortar se debe al factor económico; porque un hijo dificultaría su educación o su trabajo, las expectativas de superación y desarrollo personal se ven truncadas y se inicia el ciclo vicioso de la pobreza y desamparo para estas adolescentes. De igual manera el no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja, ser menor edad, ser solteras, tener un menor nivel educativo, menor nivel socioeconómico, deserción escolar, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, también coadyuvan esta situación de culminar en un aborto incompleto en estas adolescentes que en su mayoría tienen nivel de conocimientos regular en el uso del misoprostol.

TABLA 06

Nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en relación a la fuente de información. Hospital Regional de Ayacucho, agosto – octubre 2016.

Fuente de Información	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Deficiente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Profesional de Salud	00	00	07	9,2	05	6,6	12	15,8
Internet	00	00	19	25	02	2,6	21	27,6
Amigos	00	00	03	3,9	01	1,3	04	5,3
Todos	16	21,1	08	10,5	00	00	24	31,6
Ninguno	00	00	00	00	15	19,7	15	19,7
Total	16	21,1	37	48,7	23	30,3	76	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 86,368^{**}$$

$$\chi_t^2 = 15,507$$

g. l. = 8

p < 0.05

La tabla 06 muestra el nivel de conocimiento sobre misoprostol en relación a la fuente de información, donde se observa que del 100.0% (76) de adolescentes con aborto incompleto, el 31,6% (24) recibieron información de profesionales de salud, internet y amigos, de ellas el 21,1% (16) tuvieron buen nivel de conocimiento sobre misoprostol y el 10,5% (08) regular nivel de conocimiento ; por otro lado, el 27,6% (21) tuvieron como fuente de información al internet, de las cuales el 25%(19) tuvieron nivel de conocimiento regular y el 2,6% (02) conocimiento deficiente sobre misoprostol; asimismo el 19,7%(15) refieren no haber recibido de ninguna fuente de información sobre el misoprostol por lo cual todas tuvieron deficiente nivel de conocimientos.

Del análisis de la tabla se concluye que el 25% fueron adolescentes con aborto incompleto que tuvieron como fuente de información al internet y tienen regular nivel de conocimiento sobre misoprostol.

Estos resultados al análisis estadístico Chi cuadrado se halló dependencia estadística ($P < 0.05$); lo cual indica que el nivel de conocimiento sobre misoprostol tiene asociación con la fuente de información recibida por las adolescentes con aborto incompleto.

En la actualidad se vive la era del conocimiento en la cual los conocimientos han pasado de ser de un grupo privilegiado o de unos cuantos a masificarse en toda la población a través del internet, tal como se refleja en estos resultados, el 27,6% de adolescentes con aborto incompleto accedieron a la información sobre el uso del misoprostol en el Internet, por lo cual tienen un nivel de conocimiento regular; sin embargo los riesgos de ingerir estos fármacos sin consultar a un especialista pueden ser fatales. Todo fármaco tiene consecuencias, y éstos en particular que se venden de forma ilícita son mucho más riesgosos ya que no se sabe su procedencia, elaboración o componentes. Pero esto no es lo más grave, sino que cuando son usados estos fármacos que interrumpen el embarazo sin supervisión médica se puede poner en riesgo la vida de la adolescente, la que puede sufrir importantes complicaciones relacionadas a la salud reproductiva.

CONCLUSIONES

1. Del 100.0% (76) adolescentes con aborto incompleto, el 48,7% (37) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre el misoprostol, seguido del 30,3% (23) deficiente y sólo el 21,1% (16) buen nivel de conocimiento.
2. Las variables como nivel de instrucción secundaria (25%), procedencia urbana (35,5%), condición económica media (31,6%) y al internet como fuente de información (25%); son factores asociados estadísticamente significativo ($p < 0,05$) al nivel de conocimientos sobre misoprostol de las adolescentes con aborto incompleto.
3. Las variables como la edad y religión de las adolescentes con aborto incompleto no tienen relación estadísticamente significativo ($p > 0,05$) al nivel de conocimientos sobre misoprostol.

