

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

“Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Inocente Duran, Advencia

ASESORA: Rivera Soto, Mauth Jakueline

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 62075829

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22719431

Grado/Título: Magister en salud pública y gestión sanitaria

Código ORCID: 0009-0008-1802-3717

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacio Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Castillo Ruiz, Verónica Del Pilar	Maestra en ciencias de salud con mención en: salud pública y docencia universitaria	18010634	0000-0003-0448-5255
3	Basilio Atencio, Rosa Nancy	Obstetriz	23003327	0000-0002-1739-3918



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **once con cero** horas del día **dos** del mes de **mayo** del año **dos mil veinticinco**, en el aula 102, edificio 2 de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS
- MG. VERONICA DEL PILAR CASTILLO RUIZ
- OBST. ROSA NANCY BASILIO ATENCIO

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 1081-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado: **"FACTORES ASOCIADOS Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO ESPONTÁNEO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2024"**, presentado por la Bachiller en Obstetricia Srta. **INOCENTE DURAN, Advencia**, para optar el Título Profesional de Obstetra.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola. **APROBADA**... por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **14**... y cualitativo de **SUFICIENTE**.

Siendo las, 12:00 horas del día **02** del mes de **mayo** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS

DNI: 22418566

ORCID 0000-0003-4163-8740

SECRETARIA

MG. VERONICA CASTILLO RUIZ

DNI: 18010634

ORCID 0000-0003-0448-5255

VOCAL

OBST. ROSA N. BASILIO ATENCIO

DNI: 23003327

ORCID 0000-0002-1739-3918



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ADVENCIA INOCENTE DURAN, de la investigación titulada "Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024", con asesor(a) MAUTH JAKUELLE RIVERA SOTO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1206-2022-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 22 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 18 de febrero de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

36. Inocente Duran Advencia.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	aprenderly.com Fuente de Internet	2%
2	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421

FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todas las gestantes del Hospital de Tingo María, cuyo valor y fortaleza han inspirado esta investigación. A mi familia, por su incondicional apoyo y amor, que me han motivado a alcanzar mis metas. A mis profesores y colegas, que me han guiado y alentado en este camino de aprendizaje. Espero que los hallazgos de este trabajo contribuyan a mejorar la atención y el bienestar de las mujeres en nuestra comunidad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mis profesores por su constante dedicación y apoyo sin reservas, quienes me ofrecieron la orientación que necesitaba a lo largo de todo el proceso. A mis compañeros de investigación, por compartir sus conocimientos y experiencias, enriqueciendo mi aprendizaje. A los profesionales del Hospital de Tingo María, quienes colaboraron en la recolección de datos y me brindaron su valiosa perspectiva. Y, por supuesto, a mi familia, cuyo amor y aliento constante me han impulsado a seguir adelante en esta travesía académica.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIII
CAPÍTULO I	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	17
1.3. OBJETIVOS	18
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	18
1.4.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	19
1.4.3. JUSTIFICACIÓN SOCIAL.....	19
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	24
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	27
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.2.1. CLASIFICACIÓN DEL ABORTO ESPONTÁNEO.....	30
2.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	32

2.2.3. FACTORES DEMOGRÁFICOS	34
2.2.4. FACTORES GINECOLÓGICOS	35
2.2.5. FACTORES OBSTÉTRICOS.....	36
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	45
2.4. HIPÓTESIS	46
2.5. VARIABLES.....	46
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	46
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	46
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
CAPÍTULO III	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	49
3.1.1. ENFOQUE	49
3.1.2. ALCANCE O NIVEL.....	49
3.1.3. DISEÑO	50
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
3.2.1. POBLACIÓN	50
3.2.2. MUESTRA	50
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	51
CAPÍTULO IV.....	52
RESULTADOS.....	52
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	52
4.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	52
4.1.2. FACTORES GINECOLÓGICOS	57
4.1.3. FACTORES OBSTÉTRICOS.....	63
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	69
CAPÍTULO V.....	71
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	71
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICOS	76
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	52
Tabla 2. Estado civil de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	53
Tabla 3. Grado de instrucción de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	54
Tabla 4. Lugar de Procedencia de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	55
Tabla 5. Ocupación de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	56
Tabla 6. Edad de inicio de las relaciones sexuales de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	57
Tabla 7. Enfermedades de transmisión sexual de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	58
Tabla 8. Infecciones del tracto urinario de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	59
Tabla 9. Enfermedades inflamatorias pélvicas de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	60
Tabla 10. La Diabetes de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	61
Tabla 11. Cesárea de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	62
Tabla 12. Edad gestacional de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	63
Tabla 13. Antecedente de aborto de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	64
Tabla 14. Antecedentes de amenaza de aborto de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	65
Tabla 15. Antecedentes de embarazos ectópicos de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	66
Tabla 16. Amenaza de aborto actual de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	67

Tabla 17. Antecedente de parto prematuro de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024 68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	52
Gráfico 2. Estado Civil de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	53
Gráfico 3. Grado de instrucción de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	54
Gráfico 4. Procedencia*Aborto espontáneo	55
Gráfico 5. Ocupación de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	56
Gráfico 6. Edad de inicio de las relaciones sexuales de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	57
Gráfico 7. Enfermedades de transmisión sexual de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	58
Gráfico 8. Infecciones del tracto urinario de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	59
Gráfico 9. Enfermedades inflamatorias pélvicas de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	60
Gráfico 10. Diabetes de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	61
Gráfico 11. Partos por cesárea de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	62
Gráfico 12. Edad gestacional de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	63
Gráfico 13. Antecedentes de abortos de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024.....	64
Gráfico 14. Antecedentes de amenazas de abortos de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	65
Gráfico 15. Antecedentes de embarazos ectópicos de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	66
Gráfico 16. Antecedentes de embarazos ectópicos de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024	67

Gráfico 17. Antecedentes de parto prematuro de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024 68

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María en 2024. Se empleó un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, y con una población de 41 mujeres con aborto espontáneo, se optó por la muestra censal, es decir se tuvo en cuenta a toda la población. Se aplicaron encuestas estructuradas como técnica de recolección de datos, utilizando un cuestionario como instrumento. Los resultados mostraron que los factores asociados influyen al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024. Entre los factores socio-demográficos, la edad de las gestantes, especialmente el grupo de 18 a 23 años, el estado civil, con predominancia de gestantes convivientes, y el nivel educativo, donde las gestantes con secundaria son las más afectadas, son los más relevantes. En cuanto a los factores ginecológicos, el inicio temprano de las relaciones sexuales a los 15 años y la ausencia de enfermedades de transmisión sexual son factores que contribuyen, mientras que las infecciones urinarias y la diabetes, aunque presentes, no son predominantes. Finalmente, en los factores obstétricos, la edad gestacional a más de 9 semanas y la ausencia de amenaza de aborto actual son claves en la ocurrencia del aborto espontáneo.

Palabras claves: Influencia, factores obstétricos, factores ginecológicos, salud materna, aborto espontáneo.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the associated factors and their influence on spontaneous abortion in pregnant women at Tingo María Hospital in 2024. A non-experimental design with a quantitative approach was used, and with a population of 41 women with spontaneous abortion, a census sample was chosen, that is, the entire population was considered. Structured surveys were applied as a data collection technique, using a questionnaire as an instrument. The results showed that associated factors influence spontaneous abortion in pregnant women at Tingo María Hospital, 2024. Among the socio-demographic factors, the age of the pregnant women, especially the 18 to 23 age group, marital status, with a predominance of cohabiting pregnant women, and educational level, where pregnant women with secondary education are the most affected, are the most relevant. Regarding gynecological factors, early initiation of sexual relations (at age 15) and the absence of sexually transmitted diseases are contributing factors, while urinary tract infections and diabetes, although present, are not predominant. Finally, among obstetric factors, a gestational age of more than 9 weeks and the absence of a current threat of miscarriage are key factors in the occurrence of spontaneous abortion.

Keywords: Influence, obstetric factors, gynecological factors, maternal health, miscarriage

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo representa una de las complicaciones más comunes durante el embarazo, afectando a una significativa proporción de gestantes a nivel mundial. Este fenómeno, que se define como la pérdida del feto antes de la semana 20 de gestación, tiene implicaciones no solo en la salud física de la mujer, sino también en su bienestar emocional y psicológico. En este contexto, es fundamental comprender los factores asociados que pueden influir en la ocurrencia de abortos espontáneos.

El presente estudio se centra en el Hospital de Tingo María, donde se ha observado una prevalencia de abortos espontáneos que requiere atención y análisis. Se busca identificar y analizar los factores sociodemográficos, ginecológicos y obstétricos que podrían estar relacionados con esta problemática. La identificación de estos factores es crucial para implementar estrategias de prevención y atención médica, así como para mejorar la salud materna y los resultados de los embarazos en esta región.

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, utilizando métodos estadísticos para analizar los datos obtenidos de gestantes que han experimentado abortos espontáneos. Se espera que los resultados no solo contribuyan al conocimiento académico en el área de salud reproductiva, sino que también proporcionen información valiosa para la práctica clínica y la formulación de políticas de salud dirigidas a mejorar la atención de las mujeres gestantes en el Hospital de Tingo María.

La presente investigación abarca los siguientes elementos:

En el primer capítulo, se aborda el Problema de investigación, incluyendo la descripción y formulación del problema, así como los objetivos del estudio.

En el segundo capítulo, se encuentra el Marco teórico, donde cada base y definición teórica es desarrollada exhaustivamente. Además, se detallan los aspectos operativos del estudio y se establecen las hipótesis.

El tercer capítulo expone la Metodología de la investigación, describiendo el nivel, tipo y diseño de estudio, así como los métodos y las técnicas con sus respectivos instrumentos que se emplearon.

El cuarto capítulo revela los resultados, mediante el análisis descriptivo, inferencial y la contrastación de hipótesis.

El quinto capítulo aborda la discusión de resultados. Finalmente, se muestra y explica cada conclusión y recomendación derivada de la investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la OMS, el aborto representa una problemática social que causa un aumento anual de 600.000 muertes maternas a nivel mundial, de las cuales el 90% ocurre en países en desarrollo debido a dificultades en el acceso a servicios de salud, siendo el aborto inseguro la modalidad más común. El aborto espontáneo es la perdida de embarazo antes de las 22 semanas de gestación. Entre el 20% y 30% de las mujeres embarazadas presentan sangrado durante las primeras 20 semanas de embarazo. La mitad de ellas experimentó un embarazo espontáneo. Así que, la tasa de aborto espontáneo en embarazos confirmados es de hasta un 20%. A lo largo del embarazo, esta tasa es probablemente mayor, ya que algunos abortos tempranos no son detectados (1)

Entre el 15 al 20% de embarazos tienen riesgo de un aborto espontáneo, aproximadamente de estos el 10% concluyen en aborto espontáneo, pero las cifras planteadas subestimarían lo que es la magnitud del aborto espontáneo, pues existe un número considerable de abortos espontáneos que ocurren incluso sin que la mujer conozca que está gestando y confunde esto con la menstruación.(2)

Asimismo, diversos estudios, a nivel global, se registran entre 46 y 42 millones de abortos cada año, lo que representa entre el 20% y el 22% de los 210 millones de gestaciones anuales en todo el mundo. De estos, aproximadamente 19 millones son abortos realizados en condiciones de alta inseguridad.(3)

Otros estudios han demostrado que las tasas del aborto en Europa y América del Norte fueron menores al promedio entre 2015 y 2019, con 17 casos por cada 1.000 mujeres. Por otro lado, en Asia Occidental y el norte de África, la tasa de aborto es la más alta, alcanzando 53 casos por cada mil mujeres. En América Latina, la tasa es de 32 casos por cada mil mujeres, y

solo uno de cada cuatro abortos es realizado por profesionales en instalaciones adecuadas. Es común que las mujeres recurran a lugares clandestinos para llevar a cabo el procedimiento. En el Perú, una encuesta realizada a cabo por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos reveló que el 19% de las mujeres embarazadas admitieron haber abortado en alguna ocasión. Además, el 42% de ellas no acudió a un profesional de la salud para realizar el aborto. (4)

En Perú, se estima que alrededor de un millón de mujeres embarazadas son atendidas anualmente, de las cuales un tercio termina en aborto. Al comparar esta tasa con otros países de Latinoamérica, nuestra región ocupa el primer puesto en cuanto a abortos, seguida por Brasil y Argentina. Además, los abortos no solo resultan en muertes, sino que también hay pacientes que fallecen debido a complicaciones del aborto. Asimismo, entre 10 y 15 mujeres pierden la capacidad de tener hijos debido a las consecuencias de este procedimiento.(6)

Sánchez J. (Perú) en su estudio, encontró que 71% de las mujeres que experimentaron un aborto tenían entre 20 y 39 años de edad, el 64% eran solteras, el 66% contaban con la secundaria completa, el 60% eran amas de casa, el 59% eran primigestas, el 41% multigestas, y el 40% había tenido abortos previos, mientras que el 59% de las mujeres que abortaron por primera vez se encontraron en este grupo. (5)

Hablar de la etiología del aborto espontáneo resulta complejo, ya que en muchos casos no se puede identificar con claridad un agente causal específico. En lugar de referirse únicamente a factores de riesgo o causas etiológicas, es más apropiado hablar de factores asociados con un proceso cuyo origen sigue siendo desconocido en una gran parte de los casos. A lo largo de la investigación, se han propuesto numerosos factores como posibles causas del aborto espontáneo, pero la mayoría de ellos no han sido confirmados de manera concluyente. Esto refleja la dificultad de establecer un vínculo directo entre estos factores y la ocurrencia del aborto, lo que subraya la necesidad de más estudios para entender las complejidades de este fenómeno.(4)

Según el Boletín Epidemiológico (2018), refiere que el aborto está considerado como la tercera causa de muertes maternas y es la primera causa de hospitalización de las adolescentes. A nivel nacional y en especial en la región de la selva se encuentra un incremento, debido a la alta tasa de promiscuidad que se evidencia en la zona.(7)

Por lo que en el Hospital de Tingo María, no es ajeno a este problema de salud, por lo tanto, teniendo en cuenta esta problemática y los riesgos que acarrea un aborto ya sea espontáneo o realizado de forma intencional, estos van a afectar negativamente la salud de las mujeres, poniéndolas más en riesgo al no asistir de manera oportuna a un centro médico, es así que la presente investigación tendrá un aporte positivo al dar a conocer que existen factores relacionados al aborto espontáneo y la forma de prevenirlo para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres gestantes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

Por todo lo planteado, se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024?

¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024?

¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores asociados y su influencia al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los factores sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

Establecer los factores ginecológicos asociados al aborto espontáneo en mujeres gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

Identificar los factores obstétricos asociados al aborto espontáneo en mujeres gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El estudio tiene el propósito de ser un aporte al conocimiento existente generando reflexión y discusión, si bien es cierto que existen múltiples los factores que se relacionan al aborto espontáneo, se desea que los resultados obtenidos, brinden una mayor comprensión sobre aquellos factores o causas específicas relacionadas con esta patología.

Práctica: la investigación permitió a los profesionales de la salud, especialmente al personal de ginecología y obstetras, desarrollar medidas preventivas y estrategias para disminuir las altas tasas de incidencia y prevalencia de esta patología, debido a que se contribuyó con nuevos conocimientos sobre el aborto espontáneo, proporcionando una comprensión más profunda de esta patología que afecta a las mujeres en edad fértil, lo que beneficia a la población gestante al ofrecer una mejor perspectiva sobre la condición.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El diseño y las técnicas validadas y fiables, utilizadas en el presente estudio, permitió identificar a los factores asociados con el aborto espontáneo. El tener conocimiento de esto, permitió de este modo, ser un instrumento para futuras investigaciones relacionadas al tema.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El aborto constituye un desafío social y un problema de salud pública que impacta principalmente a las mujeres embarazadas, afectando especialmente a países en desarrollo, por lo que el estudio permitió disminuir este problema, evitando la morbimortalidad en las mujeres gestantes, conociendo los factores que producen el aborto espontáneo.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser un tema de afección tanto física como psicológica para la gestante, una limitante fue la aceptación por parte de estas, a participar en la investigación.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Existe viabilidad teórica porque se cuenta con acceso a material bibliográfico.

Asimismo, se cuenta con el recurso humano suficiente para la obtención de la muestra y los datos necesarios.

La investigación tuvo un tiempo real de seis meses (2024) y fue autofinanciada por la propia investigadora.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Managua (2020) Franco E. en su estudio titulado Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonienta Bendaña, Santa Lucía-Boaco. Objetivo: determinar los factores asociados a este tipo de pérdida gestacional. Metodología: fue una investigación de diseño no experimental, de tipo cuantitativa, de alcance transversal, descriptivo, se llevó a cabo un estudio en pacientes con aborto, en el cual se realizó una revisión de 40 expedientes clínicos. Resultados: En cuanto a la procedencia, la mayoría provenía de zonas rurales (72,5%). La mayor prevalencia se controla en mujeres de 25 a 29 años (27,5%). Se encontró una prevalencia de obesidad clase I (22,5%) y bajo peso (27,5%). El 77,5% de las mujeres vivían en unión libre y el 92,5% eran amas de casa. Un 30% de los participantes tenía estudios de bachillerato y no se documentaron hábitos tóxicos. También se reportó un 5% de casos de hipertensión arterial crónica y un 2.5% de diabetes mellitus tipo 2. En términos de infecciones, el 42.5% presentó infecciones de vías urinarias y el 27.5% vaginosis. Un 30% de las mujeres experimentaron falla en algún método anticonceptivo. La mayoría de los pacientes (80%) fueron considerados elegibles para aborto completo. En cuanto a paridad, el 35% eran nulíparas, y sólo un 5% tenía antecedentes de aborto Conclusión: que el aborto tiene un impacto significativo en la adultez joven, destaca la procedencia rural. (8)

En Granma-Cuba (2020) Rodríguez B., De los Ríos P., Gonzales R., Quintana B. y Sánchez R. en su estudio titulado Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Objetivo: determinar algunos aspectos epidemiológicos del aborto

espontáneo y disminuir su incidencia. Metodología: El estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque transversal, observacional, prospectivo y descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 109 mujeres que presentaron aborto espontáneo, seleccionadas de un total de 342 personas remitidas por esta misma causa. Resultados: Se identificó que la edad media de las 88 gestantes con antecedentes de parto fue de 27 años, de las cuales el 40.84% presentó partos vaginales sin complicaciones. En cuanto a las 111 mujeres con historial de aborto, el 29.74% experimentó interrupciones espontáneas del embarazo. El síntoma más recurrente fue el sangrado transvaginal, manifestado en el 79.81% de los casos. La mayor parte de los abortos espontáneos ocurrió durante el primer trimestre de gestación, con una edad promedio de 9.3 semanas en el momento del suceso. Entre los factores de riesgo más frecuentes se identificaron el consumo de café (62.39%) y antecedentes de aborto (44.04%). Conclusión: El consumo de cafeína, el tabaquismo y el aborto espontáneo temprano fueron factores de riesgo comunes entre los pacientes del estudio. (9)

En Estados Unidos (2022) Wesselink K. y Willis K. en su estudio titulado Ingesta de alimentos en proteínas y riesgo de aborto espontáneo, un estudio de corte prospectivo. Objetivo: Cada vez se reconoce más que la calidad de la dieta es importante para la capacidad reproductiva humana. Estudiamos la asociación entre la ingesta de alimentos ricos en proteínas y el riesgo de aborto espontáneo. Metodología: Durante el período 2013-2020, reclutamos a planificadores de embarazo de Estados Unidos y Canadá (Pregnancy Study Online; PRESTO) y Dinamarca (SnartForaeldre.dk). Los participantes completaron un cuestionario de referencia y un cuestionario validado de frecuencia de alimentos específico para la cohorte. Estimamos la ingesta previa a la concepción de carne roja, aves, carne procesada, mariscos, huevos, proteínas de origen vegetal y lácteos a partir de alimentos individuales y recetas mixtas. Incluimos 4246 participantes de PRESTO y 2953 de SF que informaron un embarazo durante el estudio. Los datos se derivaron de cuestionarios y registros de población. Utilizamos la

regresión de riesgos proporcionales de Cox para estimar los intervalos de confianza del 95% y los cocientes de riesgo, que representan el efecto de sustituir un tipo de alimento rico en proteínas por otro. Resultado: El riesgo de SAB fue del 23% en PRESTO y del 16% en SF. En PRESTO, la sustitución de mariscos por otros alimentos ricos en proteínas se asoció con un mayor riesgo de SAB [por ejemplo, el HR para reemplazar 100 g de mariscos/semana por 100 g de carne roja fue de 1,10 (IC del 95%: 1,00, 1,20)]. Por el contrario, en SF, la sustitución de mariscos por otros alimentos ricos en proteínas se asoció con un menor riesgo de SAB [el HR para reemplazar 100 g de mariscos/semana por 100 g de carne roja fue de 0,89 (IC del 95%: 0,82, 0,98)]. Otras sustituciones de alimentos ricos en proteínas no se asociaron significativamente con el riesgo de SAB. Conclusión: La ingesta preconcepcional de alimentos ricos en proteínas no estuvo en gran medida relacionada con el riesgo de SAB, con la excepción de los mariscos, que se asociaron con un mayor riesgo de SAB en Dinamarca, pero con un menor riesgo en América del Norte.(12)

En China (2024) Yang X., Mu F., Zhang J., Yuan L., Zhang W. y Yang Y. realizaron un estudio titulado Factores reproductivos y resultados posteriores del embarazo en pacientes con pérdida de embarazo previa. En la actualidad, se pueden realizar intervenciones individualizadas a pacientes con una etiología clara de pérdida del embarazo para mejorar los resultados del embarazo posterior, pero no se puede cambiar el estado reproductivo actual de la paciente. Objetivo: Investigar la asociación entre el estado reproductivo femenino y el resultado del embarazo posterior en pacientes con pérdida del embarazo previa Metodología: Se llevó a cabo un estudio de cohorte poblacional dinámico y prospectivo en el Segundo Hospital de la Universidad de Lanzhou. Desde septiembre de 2019 hasta febrero de 2022, se inscribieron un total de 1955 mujeres con al menos una pérdida del embarazo previa. El estado reproductivo materno y los resultados reproductivos posteriores se registraron a través de un sistema de registro médico electrónico y seguimiento. Se utilizó la regresión logística

para evaluar la asociación entre el estado reproductivo y el riesgo de resultados reproductivos posteriores. Resultado: Entre la totalidad de los pacientes analizados, se registraron tasas de infertilidad posterior del 20.82%, pérdida gestacional temprana del 24.33%, pérdida gestacional tardía del 1.69% y nacidos vivos en un 50.77%. A través del modelo de regresión logística, se identificó que tanto la edad (OR: 1.08; IC 95%: 1.04-1.13) como los antecedentes de parto por cesárea (OR: 2.46; IC 95%: 1.27-4.76) representaban factores de riesgo asociados a la infertilidad posterior en mujeres con antecedentes de pérdida del embarazo. Asimismo, el riesgo de nacimiento no vivo estuvo vinculado con la edad materna (OR: 1.06; IC 95%: 1.03-1.10), la edad al primer embarazo (OR: 1.06; IC 95%: 1.03-1.10), el índice de masa corporal (OR: 1.06; IC 95%: 1.02-1.11), el número de partos previos (OR: 1,18; IC 95%: 1,04-1,57) y la ausencia de intervenciones previas a la gestación (OR: 1,77; IC 95%: 1,35-2,24). Finalmente, entre los factores de riesgo que incrementaron la probabilidad de pérdida del embarazo se encontraron la edad materna (OR: 1.06; IC 95%: 1.03-1.09), la edad en la primera gestación (OR: 1.06; IC 95%: 1.02-1.09), el índice de masa corporal (OR: 1.07; IC 95%: 1.02-1.11), el historial de pérdidas gestacionales previas (OR: 1,15; IC 95%: 1,02-1,31) y la falta de intervención médica antes del embarazo (OR: 2,16; IC 95%: 1,65-2,84). Conclusión: El estado reproductivo de las personas con pérdida de embarazo previo está fuertemente correlacionado con el resultado de embarazos subsecuentes. La intervención pre gestacional activa puede mejorar los resultados de embarazos subsecuentes. (10)

En Canadá (2024) Jenifer Y. en su estudio titulado Modelos predictivos de aborto espontáneo a partir de datos de un estudio de cohorte preconcepcional. Objetivo: Utilizar datos autoinformados previos a la concepción para derivar modelos que predigan el riesgo de aborto espontáneo. Metodología: Estudio prospectivo preconcepcional. Resultado: De las 8.720 mujeres que lograron concebir, un 20,4% reportó haber experimentado un aborto espontáneo. En los análisis multivariados, los principales factores asociados a la ocurrencia de

aborte espontáneo fueron la edad materna, los antecedentes previos de aborto espontáneo y la edad del padre. En cuanto a la precisión predictiva, la puntuación F1 ponderada osciló entre el 73% y el 89% en los modelos estáticos, mientras que el índice de concordancia en los modelos de supervivencia se situó entre el 53% y el 56%, lo que sugiere una mayor capacidad discriminativa de los modelos estáticos en comparación con los de supervivencia. Además, no se identifican diferencias significativas entre los grupos con y sin antecedentes de aborto espontáneo ni en los modelos limitados a embarazos de ocho semanas. Conclusión: Los resultados obtenidos indican que prever un aborto espontáneo se basan únicamente en las condiciones de vida antes de la concepción resulta complejo. Además, se identificó que la edad materna avanzada y la presencia de abortos espontáneos previos constituyen los principales factores asociados a la ocurrencia de un nuevo evento de este tipo. (11)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Lima (2020), Maravi R. en su estudio titulado Factores de riesgo asociados a abortos espontáneos en mujeres a partir de los 35 años de edad. Objetivo: de determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a abortos espontáneos en mujeres a partir de los 35 años de edad, metodología: fue un estudio observacional, retrospectivo, analítico tipo caso- control; en el cual se incluyeron 86 casos y 86 controles. El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico. Resultado: En la población estudiada fue de 40 años. Al analizar los grupos, se observará que aquellos que experimentaron aborto espontáneo presentaron una mediana de 41 años, mientras que en quienes no lo sufrieron, la mediana fue de 37 años. Dentro de los factores de riesgo independientes identificados, se encontraron la paridad, con una razón de probabilidades ajustada de 1.79 (IC 95%: 1.10 - 2.92), la edad materna, con una razón de probabilidades ajustada de 2.32 (IC 95%: 1.72 - 3.13), el antecedente de aborto espontáneo, con una razón de probabilidades ajustada de 3.83 (IC 95%: 1.40 - 10.45), la historia de cirugía uterina previa, con una razón de probabilidades

ajustada de 1.87 (IC 95%: 0.71 - 4.94), y el índice de masa corporal, con una razón de probabilidades ajustada de 1.31 (IC 95%: 1.10 - 1.57). Conclusión: Se identificó una relación significativa entre la ocurrencia de aborto espontáneo y factores como la paridad, la edad materna, los antecedentes de aborto, la historia de cirugía uterina previa y el índice de masa corporal.(13)