RECOMENDACIONES

1. La DIGEMID de la región de Ayacucho debe de fiscalizar el expendio del misoprostol en las boticas y farmacias de la localidad con receta médica retenida, a fin de evitar que las adolescentes embarazadas estén usando con fines abortivos y que culminen en un aborto incompleto, poniendo en riesgo su salud reproductiva.
2. Los profesionales de salud del Hospital Regional de Ayacucho deben de realizar difusión sobre el uso inadecuado del misoprostol, los riesgos y el potencial teratógeno que tiene este producto al ser ingerido durante el embarazo; además de conllevar a un aborto incompleto que es una situación de emergencia obstétrica.
3. Continuar realizando investigaciones a profundidad, multicéntricos, con otro grupo poblacional sobre el uso de misoprostol en los diferentes grupos etareos de las mujeres en edad fértil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. FLASOG federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología “uso de misoprostol en obstetricia y ginecología” 2013
2. BENITEZ-GUERRA, Gidder y DE CONNO ALAYA, Alfonso. Inducción del trabajo de parto con misoprostol oral y vaginal. RFM. [online]. jun. 2007, vol.30
3. MEDIZZINE portal hispano de medicina, medicamentos y plantas medicinales
<http://www.medizzine.com/pacientes/medicamentos/M/misoprostol.php>
4. COELHO “Información de Medicamentos para el Profesional Sanitario”. USP-DI 2da Edición Española. (2006)
5. DOBLADO DONIS, Norma y colaboradores “Aborto en la adolescencia” Revista cubana de obstetricia y ginecología (2010)
6. INEI: Embarazo adolescente en Perú
<http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582-inei>
7. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Nota descriptiva N° 364
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/> septiembre de 2014
8. MENDOZA PALOMINO, Sara “factores asociados al aborto incompleto por automedicación con misoprostol en adolescentes” (2007)
9. SANDOVAL, A.H. “Uso Inadecuado Del Misoprostol” (2005)
10. BARBERO pablo y colaboradores “Efecto teratogenico del misoprostol” Argentina 2011
11. Informe Salud para todos en el año 2000 “ La salud de los jóvenes: un desafío para la Sociedad Ginebra Organización Mundial de la Salud 1982
12. RUIZ PARRA, Ariel “El aborto” Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad Nacional de Colombia

13. "Uso del misoprostol para el tratamiento de aborto incompleto"
Guía introductoria. Estados Unidos 2009
14. Laboratorios Sanofi shynthelabo "misotrol".
<http://www.modna.com/public/mft/producto/p3758.htm>
15. Vademécum centro colaborador de la administración nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica – ANMAT – Argentina.
<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m050.htm>
16. "Real academia de la lengua española " Diccionario de la lengua española edición 23 – 2014
17. SANCHEZ RODRIGUEZ Guillermina y colaboradores
"Malformaciones congénitas asociados al misoprostol" MEXICO 2013
18. Metodología de la Investigación, 2^{da} edición McGRAW-HILL. (1998)
19. Fernández Pinedo, Ignacio. " Misoprostol como abortivo" Barcelona (2006).
20. Goldberg, Alisa B Greenberg. "Uso de Misoprostol para la interrupción del Embarazo en Adolescentes" Argentina. (2005-2006).

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

GUÍA DE ENCUESTA ESTRUCTURADA

Nº de ficha:.....FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Buenos días/tardes Señorita, estoy realizando el presente trabajo de investigación titulado “**Nivel de conocimiento del misoprostol en adolescentes con aborto incompleto en el Hospital Regional de Ayacucho Agosto – Octubre 2016.**” que tiene por finalidad recolectar datos e información acerca del tema propuesto que será en beneficio de la salud sexual y reproductiva del adolescente y será absolutamente confidencial. Se agradece por anticipado su gentil participación.

Desea participar: SI () NO ()

DATOS DE FILIACION:

1. **Edad:**.....

2. **Nivel de instrucción**

- a) Analfabeta
- b) Primaria incompleto
- c) Secundaria incompleto
- d) Superior incompleto

3. **Procedencia:**

- a) Rural
- b) Urbano marginal
- c) Urbano

4. **Religión:**

- a) Católica
- b) Cristiana
- c) Pentecostés
- d) Otros.

5. **¿Cuál es el ingreso económico mensual de tus padres?**

- a) Menor a 850 soles
- b) Entre 850 soles a 1700 soles
- c) Mayor a 1700 soles

ENCUESTA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MISOPROSTOL

1. **¿Qué es el misoprostol?**
.....
2. **¿Con que otro(s) nombre(s) se conoce el misoprostol?**
.....
3. **¿Para qué se utiliza el misoprostol?**
 - a) Es una pastilla abortiva
 - b) Induce al parto, tratamiento para úlceras gástricas
 - c) todos
4. **¿Qué puede producir el uso del misoprostol en el embarazo?**
 - a) produce aborto incompleto
 - b) produce dolor abdominal, produce hemorragia vaginal
 - c) todos
5. **¿De dónde se obtiene información sobre el uso del misoprostol como abortivo?**
 - a) Profesional de salud
 - b) Internet, amigos
 - e) todos
6. **¿Qué efectos puede ocasionar el misoprostol?**
 - a) Cólicos, escalofríos
 - b) náuseas y vómitos
 - c) todos
7. **¿El uso del misoprostol durante el embarazo produce malformaciones en el feto?**
.....
8. **¿Cuál es la cantidad de misoprostol que se utiliza como abortivo?**
.....
9. **¿En qué lugar puedes conseguir el misoprostol?**
.....

La calificación de las respuestas de la encuesta será:

- Bueno 13 a 18 puntos
- Regular 07 a 12 puntos
- Deficiente 00 a 06 puntos

Cada pregunta correcta se califica con 2 puntos.

Cada alternativa marcada de la pregunta 3 a la pregunta 6 se califica con 1 de puntaje, y si marca la alternativa (e) se califica con 2 puntos.