En Lima (2020), Bendezú G. en su estudio titulado Factores asociados al Aborto Espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales. Objetivo: determinar los factores asociados al aborto espontáneo. Metodología: el estudio un analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles y transversal, donde incluyó a 180 mujeres con abortos espontáneos, considerados en los casos y lo mismo en los controles. Resultados: Se identificó que entre los factores demográficos relacionados con el aborto espontáneo destacan la edad menor de 20 años ($OR=4.667$; IC 95%: 2.374-9.174) y un nivel educativo de secundaria o inferior ($OR=6.392$; IC 95%: 3.915-10.437). En cuanto a los factores ginecológicos, se encontró que la presencia de una infección de transmisión sexual ($OR=12.669$; IC 95%: 5.601-28.656) y el inicio de la vida sexual antes de los 18 años ($OR=3.461$; IC 95%: 2.232-5.368) incrementaban el riesgo de aborto espontáneo. Asimismo, dentro de los factores obstétricos, los antecedentes de aborto previo ($OR=5.303$; IC 95%: 3.382-8.314) y la presencia de amenaza de aborto ($OR=9.370$; IC 95%: 5.739-15.297) mostraron una asociación significativa con la ocurrencia de aborto espontáneo. Conclusión: Los factores relacionados con la ocurrencia de aborto espontáneo incluyen aspectos demográficos como la edad materna y el nivel educativo. En el ámbito ginecológico, la presencia de infecciones de transmisión sexual y la edad temprana de inicio de la vida sexual se identifican como factores asociados. Por otro lado, dentro de los factores obstétricos, el antecedente de aborto previo y la amenaza de aborto mostraron una relación significativa con la presencia de aborto espontáneo. (14)

En Cajamarca (2022) Chomba V. con su estudio titulado Factores relacionados al aborto espontáneo en gestantes adolescentes en el Hospital General de Jaén, Cajamarca 2021. Objetivo: Determinar los factores relacionados al aborto espontáneo en gestantes. Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en 47 casos de aborto ocurridos en adolescentes gestantes. Resultados: Se identificó que la edad más común entre las adolescentes gestantes que experimentaron un aborto fue de 15 años (28%) y 14 años (26%). Asimismo, se observó que la mayoría de los abortos ocurrieron durante el primer trimestre de gestación (96%). Además, se encontró que un alto porcentaje de las adolescentes que sufrieron un aborto (40%) había iniciado su vida sexual de manera temprana, a los 13 años. El índice de masa corporal no influye en el aborto de gestantes adolescentes, ya que el (81%) presentó un índice de masa corporal normal. El 43% de las adolescentes gestantes que experimentaron un aborto presentaron infecciones del tracto urinario como la principal patología asociada. El tipo de aborto más frecuente en este grupo fue el aborto incompleto, representando el 53% de los casos. Además, la mayoría de las gestantes adolescentes (85%) indicaron no haber tenido antecedentes de abortos previos. Se evidencia una alta prevalencia de la falta de uso de métodos anticonceptivos (83%) entre las adolescentes que sufrieron un aborto. Por otro lado, la complicación más común fue la hemorragia, presente en el 47% de los casos. Conclusión: En las gestantes adolescentes los factores asociados al aborto espontáneo incluyen una edad materna de entre 14 y 15 años, una gestación en el primer trimestre, el inicio temprano de la vida sexual y la mayor prevalencia del aborto incompleto como tipo más frecuente. Asimismo, la complicación más común identificada fue la hemorragia.(16)

En Andahuaylas (2024), Cceñua R. en su estudio titulado Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022. Tiene como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera,

2021-2022. Metodología: Se realizó un estudio observacional de tipo retrospectivo, analítico y transversal, en el que participaron 70 mujeres que experimentaron aborto espontáneo en un período de dos años. De esta población, se seleccionaron 60 casos correspondientes a gestantes que sufrieron aborto espontáneo y 60 controles conformados por gestantes que no presentaron esta condición. Resultados: Se identificó que entre los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo se encontraban la edad superior a 34 años ($OR=3.3$; IC 95%: 1.4-6.5), el estado civil de convivencia ($OR=3.9$; IC 95%: 2.0-7.5) y el nivel educativo secundario ($OR=1.7$; IC 95%: 1.1-2.6). En cuanto a los factores gineco-obstétricos, se destacó la presencia de abortos previos ($OR=3.7$; IC 95%: 1.5-9.3), la multiparidad ($OR=4.3$; IC 95%: 2.3-9.9), la ausencia de control prenatal ($OR=3.3$; IC 95%: 3.3-5.9) y una edad gestacional igual o inferior a 12 semanas. ($OR=5.9$; IC 95%: 2.6-13.0). Por otro lado, dentro de los factores de riesgo patológico, el sobrepeso según el índice de masa corporal ($OR=1.7$; IC 95%: 0.3-3.0) y la presencia de infección del tracto urinario ($OR=3.5$; IC 95%: 1.4-8.7) mostraron una relación con la ocurrencia de aborto espontáneo. Conclusión: Los factores de riesgo gineco obstétricos, sociodemográficos y patológicos se relacionan significativamente con el aborto espontáneo. (15)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En Huánuco (2020) Palma L., Luyó M., Cárdenas S., Borneo C. y Díaz L. realizaron un estudio titulado Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari. Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y clínicos del aborto recurrente. Metodología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional y relacional. La muestra estuvo conformada por 572 mujeres diagnosticadas con aborto y atendidas entre octubre de 2018 y diciembre de 2020. La recolección de datos se realizó mediante el análisis documental. Resultados: Se incluyó un total de 572 mujeres de las cuales el 45.3% (259) pertenecía al grupo etario de 18 a 29 años, el 56.5% (323) eran amas de casa y el 64.9% (371) vivían en unión libre.

Además, al 92,3% de los pacientes se les practicaba un legrado. En cuanto a las características clínicas, el 45.8% presentó más de tres gestaciones, mientras que el 21% y el 22.4% tuvieron anemia posterior al procedimiento e infección urinaria previa, respectivamente. La frecuencia de aborto recurrente fue del 32%. Los factores que mostraron una mayor asociación con la recurrencia del aborto fueron la adolescencia ($p = 0.000$), ser ama de casa ($p = 0.000$), estado civil soltera ($p = 0.000$), haber tenido dos o más gestaciones ($p = 0.000$), haber recibido una transfusión sanguínea ($p = 0.001$), presentar anemia antes del procedimiento ($p = 0.010$) y anemia posterior al procedimiento ($p = 0.034$). Conclusión: Se encontró una relación significativa entre el aborto recurrente y factores como la adolescencia, el estado civil de soltería, el rol de ama de casa, la necesidad de transfusión sanguínea, el antecedente de dos o más gestaciones, así como la presencia de anemia tanto antes como después del procedimiento.(17)

2.2. BASES TEÓRICAS

El término aborto proviene del latín *aboriri*, que significa "abortar" o "fracasar en nacer". Se define como la interrupción del embarazo, ya sea de manera espontánea o inducida, antes de que el feto alcance la viabilidad, es decir, la capacidad de sobrevivir fuera del útero materno. Según los parámetros médicos, esta viabilidad suele situarse alrededor de las 22 a 24 semanas de gestación. Sin embargo, en el uso común, el término aborto se emplea con mayor frecuencia para referirse a la interrupción inducida del embarazo, ya sea por decisión personal, indicación médica o razones legales, diferenciándose así del aborto espontáneo, que ocurre de manera natural debido a diversas causas, como anomalías genéticas, infecciones o problemas en la implantación del embrión.(18)

Según Williams. El aborto se define como la interrupción de un embarazo ya sea natural o inducido, antes de que el feto sea viable. El aborto ampliamente utilizado por los secularistas, se refiere a la interrupción intencional de un embarazo. Alrededor de 80% de los bortos

ocurren en las primeras 12 semanas debido a una hemorragia en la decidua subyacente, que causa necrosis del tejido adyacente.

De acuerdo a las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología (Lima, 2018), el aborto se define como la finalización del embarazo, ya sea de manera espontánea o inducida, antes de las 22 semanas de gestación, contadas a partir del primer día de la última menstruación normal. Esta definición, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), también considera que el producto de la gestación en esta etapa suele tener un peso aproximado de 500 gramos y una longitud de alrededor de 25 cm.

Clasificación clínica:

El aborto puede clasificarse según distintos criterios clínicos, los cuales permiten diferenciar su origen, momento de ocurrencia y circunstancias.

a) Segundo la edad gestacional

Esta clasificación se basa en el momento del embarazo en que ocurre la interrupción:

Aborto temprano: Se produce cuando la gestación es inferior a 9 semanas, es decir, en el primer trimestre del embarazo.

Aborto tardío: Ocurre cuando la edad gestacional es superior a 9 semanas, pero antes de alcanzar las 22 semanas de gestación.

b) Segundo la forma de presentación

Dependiendo de su origen y la causa que lo desencadena, el aborto puede ser:

Espontáneo: Sigue de manera natural sin intervención externa, generalmente debido a anomalías cromosómicas, problemas hormonales, infecciones o condiciones médicas de la madre.

Inducido: Se refiere a la interrupción deliberada del embarazo por decisión médica o personal. En Perú, este tipo de aborto no está permitido por la legislación vigente y su práctica está sancionada por el Código Penal, penalizando tanto a quienes lo realizan como a quienes lo solicitan.

c) Aborto Terapéutico

Este tipo de aborto se lleva a cabo cuando la continuación del embarazo representa un riesgo grave para la vida o la salud de la madre. En estos casos, la interrupción es permitida dentro del marco legal y se realiza bajo supervisión médica para preservar el bienestar materno.(19)

2.2.1. CLASIFICACIÓN DEL ABORTO ESPONTÁNEO

Aborto en curso: Se manifiesta con un incremento en la intensidad del dolor pélvico y un sangrado genital más abundante. Durante la evaluación ginecológica, se observa que el orificio cervical interno permanece abierto y las membranas continúan íntegras. Sin embargo, a medida que la actividad uterina se intensifica y los cambios en el cuello uterino progresan, con mayor dilatación y borramiento, las membranas terminan por romperse, lo que conduce a un aborto inevitable

Aborto retenido: Se produce cuando el embrión o feto cae dentro del útero o se separa de la cavidad endometrial, pero sin que se produzca la expulsión de los restos ovulares de manera espontánea. En estos casos, la mujer puede no presentar síntomas evidentes de pérdida gestacional, aunque en algunos casos pueden manifestarse ligeros sangrados o ausencia de los signos habituales de embarazo. El diagnóstico se confirma mediante ecografía, donde se evidencia la ausencia de latidos cardíacos fetales o la detención del crecimiento embrionario en relación con la edad gestacional. Si no se produce la expulsión natural, se requiere intervención médica para evacuar el contenido uterino y prevenir complicaciones como infecciones o alteraciones en la coagulación.

Aborto frustró: Ocurre cuando un embrión o feto inmaduro cae dentro del útero materno, pero no es expulsado de manera inmediata, pudiendo permanecer retenido hasta por ocho semanas. En estos casos, el útero comienza a reducir su tamaño, mientras que los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen por completo. El diagnóstico se confirma mediante ecografía, donde se evidencia la ausencia de actividad cardíaca fetal y la interrupción del desarrollo

gestacional. Este proceso, también conocido como aborto retenido prolongado, implica la permanencia del embrión o feto sin vida en la cavidad uterina por un período de al menos cuatro semanas, lo que puede conllevar riesgos como alteraciones en la coagulación o infecciones, requiriendo intervención médica para su manejo adecuado.

Aborto incompleto: Se produce cuando la expulsión del embrión o del tejido trofoblástico ocurre de manera parcial, quedando restos ovulares dentro del útero. Este tipo de aborto suele acompañarse de un sangrado vaginal persistente, que puede ser abundante, y dolor abdominal tipo cólico. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante exploración ginecológica y estudios de imagen, siendo necesario un tratamiento médico o quirúrgico para evacuar completamente el contenido uterino y prevenir complicaciones como infecciones o hemorragias.(20)

Aborto completo: Se caracteriza por la expulsión total del embrión o feto junto con todas las membranas ovulares y el resto del contenido uterino, sin que queden tejidos retenidos en la cavidad endometrial. Este tipo de aborto suele ocurrir en las primeras semanas del embarazo y se acompaña de una disminución progresiva del sangrado y del dolor abdominal tras la expulsión. En la evaluación ginecológica, se observa un útero contraído y un orificio cervical cerrado o en proceso de cierre

La mayor parte de los abortos espontáneos suceden en las primeras etapas del embarazo, con un 80% ocurriendo dentro de las primeras 12 semanas de gestación, mientras que el 20% restante se presenta entre la semana 12 y la 22. El aborto recurrente afecta aproximadamente al 1% de todas las mujeres. En el caso de las adolescentes, la incidencia varía entre el 10% y el 12%, mientras que, en mujeres mayores de 40 años, el riesgo se incrementa entre cuatro y cinco veces.

Etiología: El aborto espontáneo puede ser provocado por una variedad de factores, tanto de origen fetal como materno (19) o incluso

paterno, que generan alteraciones en el desarrollo embrionario y conducen a la pérdida de la gestación. Entre las principales causas, las anomalías cromosómicas representan un porcentaje significativo, estando presentes en aproximadamente la mitad o hasta en dos tercios de los casos reportados. Estas alteraciones genéticas suelen producirse por errores en la división celular, desequilibrios en el número de cromosomas (como trisomías o monosomías) o defectos estructurales en el ADN del embrión (21) (22).

2.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Los factores de riesgo asociados a la mortalidad tras un aborto incluyen una gestación en etapas avanzadas, la edad de la madre y el procedimiento empleado para la interrupción del embarazo.

a. Factores fetales o cromosómicos: Uno de los principales hallazgos morfológicos en los abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto, lo que impide su viabilidad y adecuado progreso dentro del útero materno. Las anomalías cromosómicas representan una causa frecuente de pérdida gestacional y pueden clasificarse en diferentes tipos:

- Aborto Aneuploide: Se debe a una alteración en el número de cromosomas, como en el caso de trisomías o monosomías, que afectan el desarrollo embrionario y conducen a la interrupción del embarazo.
- Tetraploidia: Ocurre cuando el embrión posee un número de cromosomas cuatro veces mayor al normal, lo que resulta en una condición incompatible con la vida.
- Aborto Euploidia: En este caso, el embrión presenta un número cromosómico normal, pero pueden existir otras alteraciones genéticas o estructurales que desencadenan el aborto. Generalmente, los abortos en embarazos con cariotipo normal ocurren en etapas más avanzadas de la gestación.

b. Factores maternos: Diversos factores maternos pueden contribuir a la ocurrencia de aborto espontáneo, afectando el desarrollo embrionario y la viabilidad del embarazo. Entre ellos se incluyen:

- Infecciones: Patógenos como *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* pueden provocar infecciones que alteran el ambiente intrauterino, comprometiendo la gestación.
- Enfermedades crónicas: Condiciones como tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de pérdida gestacional debido a su impacto en la salud materna y la función placentaria.
- Trastornos endocrinos: Patologías como diabetes mellitus, insuficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico e hipotiroidismo pueden generar desequilibrios hormonales que dificultan la implantación y el mantenimiento del embarazo.
- Deficiencias nutricionales: Una desnutrición severa puede incrementar la probabilidad de aborto espontáneo al afectar el desarrollo fetal y la disponibilidad de nutrientes esenciales para la gestación.
- Alteraciones uterinas: Anomalías como sinequias (adherencias intrauterinas) y leiomiomas (tumores benignos del útero) pueden interferir con la implantación del embrión y el adecuado crecimiento del feto.
- Insuficiencia cervical: La debilidad del cuello uterino puede provocar la incapacidad de retener el embarazo, lo que lleva a pérdidas gestacionales recurrentes, especialmente en el segundo trimestre.
- Factores traumáticos: Golpes, accidentes o procedimientos invasivos pueden desencadenar contracciones uterinas o desprendimiento del embrión, contribuyendo a la interrupción del embarazo.

c. Factores inmunológicos: Las alteraciones en la respuesta inmune materna pueden afectar la tolerancia del sistema inmunológico al feto, generando un rechazo que puede derivar en la pérdida del embarazo.

d. Factores ambientales: Diversos elementos del entorno pueden influir negativamente en la viabilidad embrionaria y aumentar el riesgo de aborto espontáneo, entre ellos:

- El tabaquismo y el alcoholismo: Estas sustancias tienen efectos embriotóxicos, ya que pueden interferir en el desarrollo fetal, comprometer la oxigenación y aumentar la probabilidad de anomalías en el embarazo.
- Radiación: La radiación ionizante en niveles elevados puede causar daño celular en el embrión, afectando su desarrollo y favoreciendo la interrupción del embarazo.

e. Factores paternos: las características genéticas del padre pueden influir en la viabilidad del embrión y en la evolución del embarazo. Entre los factores más relevantes se encuentran:

- Alteraciones genéticas: Mutaciones o anomalías cromosómicas en el esperma pueden afectar la formación del embrión, dificultando su implantación o desarrollo adecuado, lo que incrementa el riesgo de aborto espontáneo.

Estudios realizados por Bendezú Arquímedes (Lima 2020), considera además de lo mencionado a los siguientes factores: (6)

2.2.3. FACTORES DEMOGRÁFICOS

La educación se asocia con niveles económicos reducidos, por lo que un bajo grado de instrucción se considera una variable de riesgo significativa, estando ambas interconectadas. En Nepal, se reporta que el uso de medicamentos para la interrupción del embarazo es más frecuente en mujeres jóvenes en comparación con aquellas de mayor edad. Sin embargo, el estudio de Bendezú G. contradice esta

observación, indicando que las tasas de aborto son más elevadas en mujeres de edad avanzada. Del mismo modo, el autor en su investigación sugiere que a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, también se incrementa la tasa de abortos. Este hallazgo coincide con la evidencia reportada en estudios realizados en Nepal y en otras naciones con economías de ingresos bajos y medianos. Entre las posibles razones de esta tendencia se encuentran la situación laboral y la falta de tiempo para el cuidado de los hijos, factores que podrían influir en la decisión de interrumpir un embarazo.

Estado civil: Las mujeres solteras muestran una mayor relación con la ocurrencia de abortos, estando significativamente vinculados a este diagnóstico (23)

Edad: La edad es una medida temporal que indica el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta un momento determinado. Se considera un factor biológico fundamental que influye en diversos aspectos del desarrollo humano, la salud y la capacidad reproductiva.

Las complicaciones de un embarazo anterior también aumentan el riesgo de un aborto espontáneo. Según el estudio las mujeres que tuvieron un parto prematuro, parto por vía alta o diabetes gestacional en el embarazo anterior, tienen un mayor riesgo a un aborto espontáneo en el siguiente embarazo.

2.2.4. FACTORES GINECOLÓGICOS

Infección de transmisión sexual: Antes de someterse a un aborto, es fundamental realizar pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual. Aunque no haya manifestaciones clínicas visibles, es importante no omitir este paso, ya que estas infecciones pueden encontrarse en una fase latente, es decir, sin síntomas evidentes, lo que podría generar complicaciones si no se identifican y tratan a tiempo.

La enfermedad inflamatoria pélvica puede originarse por la diseminación de bacterias en el sistema reproductivo, lo que puede generar complicaciones a largo plazo. Entre sus consecuencias se incluyen la obstrucción de las trompas de Falopio, dolor pélvico crónico, sangrado durante las relaciones sexuales, embarazos ectópicos (implantación del embrión fuera del útero) y dificultades para concebir, pudiendo derivar en infertilidad. (24)

2.2.5. FACTORES OBSTÉTRICOS

Antecedente de aborto: Se considera que cualquier posible riesgo derivado de abortos previos podría estar relacionado principalmente con la formación de cicatrices resultantes de procedimientos quirúrgicos. En contraste, los abortos inducidos mediante fármacos podrían no aumentar el riesgo en absoluto, ya que no implican intervenciones invasivas que afecten la integridad del útero.

Cuadro clínico.

- Mujeres en edad fértil.
- Dolor en la región hipogástrica acompañado de sangrado vaginal.
- Ausencia de menstruación o retraso menstrual (amenorrea).
- En casos de aborto séptico, pueden presentarse fiebre y malestar general.

Diagnóstico: Se establece mediante la evaluación entre la sintomatología clínica y los resultados obtenidos en una ecografía transvaginal o transabdominal, dependiendo de la edad gestacional y los niveles de beta-HCG.

Signos de alarma:

- Fiebre materna.
- Aumento de leucocitos con desviación izquierda en el hemograma, junto con alteraciones en la coagulación, función renal y hepática.
- Alteración del estado de conciencia.
- Sospecha de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica.

- Hemorragia severa acompañada de taquicardia e hipotensión.
- Presencia de fiebre materna persistente.

Complicaciones:

- Muerte materna.
- Shock hipovolémico y Hemorragia
- Septicemia.
- La perforación uterina, infección se incrementan, restos placentarios o remoción incompleta del feto y laceración cervical.
- Anemia aguda.

Diagnóstico diferencial:

- Enfermedades trofoblásticas gestacionales: desgarros vaginales.
- Embarazo ectópico: pólipos cervicales.
- Cervicitis.
- Embarazo ectópico.
- Cáncer de cuello uterino.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.

Pruebas auxiliares:

a. Laboratorio:

- Hemograma completo: Evaluación de los niveles de hematocrito y hemoglobina.
- Bioquímica: Incluyen medición de urea, glucosa, transaminasas, bilirrubinas y creatinina.
- Perfil de coagulación: Comprende la determinación de fibrinógeno, conteo de plaquetas, tiempo parcial de tromboplastina (TPT) y tiempo de protrombina (TP).
- Grupo Sanguíneo y factor Rh Examen simple de orina + urocultivo.
- Reagina plasmática rápida o VDRL.

- Prueba de Elisa o prueba rápida.
- Factor Rh y grupo sanguíneo.

b. Imagenología.

- Transabdominal o ecografía transvaginal.

c. Exámenes especializados complementarios:

- Análisis anatomo-patológico del material obtenido del útero.
- Pruebas complementarias según la evaluación y criterio del médico tratante.
- Anticoagulante lúpico y anticardiolipina.

Manejo según nivel de capacidad y complejidad de resolución:

a. Plan de trabajo:

- Garantizar un tratamiento adecuado y oportuno del aborto.
- Conservar la capacidad reproductiva del paciente.
- Evitar el deterioro de la salud materna mediante interconsultas con otras especialidades o derivación a UCI materna si es necesario.
- Ante la presencia de complicaciones, coordinar la atención a través de una Junta Médica.
- Brindar información detallada y obtener el consentimiento informado de la paciente y/o sus familiares.
- En el caso de pacientes adolescentes, se recomienda hospitalización obligatoria para un manejo adecuado.

b. Forma y lugar de atención:

- La evaluación del riesgo debe realizarse conforme al nivel de atención de la institución de salud. Los casos sin complicaciones pueden ser manejados de manera ambulatoria siguiendo las indicaciones establecidas en la guía clínica.

- Atención Integral a la Mujer es necesario porque el aborto es uno de los acontecimientos más importante en la vida de la mujer, por lo que es necesario apoyo psicológico ya sea espontáneo o inducido.
- Asesoramiento en planificación familiar: Se debe ofrecer información y acceso a métodos anticonceptivos después del aborto, brindando a la paciente la posibilidad de elegir la opción más adecuada para su situación clínica y sus necesidades personales.

c. Medidas generales:

- En pacientes con estabilidad hemodinámica, la remoción del contenido uterino se realiza mediante succión endouterina manual en casos de pérdida gestacional espontánea no complicada con una duración gestacional de hasta 12 semanas o mediante curetaje uterino en embarazos de más de 12 semanas. Si el aborto no presenta complicaciones, el tratamiento posterior a la succión endouterina manual se efectúa de manera ambulatoria. En situaciones de aborto frustro o retenido con una edad gestacional superior a 12 semanas, se debe considerar la atención en un entorno hospitalario y la realización de un curetaje en un quirófano, previa evaluación de los parámetros de coagulación.
- En pacientes hemodinámicamente descompensadas: Por infecciones o hemorragia:
 - Oxigenoterapia 3 L/min con cánula binasal.
 - Colocar una sonda Foley.
 - Estabilización hemodinámica mediante la administración de solución de cloruro de sodio al 0.9% en un volumen de 1000 cc, con evaluación posterior para determinar la necesidad de una transfusión sanguínea.
 - Hospitalización.

- Antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro (infecciones).
- Canalizar vía endovenosa con catéter N.^o 18.
- Solicitar hemograma, hemoglobina, pruebas renales y hepáticas, perfil de hemocultivo, coagulación, ecografía pélvica o transvaginal pruebas cruzadas.
- Evacuación uterina a través de Legrado uterino en Centro Quirúrgico.
- Si hay signos de abdomen agudo quirúrgico, pasar a sala de operaciones para laparotomía exploratoria.
- En caso de presentarse fiebre o leucocitosis, aplicar guía de aborto séptico.
- En caso de aborto con complicaciones, es necesario ingresar a la paciente con tratamiento antibiótico de amplio espectro.

d. Tratamiento médico:

- El tratamiento ambulatorio inicial del aborto incompleto con misoprostol puede considerarse en pacientes con una gestación de hasta 12 semanas, siempre que no haya signos de infección y exista la posibilidad de un retorno seguro y rápido al centro de salud.
- Para embarazos de más de 12 semanas, se recomienda que la atención sea exclusivamente en un entorno hospitalario. (22) (25)
- Contraindicaciones:
 - Sospecha de embarazo ectópico.
 - Epilepsia no controlada.
 - Alergia a las prostaglandinas.
 - Signos de sepsis o fiebre alta.
 - Condiciones generales desfavorables.
 - Hipersensibilidad a las prostaglandinas.
 - Posible embarazo ectópico o presencia de hipotensión grave.

- Pacientes en tratamiento con anticoagulantes o que consumen con frecuencia fármacos antiinflamatorios no esteroideos.
- Antecedentes de enfermedades asociadas a trastornos en la coagulación.

Condiciones:

- Obtenga el consentimiento informado por escrito del paciente.
- Asegurar la disponibilidad de un quirófano en caso de complicaciones o fallo del tratamiento.
- Dosis y formas de administración: Preferencia para embarazos de menos de 12 semanas:
 - Vía oral: Dosis única de 600 µg de misoprostol.(26) (27)
 - Vía sublingual. Dosis única de 400 µg de misoprostol. (19)
 - Vía vaginal: Administrar tabletas de misoprostol de 200 µg cada 3 horas hasta alcanzar un total de 800 µg. (28) (29)
 - Para embarazos que superen las 12 semanas, se deben seguir las pautas terapéuticas previamente establecidas para el manejo del aborto o la interrupción voluntaria del embarazo. En caso de presentarse una hemorragia considerable y confirmarse que el misoprostol no ha logrado el efecto esperado, será necesario suspender el tratamiento con medicamentos y optar por una intervención quirúrgica.

e. Tratamiento quirúrgico:

- Dilatación y Legrado: Procedimiento indicado para la interrupción del embarazo en gestaciones superiores a 12 semanas.
- Aspiración Manual Endouterina: Método utilizado en casos de aborto no complicado con una gestación de hasta 12 semanas. La intervención quirúrgica realizada a cabo entre las 7 y 12 semanas de embarazo presenta un bajo índice de complicaciones, en comparación con los procedimientos realizados entre las 12 y 22 semanas de amenorrea. (20)

f. Criterios de alta:

Tras la eliminación del contenido uterino mediante aspiración endouterina manual, si la paciente se mantiene con estabilidad hemodinámica y sin complicaciones, podrá recibir el alta y regresar a su hogar después de un período de observación de dos horas. En casos de pacientes que han sido sometidas a un procedimiento de legrado uterino, el alta se otorgará según la evaluación clínica. El paciente debe presentar estabilidad hemodinámica, funciones vitales dentro de los parámetros normales, capacidad para caminar sin dificultad, ausencia de síntomas, tolerancia a la alimentación y posibilidad de retomar sus actividades habituales. Además, se debe proporcionar:

- Asesoramiento y orientación en salud sexual y reproductiva.
- Información y acceso a métodos anticonceptivos si es pertinente.

Medidas específicas:

a. Manejo del aborto en curso:

Es fundamental brindar atención inmediata, por lo que se debe hospitalizar a la paciente para:

- Colocar una vía intravenosa segura con solución de cloruro de sodio al 9%.
- Tras la expulsión del feto y los restos trofoblásticos, realice un procedimiento de evacuación uterina mediante legrado en el área quirúrgica.
- Analgesia parenteral: Medicamentos antiinflamatorios no esteroides. Reforzar actividad uterina: Ergometrina o misoprostol.
- Indicar pruebas auxiliares, incluyendo hemograma, ecografía transvaginal, determinación de grupo sanguíneo y factor Rh,

reagina plasmática rápida, análisis de orina, prueba de detección de VIH mediante prueba rápida o ELISA.

b. Manejo de aborto incompleto:

- Establecer una vía intravenosa con solución de cloruro de sodio al 9%.
- Indicar estudios auxiliares, incluyendo hemograma, ecografía transvaginal, determinación de grupo sanguíneo y factor Rh, análisis de orina, reagina plasmática rápida, prueba de detección de VIH mediante prueba rápida o ELISA.
 - Procedimiento: Si el tamaño del útero es inferior a 12 cm, se debe realizar aspiración endouterina manual de manera ambulatoria, con dilatación previa del cuello uterino si es necesario.
 - En caso de que el tamaño del útero supere los 12 cm, se procederá con un manejo específico acorde a la condición de la paciente.
 - Si el cuello uterino está abierto, hay contracciones uterinas y no hay mucha metrorragia, madurar el cuello con prostaglandinas: cada 6 horas se administra 200 g de misoprostol en el fondo del saco vaginal, con un máximo de cuatro dosis, posteriormente se lleva a cabo el legrado uterino.
 - Si se presenta metrorragia abundante, es necesario asegurar una vía venosa, administrar ergometrina o misoprostol y proceder a la evacuación del contenido uterino de manera inmediata en el quirófano.
 - En caso de que el cuello uterino permanezca cerrado, se debe realizar una dilatación instrumental seguida de un legrado uterino, o, en situaciones más complejas, optar por una histerectomía abdominal como última alternativa. Los abortos incompletos sin complicaciones pueden manejarse de forma ambulatoria, mientras que

aquellos con complicaciones requieren hospitalización.

También, el tratamiento en pacientes adolescentes debe realizarse en un entorno hospitalario.

c. Manejo del aborto retenido / aborto frustro: Se debe proceder con la hospitalización del paciente y solicitar solicitudes auxiliares completas. Si el orificio cervical permanece cerrado, se recomienda iniciar el proceso de maduración cervical utilizando prostaglandinas, como misoprostol, por vía oral o vaginal. El procedimiento debe realizarse en cuanto se inicie el sangrado.

- Gestaciones de 12 semanas o menos: Se debe realizar la maduración cervical mediante la administración de 400 microgramos de misoprostol, seguida de la dilatación cervical con el uso de Hegar y la evacuación uterina a través de aspiración manual endouterina con jeringa Karman.
- Gestaciones mayores de 12 semanas: Es necesario hospitalizar a la paciente para llevar a cabo la maduración cervical e inducir la expulsión con misoprostol por vía vaginal o oral. Posteriormente, se debe realizar un legrado uterino en un entorno quirúrgico. Se recomienda mantener una vía intravenosa con solución de cloruro de sodio al 9% en un volumen de 1000 cc. En caso de detectar alteraciones en las pruebas de coagulación, se debe proceder de inmediato al legrado, acompañado de la transfusión de los componentes sanguíneos requeridos o de sangre total fresca. Se debe considerar el riesgo de perforación uterina como una posible complicación del procedimiento.

d. Manejo del aborto completo:

- Observación
- Confirmación ecoGráfico.
- Seguimiento B - Gonadotropina coriónica humana

- Si el caso lo solicita, se debe integrar la aspiración manual endouterina
- Control ambulatorio.

e. Manejo del aborto séptico:

- Se requiere hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos, dependiendo de la gravedad del cuadro clínico.
- Para el tratamiento de la sepsis, se debe seguir el protocolo establecido en la guía de práctica clínica correspondiente.

Complicaciones:

- Choque hipovolémico.
- Choque séptico: el manejo debe consultarse en el capítulo específico.
- Perforación uterina: se recomienda laparoscopía o laparotomía exploratoria.
- Desgarros cervicales: tratamiento mediante sutura.
- Pelviperitonitis: se puede requerir histerectomía. (19)

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Aborto espontáneo:** Se define como la interrupción no provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto tiene un peso igual o inferior a 500 g. (30)
- **Factores asociados:** Los factores se refieren a los elementos que pueden influir en una determinada situación, desempeñando un papel clave en su desarrollo y evolución. Son variables que contribuyen a la obtención de ciertos resultados, ya que sobre ellos recae la responsabilidad de generar modificaciones o alteraciones en los hechos. (31)
- **Gestante:** Se refiere a la condición de una mujer durante el embarazo, un estado fisiológico que comienza con la fecundación del óvulo por el espermatozoide y finaliza con el nacimiento del bebé. Durante este período, el organismo materno experimenta una serie de cambios

anatómicos, hormonales y metabólicos que permiten el desarrollo adecuado del feto hasta el momento del parto. (32)

- **Factores Demográficos:** Son aquellos elementos que describen las características generales de la población estudiada, incluyendo aspectos como la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación y las condiciones socioeconómicas, los cuales pueden influir en la salud materna y en el desarrollo del embarazo. (31)
- **Factores Ginecológicos:** Se refieren a los aspectos relacionados con la salud del sistema reproductivo femenino, incluyendo antecedentes de enfermedades ginecológicas, trastornos hormonales, infecciones de transmisión sexual, historial menstrual y uso de anticonceptivos, factores que pueden impactar la fertilidad y el curso del embarazo. (32)
- **Factores Obstétricos:** Engloban aquellos elementos vinculados al proceso gestacional, desde la concepción hasta el parto. Incluyen antecedentes de embarazos previos, número de gestaciones, abortos, partos prematuros, tipo de parto, complicaciones durante la gestación y el acceso a controles prenatales, los cuales pueden incidir en el desenlace del embarazo y en la salud del feto. (30)

2.4. HIPÓTESIS

Ho: Los factores asociados no influyen en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

Hi: Los factores asociados influyen en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Influencia en el Aborto espontáneo

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo	escala	Dimensiones	Indicadores	Categoría o valor final	Fuente
	Son factores vinculados a las dimensiones del aborto espontáneo como los sociodemográficos, ginecológicos y obstétricos que indagan sobre la vulnerabilidad las gestantes.			Factores sociodemográficos:	-Edad -Estado civil -Grado de instrucción	-Edad en años -Soltera -Casada -Conviviente -Analfabeta -Primaria -Secundaria -Superior universitaria -Superior técnica	
Variable independiente					-Lugar de procedencia	-Urbana -Rural	Primaria: Encuesta/ Cuestionario
Factores asociados		Cualitativa	Nominal		Ocupación	-Ama de casa -Trabajadora independiente -Obrera -Trabajadora pública	
				Factores ginecológicos:	-Edad de inicio de las RRS	Edad en años	
					-Enfermedades de transmisión sexual -Infecciones del tracto urinario -EIP	Si No	

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo	escala	Dimensiones	Indicadores	Categoría o valor final	Fuente
				Factores obstétricos:	-Diabetes -Cesárea		
Variable Dependiente Aborto Espontáneo	Es la presencia del aborto espontáneos como un problema que afecta la salud de una gestante.	Cuantitativa	Nominal	Aborto	Edad gestacional -Antecedentes de aborto -Antecedentes de amenaza de aborto. -antecedentes de embarazo ectópico -Amenaza de aborto en el embarazo actual -Antecedente de parto prematuro	Semanas Si No	Aborto espontáneo Si

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según José Supo (33) refiere que una investigación es de distinto tipo, dependiendo de lo siguiente:

El estudio fue de tipo observacional, ya que no hubo intervención directa del investigador y los datos se recopilaron de acuerdo con la ocurrencia de los eventos.

Desde la perspectiva de la planificación en la recopilación de datos, se trató de un estudio prospectivo, dado que la información necesaria fue recolectada específicamente para la investigación como datos primarios, lo que permitió un mejor control del sesgo de medición.

En cuanto a la frecuencia de medición de la variable de estudio, se clasificó como transversal, puesto que las variables fueron evaluadas en una única ocasión.

Respecto al número de variables analizadas, el estudio fue analítico, ya que empleó un análisis estadístico bivariado, formuló y verificó una hipótesis, y desarrolló la relación entre dos factores. prueba una hipótesis y determino asociación entre 2 factores.

3.1.1. ENFOQUE

El enfoque de la investigación fue el cuantitativo, este tipo de enfoque se realiza a través de la mediación numérica y el análisis estadístico diferencial donde se prueban hipótesis previamente formuladas.

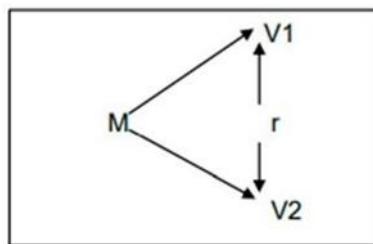
3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Hernández R, et al. (26), señala que este tipo de estudio corresponde a un nivel correlacional, cuyo objetivo es determinar el

vínculo o la interdependencia existente entre dos o más variables dentro de un entorno específico. Esta investigación analizó cada variable individualmente y posteriormente examinó su relación.

3.1.3. DISEÑO

El diseño fue el no experimental, correlacional, transeccional, prospectivo, cuyo esquema es:



Donde.

M: Muestra

V1: Variable independiente

V2: Variable dependiente

r: Relación entre las variables de estudio

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Población: fue conformada por 41 mujeres con aborto espontáneo, atendidas en el Hospital de Tingo María, de junio a octubre del 2024.

3.2.2. MUESTRA

Muestra Censal: fue constituida por toda la población, que son las 41 mujeres con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María de junio a octubre del 2024.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta, que es una técnica a través de la cual se emplea un listado de preguntas bien estructuradas, donde se recogió información necesaria para ser tratada estadísticamente.

El instrumento fue un cuestionario con las variables de estudio, que son herramientas para recolectar los datos a través de una serie de preguntas (18 preguntas elaboradas que se entregó a la población a investigar).

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información, se empleó el software estadístico SPSS en su versión 26. El contraste de hipótesis se realizó utilizando la prueba de chi cuadrado, y el nivel de asociación se desarrolló mediante el coeficiente de compensación de Pearson.

El procesamiento de las medidas de tendencia central se llevó a cabo a través de estadística descriptiva, y los resultados fueron representados mediante frecuencias y porcentajes, presentados en tablas, gráficos o cuadros.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 1. Edad de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
12 a 17 años	6	15%
18 a 23 años	18	44%
28 a 34 años	8	20%
Mas de 35 años	9	22%
Total	41	100%

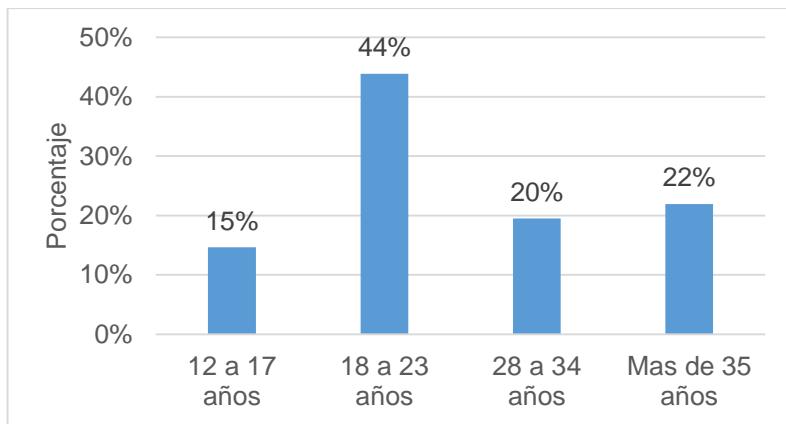


Gráfico 1. Edad de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 1 y Gráfico 1 presentan la distribución de la edad de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El grupo de edad con el mayor porcentaje es el de 18 a 23 años, que representa el 44% de los casos. Le sigue el grupo de más de 35 años, con un 22% de las gestantes atendidas. El grupo de 28 a 34 años es el siguiente, con un 20% de los casos, mientras que el grupo de 12 a 17 años representa el 15% de los casos. Esto sugiere que la mayor cantidad de gestantes atendidas con aborto espontáneo se encuentra en el rango de edad entre 18 y 23 años, mientras que las menos afectadas corresponden al grupo de 12 a 17 años, que tiene el menor porcentaje de incidencia.

Tabla 2. Estado civil de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Soltera	11	27%
Casada	7	17%
Conviviente	23	56%
Total	41	100%

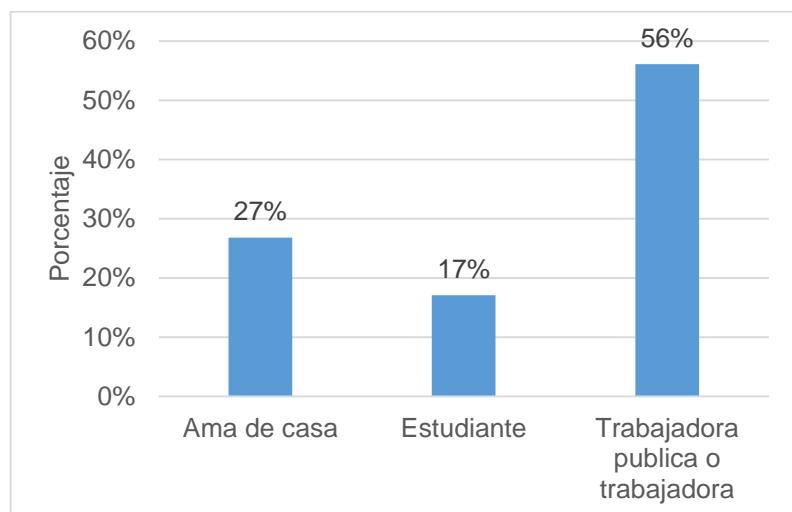


Gráfico 2. Estado Civil de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 2 y Gráfico 2 muestran el estado civil de las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El porcentaje más alto corresponde a las gestantes convivientes, que representan el 56% de los casos. Le sigue el grupo de gestantes solteras, con un 27%, y las gestantes casadas representan el 17%. Esto indica que la mayoría de las gestantes atendidas en el hospital son convivientes, mientras que un menor porcentaje son casadas.

Tabla 3. Grado de instrucción de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Analfabeta	1	2%
Primaria	12	29%
Secundaria	19	46%
Superior universitaria	2	5%
Superior técnica	7	17%
Total	41	100%

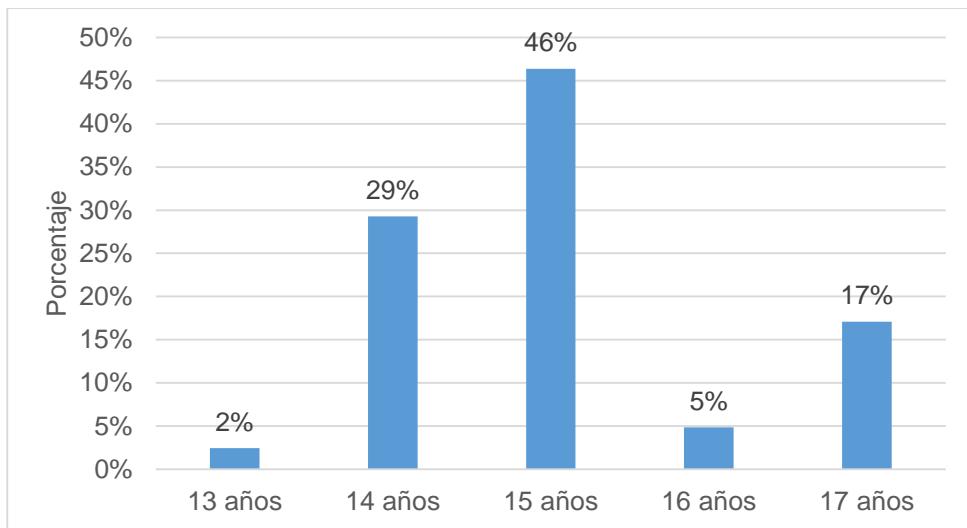


Gráfico 3. Grado de instrucción de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 3 y Gráfico 3 presentan el grado de instrucción de las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El porcentaje más alto corresponde a las gestantes con secundaria, que representan el 46% de los casos. Le siguen las gestantes con primaria, con un 29%, mientras que las de superior técnica tienen un 17%, y las de superior universitaria solo un 5%. El grupo de analfabetas es el que tiene el porcentaje más bajo, con un 2% de las gestantes atendidas. Esto sugiere que la mayor parte de las gestantes con aborto espontáneo tienen educación secundaria, mientras que las que cuentan con estudios universitarios son una minoría.

Tabla 4. Lugar de Procedencia de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Urbana	24	59%
Rural	17	41%
Total	41	100%

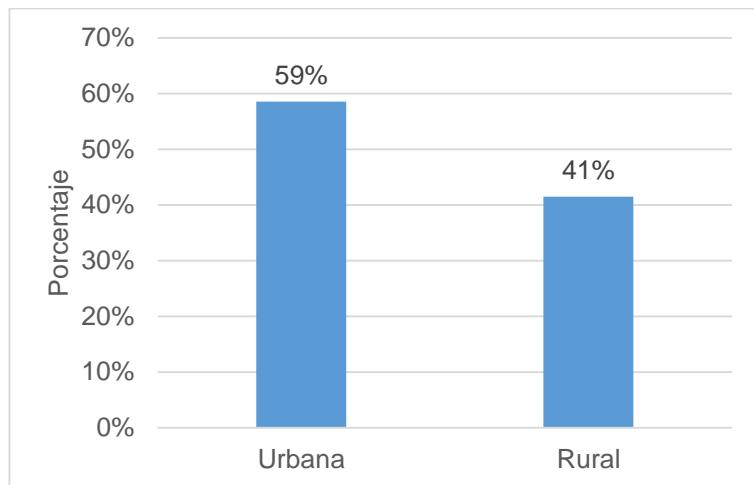


Gráfico 4. Procedencia*Aborto espontáneo

Análisis e interpretación: Tabla 4 y Gráfico 4 muestran el lugar de procedencia de las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El porcentaje más alto corresponde a las gestantes de zona urbana, con un 59%. Le siguen las gestantes de zona rural, que representan el 41% de los casos. Esto sugiere que la mayoría de las gestantes atendidas provienen de áreas urbanas, mientras que un menor porcentaje proviene de áreas rurales.

Tabla 5. Ocupación de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Ama de casa	16	39%
Estudiante	10	24%
Trabajadora publica o trabajadora	15	37%
Total	41	100%

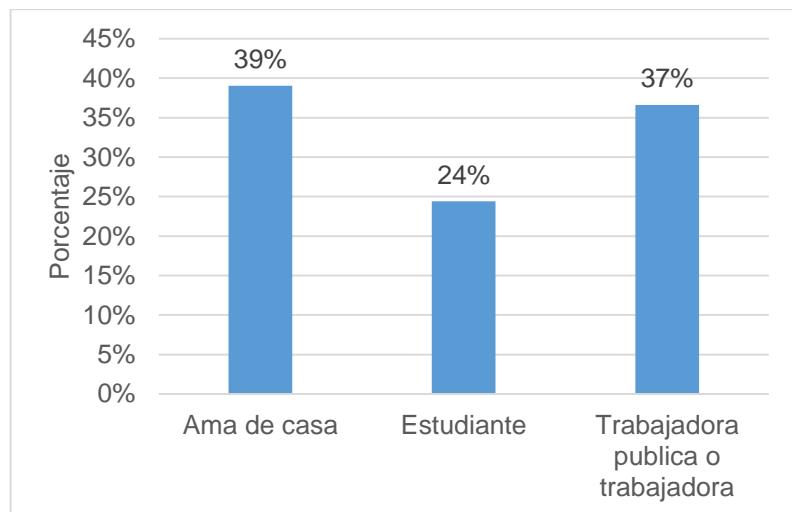


Gráfico 5. Ocupación de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 5 y Gráfico 5 muestran la ocupación de las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El porcentaje más alto corresponde a las gestantes ama de casa, con un 39%. Le siguen las gestantes trabajadoras públicas o trabajadoras, con un 37%, y las estudiantes representan el 24% de los casos. Esto indica que la mayoría de las gestantes atendidas son amas de casa, seguidas por trabajadoras y, en menor medida, por estudiantes.

4.1.2. FACTORES GINECOLÓGICOS

Tabla 6. Edad de inicio de las relaciones sexuales de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
13 años	5	12%
14 años	13	32%
15 años	15	37%
16 años	6	15%
17 años	2	5%
Total	41	100%

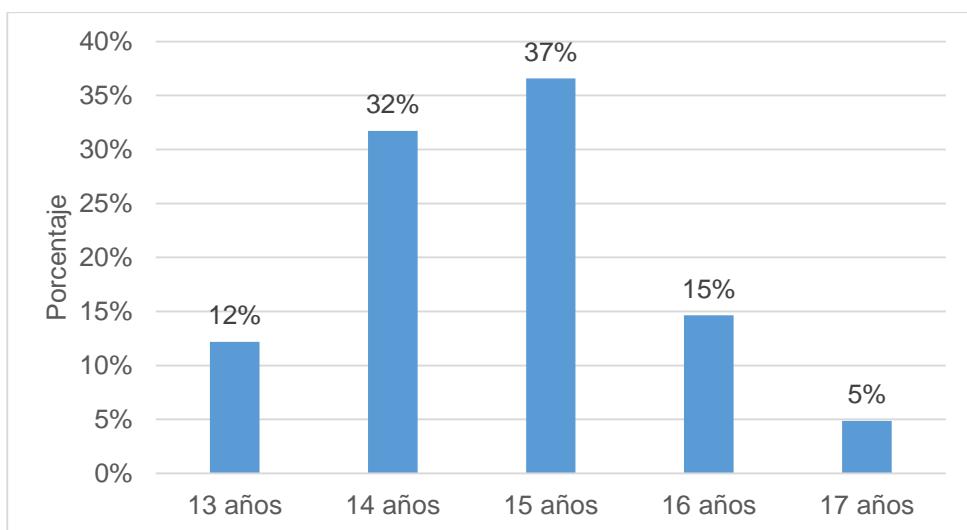


Gráfico 6. Edad de inicio de las relaciones sexuales de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 6 y Gráfico 6 muestran la edad de inicio de las relaciones sexuales de las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El porcentaje más alto corresponde a las gestantes que iniciaron sus relaciones sexuales a los 15 años, representando el 37% de los casos. Le sigue el grupo de 14 años, con un 32%, y el grupo de 16 años, con un 15%. El grupo de 13 años representa el 12%, mientras que el grupo de 17 años tiene el porcentaje más bajo, con un 5%. Esto indica que la mayor parte de las gestantes comenzaron su vida sexual a los 15 años, seguido por quienes lo hicieron a los 14 años, mientras que el grupo más pequeño comenzó a los 17 años.

Tabla 7. Enfermedades de transmisión sexual de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	6	15%
No	35	85%
Total	41	100%

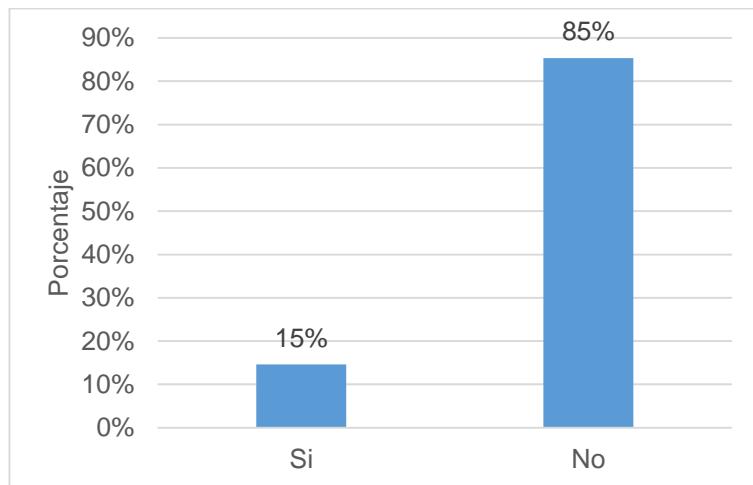


Gráfico 7. Enfermedades de transmisión sexual de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 7 y Gráfico 7 muestran la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual entre las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El porcentaje más alto corresponde a las gestantes que no tienen enfermedades de transmisión sexual, con un 85%. Por otro lado, el 15% de las gestantes informó tener enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 8. Infecciones del tracto urinario de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	11	27%
No	29	71%
Total	41	100%

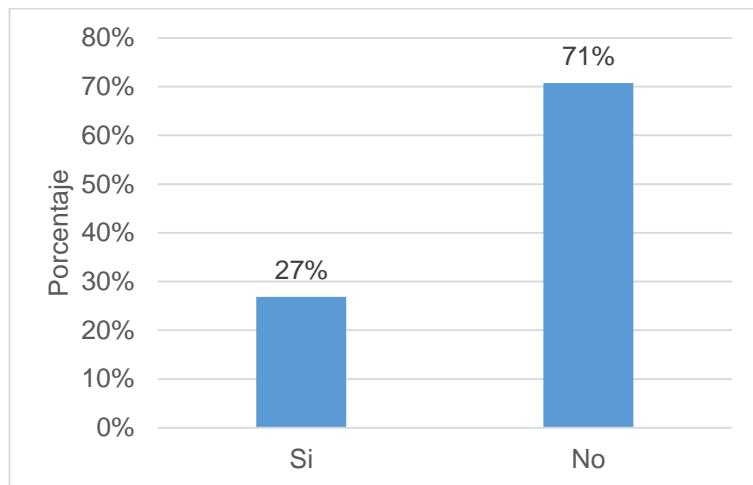


Gráfico 8. Infecciones del tracto urinario de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 8 y Gráfico 8 muestran la prevalencia de infecciones del tracto urinario entre las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El porcentaje más alto corresponde a las gestantes que no presentan infecciones del tracto urinario, con un 71%. En contraste, el 27% de las gestantes presentó infecciones del tracto urinario.

Tabla 9. Enfermedades inflamatorias pélvicas de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	6	15%
No	35	85%
Total	41	100%

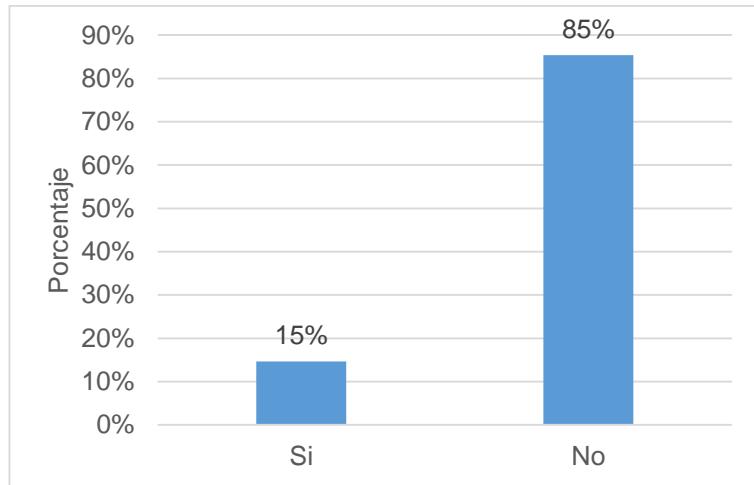


Gráfico 9. Enfermedades inflamatorias pélvicas de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 9 y Gráfico 9 muestran los datos sobre la prevalencia de enfermedades inflamatorias pélvicas en las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El 85% de las gestantes no presentó enfermedades inflamatorias pélvicas, lo que indica que una gran mayoría de estas mujeres no tienen antecedentes de esta afección en su historial médico reciente. Por otro lado, el 15% restante de las gestantes sí presentó enfermedades inflamatorias pélvicas. Esta diferencia sugiere que las infecciones e inflamaciones en la región pélvica no son un factor común en todas las gestantes que sufren aborto espontáneo, pero en una proporción considerable de los casos (15%), podrían influir en el proceso, ya que las enfermedades inflamatorias pélvicas pueden ser un factor de riesgo en complicaciones reproductivas.

Tabla 10. La Diabetes de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	2	5%
No	39	95%
Total	41	100%

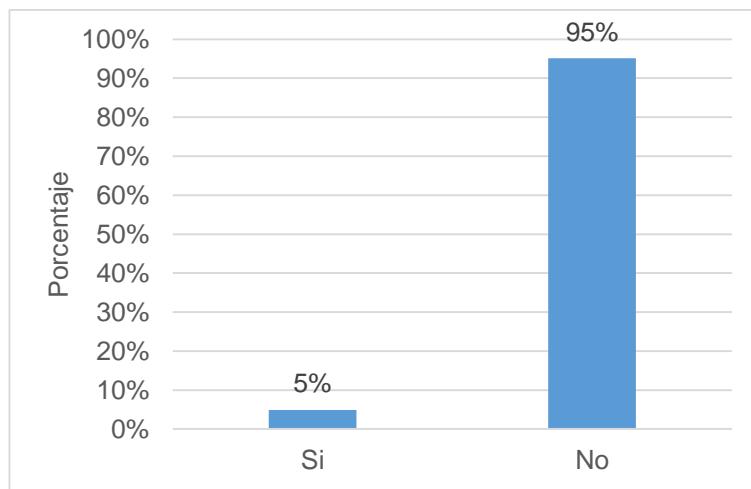


Gráfico 10. Diabetes de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 10 y Gráfico 10 muestran la prevalencia de diabetes entre las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El 95% de las gestantes no presenta diabetes, lo que representa una abrumadora mayoría. En contraste, solo el 5% de las gestantes informaron tener diabetes. Este alto porcentaje de gestantes sin diabetes indica que esta enfermedad no es un factor común entre la mayoría de las mujeres con aborto espontáneo en este caso específico.

Tabla 11. Cesárea de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	8	20%
No	35	85%
Total	41	100%

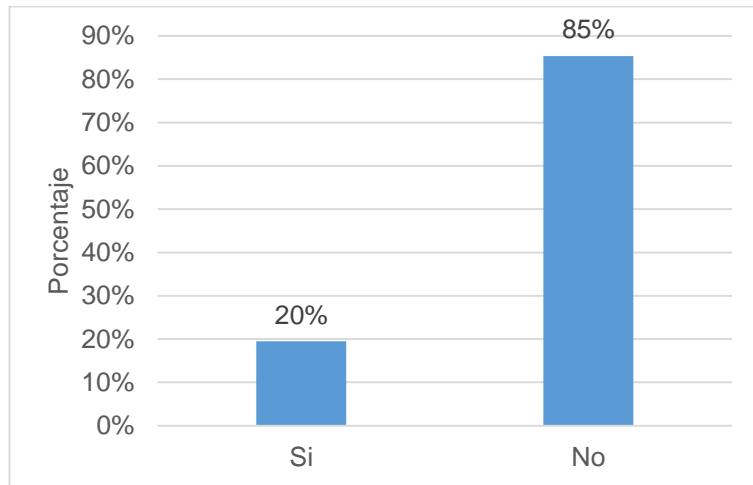


Gráfico 11. Partos por cesárea de gestantes con aborto espontaneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: Tabla 11 y Gráfico 11 muestran los datos sobre la cesárea de las gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. El 85% de las gestantes no tuvieron cesárea, lo que indica que la gran mayoría de las mujeres con aborto espontáneo no pasaron por una intervención quirúrgica para la extracción del feto. En contraste, el 20% de las gestantes sí tuvieron una cesárea. El hecho de que solo una pequeña proporción de las gestantes haya requerido una cesárea podría indicar que el aborto espontáneo en estos casos no ha sido lo suficientemente grave o complicado como para necesitar este tipo de procedimiento quirúrgico.

4.1.3. FACTORES OBSTÉTRICOS

Tabla 12. Edad gestacional de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
> de 9 semanas	23	56%
10 a 12 semanas	10	24%
13 a 22 semanas	8	20%
Total	41	100%

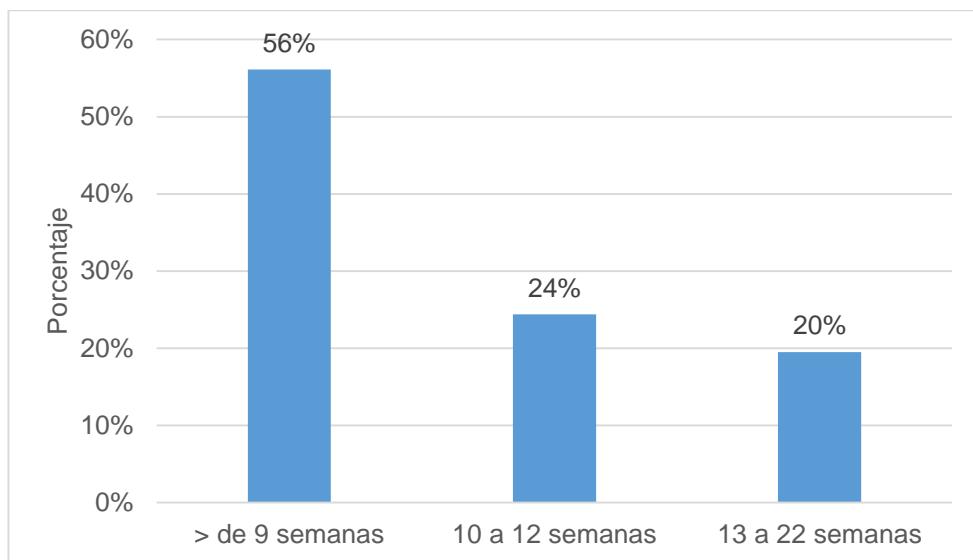


Gráfico 12. Edad gestacional de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: La Tabla 12 y Gráfico 12 presentan la distribución porcentual de la edad gestacional de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. Según los datos proporcionados, se observa que la mayoría de los casos 56% corresponden a gestantes que se encontraban con más de 9 semanas de gestación al momento del aborto espontáneo. En menor medida, el 24% de las gestantes se encontraban entre 10 a 12 semanas de gestación, mientras que el 20% restante correspondió a gestantes con una edad gestacional de 13 a 22 semanas. Así, los casos más frecuentes se presentaron en el primer grupo (más de 9 semanas), con un porcentaje mucho más alto en comparación con los otros dos grupos.

Tabla 13. Antecedente de aborto de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	14	34%
No	27	66%
Total	41	100%

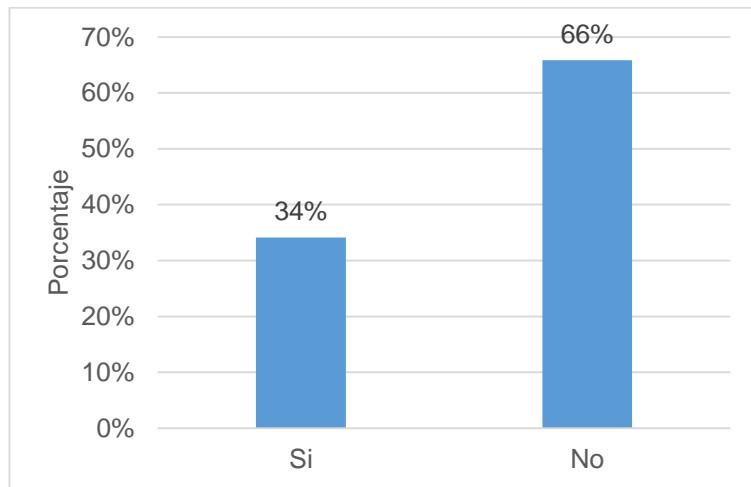


Gráfico 13. Antecedentes de abortos de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: La Tabla 13 y Gráfico 13 muestran los antecedentes de aborto en gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. De acuerdo con los datos, el 66% de las gestantes no presentaron antecedentes de aborto previo, mientras que el 34% sí tenía antecedentes de abortos anteriores. Este análisis muestra que una proporción mayor de las gestantes que sufrieron aborto espontáneo en el periodo estudiado no había tenido abortos previos.

Tabla 14. Antecedentes de amenaza de aborto de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	10	24%
No	31	76%
Total	41	100%

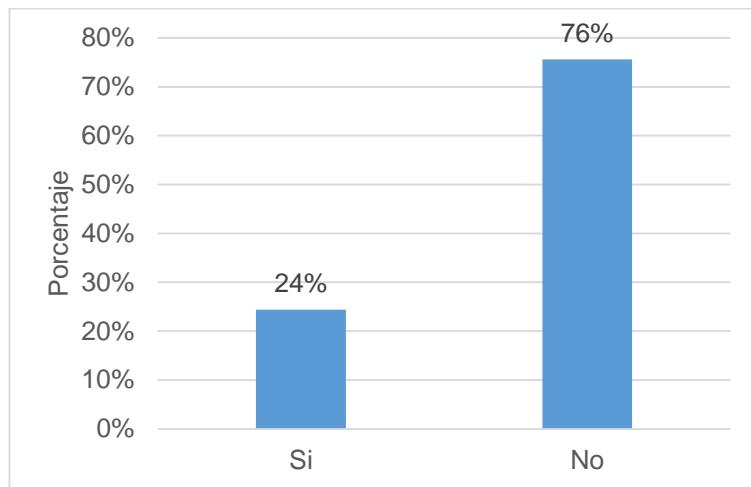


Gráfico 14. Antecedentes de amenazas de abortos de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: La Tabla 14 y Gráfico 14 presentan los resultados de los antecedentes de amenaza de aborto en gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. Según los datos de la tabla, de las 41 gestantes atendidas, el 76% no presentó antecedentes de amenaza de aborto, lo que corresponde a 31 gestantes. En contraste, solo el 24% de las gestantes, es decir, 10 mujeres, reportaron antecedentes de amenaza de aborto. Esto indica que la mayoría de las gestantes no tuvieron antecedentes de amenaza de aborto.

Tabla 15. Antecedentes de embarazos ectópicos de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	3	7%
No	38	93%
Total	41	100%

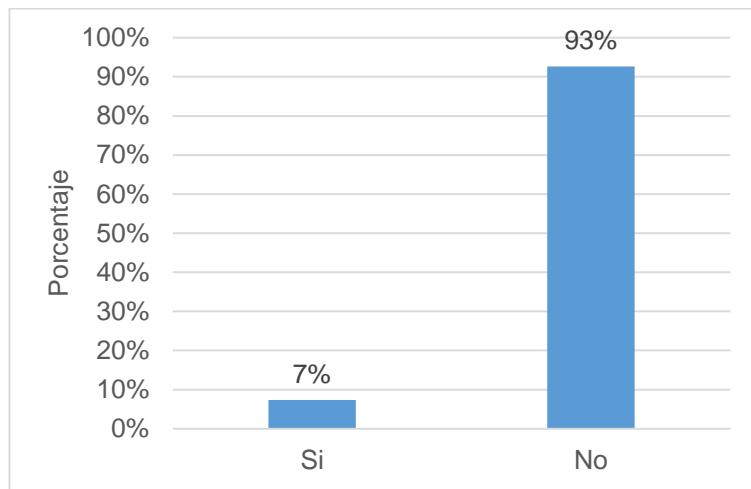


Gráfico 15. Antecedentes de embarazos ectópicos de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: La Tabla 15 y Gráfico 15 muestran los antecedentes de embarazos ectópicos de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. De acuerdo con los datos, 93% de las gestantes no presentaron antecedentes de embarazos ectópicos con aborto espontáneo, mientras que un 7% sí los tuvieron. Es decir, la mayoría de las gestantes atendidas no tuvieron antecedentes de este tipo de embarazo.

Tabla 16. Amenaza de aborto actual de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	2	5%
No	39	95%
Total	41	100%

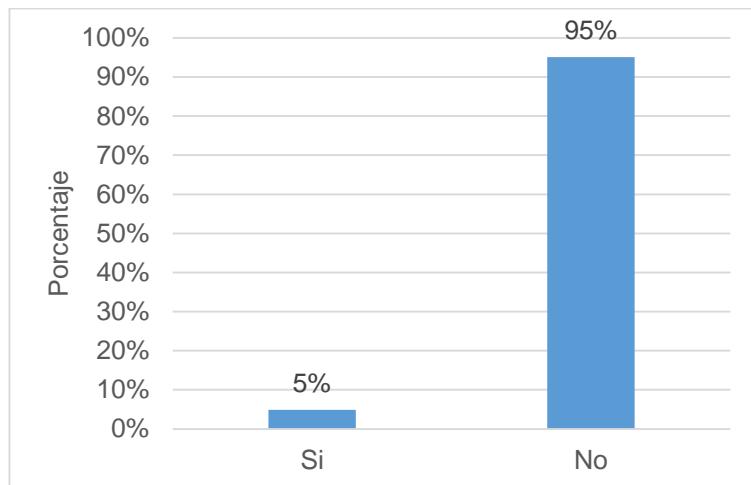


Gráfico 16. Antecedentes de embarazos ectópicos de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: La Tabla 16 y Gráfico 16 presentan los datos sobre la amenaza de aborto actual en gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. Según los datos, el 95% de las gestantes no presentan amenaza de aborto actual, lo que equivale a 39 casos. Por otro lado, solo un 5% de las gestantes reportaron tener amenaza de aborto actual, lo que corresponde a 2 casos. En resumen, la mayoría de las gestantes atendidas en el hospital no están experimentando amenaza de aborto actual.

Tabla 17. Antecedente de parto prematuro de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Respuestas	fi	Porcentaje
Si	9	22%
No	32	78%
Total	41	100%

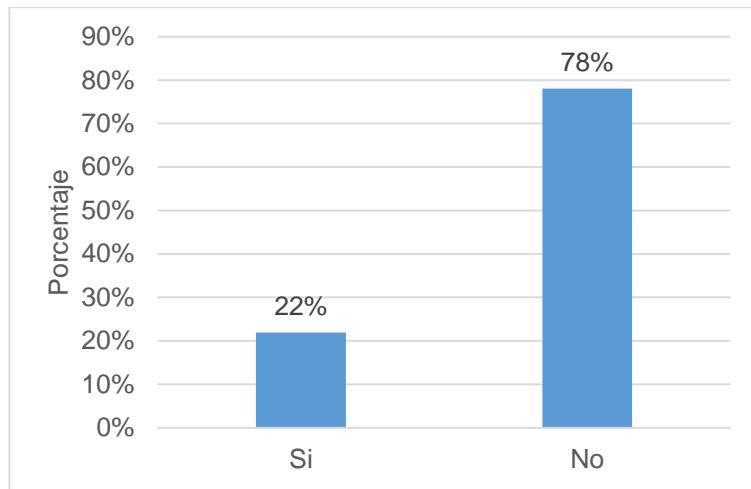


Gráfico 17. Antecedentes de parto prematuro de gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María 2024

Análisis e interpretación: En la Tabla 17 y Gráfico 17 se muestra la distribución de antecedentes de parto prematuro en gestantes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Tingo María durante el año 2024. De acuerdo con los datos presentados, el 78% de las gestantes no presentan antecedentes de parto prematuro. Por otro lado, el 22% restante sí reportan antecedentes de parto prematuro.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Ho: Los factores asociados no influyen en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

Hi: Los factores asociados influyen en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024

Análisis e interpretación: En cuanto a los **factores socio-demográficos**, el 44% de las gestantes con aborto espontáneo en el Hospital de Tingo María pertenecen al grupo de edad de 18 a 23 años, lo que indica que esta franja etaria es la más afectada por el aborto espontáneo. Además, el 56% de las gestantes son convivientes, lo que muestra que este estado civil predomina en el grupo estudiado. En cuanto al nivel educativo, el 46% de las gestantes tiene educación secundaria, lo que sugiere que este es el nivel más común entre las mujeres con aborto espontáneo en este contexto. Finalmente, el 59% de las gestantes provienen de la zona urbana, lo que refleja que una mayor proporción de gestantes con aborto espontáneo es originaria de áreas urbanas.

En cuanto a los **factores ginecológicos**, el 37% de las gestantes iniciaron sus relaciones sexuales a los 15 años, lo que puede estar asociado con un mayor riesgo de complicaciones reproductivas, como el aborto espontáneo. En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el 85% de las gestantes no las presentan, lo que sugiere que las ETS no son un factor predominante en la mayoría de los casos. Respecto a las infecciones del tracto urinario, el 71% de las gestantes no las tienen, lo que indica que las infecciones urinarias no son una de las principales causas en este grupo. En relación con la diabetes, el 95% de las gestantes no presentan esta condición, lo que implica que no es un factor común en este estudio. Finalmente, el 85% de las gestantes no tuvieron cesárea, lo que sugiere que la mayoría de los abortos espontáneos no requirieron una intervención quirúrgica.

En los **factores obstétricos**, el 56% de las gestantes que experimentaron aborto espontáneo se encontraban con más de 9 semanas de gestación al momento del aborto, lo que indica que los abortos espontáneos

son más frecuentes en esta etapa temprana avanzada del embarazo. En cuanto a los antecedentes de aborto, el 66% de las gestantes no habían tenido abortos previos, lo que muestra que la mayoría de las gestantes no tienen antecedentes de aborto espontáneo. Además, el 76% de las gestantes no presentaron antecedentes de amenaza de aborto, lo que sugiere que muchos de los abortos espontáneos no fueron precedidos por una amenaza activa. Finalmente, el 95% de las gestantes no presentan amenaza de aborto actual, lo que indica que la gran mayoría de las gestantes no enfrentaron una amenaza inmediata de aborto en el momento del diagnóstico.

A partir de los resultados analizados, se puede concluir que los factores asociados sí influyen en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María durante 2024. Los factores con mayores porcentajes, como la edad gestacional (56% de los casos después de 9 semanas), el estado civil (56% convivientes), el nivel educativo (46% con secundaria), y el inicio temprano de las relaciones sexuales (37% a los 15 años), indican que estos elementos tienen un papel relevante en la ocurrencia del aborto espontáneo. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0), ya que los factores sociales, ginecológicos y obstétricos sí están influyendo en la ocurrencia del aborto espontáneo. La hipótesis alternativa (H_1) es la que mejor se ajusta a los resultados obtenidos en este estudio.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en nuestra investigación indican que los factores sociodemográficos, especialmente la edad y el estado civil, tienen una influencia significativa en el aborto espontáneo, lo que coincide con hallazgos de estudios previos. En nuestro estudio, el grupo de gestantes de 18 a 23 años, con un 44% de los casos, es el más afectado por el aborto espontáneo. Este hallazgo está en línea con lo observado en investigaciones previas, como el trabajo de Espinoza, F.(8) en Managua también encontró una mayor prevalencia de abortos en mujeres de 25 a 29 años, y un predominio en la población rural. En nuestro estudio, la relación significativa de la edad ($p = 0,001$) sugiere que las mujeres más jóvenes y de edad avanzada tienen un riesgo aumentado de experimentar abortos espontáneos, lo que podría estar relacionado con factores biológicos y sociales que afectan su salud reproductiva.

Además, el 56% de las gestantes eran convivientes, lo que refuerza la idea de que las dinámicas de pareja y el contexto social podrían jugar un papel importante en los resultados reproductivos, en concordancia con lo señalado por Rodríguez. C. et al. (9) quienes identificaron que el contexto social y las relaciones de pareja influyen en la salud materna. Sin embargo, los resultados sobre la procedencia y el grado de instrucción no mostraron relación clara, lo que difiere de otros estudios que resaltan la importancia de la educación en la prevención de riesgos de aborto espontáneo, Cceñua R. (16).

Con respecto a los factores ginecológicos analizados se identificó que un 85% de las gestantes no presentaron enfermedades de transmisión sexual, lo que sugiere que este factor no es predominante en la mayoría de los casos. Además, el 27% de las gestantes presentó infecciones urinarias, pero la mayoría no las tuvo, lo que refuerza la idea de que estos factores no son determinantes en la ocurrencia del aborto espontáneo en este contexto. Esto se opone a los hallazgos de Bendezú G. (14), quien encontró una asociación significativa entre infecciones de transmisión sexual y aborto espontáneo.

El análisis de factores obstétricos si identifico que el 56% de los abortos espontáneos ocurrieron después de las 9 semanas de gestación, lo que sugiere que los abortos espontáneos más frecuentes ocurrieron en esta fase temprana avanzada del embarazo. Además, un 66% de las gestantes no tenían antecedentes de aborto previo, lo que implica que la mayoría de las gestantes no habían experimentado abortos anteriores. Esto sugiere que, aunque los antecedentes de aborto podrían tener cierto impacto, otros factores son más relevantes en la ocurrencia del aborto espontáneo. Este hallazgo se asemeja a lo reportado por Chomba Valiente (15), quien destacó que la edad gestacional y los abortos previos son relevantes en la población adolescente.

Los estudios internacionales revisados también respaldan la importancia de la edad y los antecedentes de aborto en la ocurrencia de abortos espontáneos. El estudio de Xin F. et al. (11) reveló que la edad y los antecedentes de parto por cesárea son factores de riesgo significativos. De manera similar, el análisis de Wesselink K. y Willis K. (10) subraya que la edad de la mujer y los antecedentes de aborto son predictores críticos. En nuestro estudio, el 44% de las gestantes de entre 18 y 23 años fueron las más afectadas por el aborto espontáneo, lo que sugiere que la edad es un factor de riesgo considerable. Esto respalda la idea de que la edad de la mujer es un predictor importante de aborto espontáneo, al igual que lo han encontrado otros investigadores.

Los hallazgos de este estudio refuerzan la necesidad de considerar los factores sociodemográficos en el análisis de aborto espontáneo. La influencia significativa de la edad (especialmente en el grupo de 18 a 23 años) y el estado civil, con un 56% de las gestantes siendo convivientes, sugiere que las políticas de salud pública deben dirigirse a estas poblaciones específicas para mejorar la atención prenatal y minimizar los riesgos asociados con el aborto espontáneo. Además, aunque los factores ginecológicos no mostraron significancia en nuestro estudio, es crucial seguir investigando estos factores para comprender completamente todos los aspectos que afectan la salud reproductiva de las mujeres.

CONCLUSIONES

- Se analizó que los factores asociados influyen al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024. Entre los factores socio-demográficos, la edad de las gestantes, especialmente el grupo de 18 a 23 años, el estado civil, con predominancia de gestantes convivientes, y el nivel educativo, donde las gestantes con secundaria son las más afectadas, son los más relevantes. En cuanto a los factores ginecológicos, el inicio temprano de las relaciones sexuales a los 15 años y la ausencia de enfermedades de transmisión sexual son factores que contribuyen, mientras que las infecciones urinarias y la diabetes, aunque presentes, no son predominantes. Finalmente, en los factores obstétricos, la edad gestacional a más de 9 semanas y la ausencia de amenaza de aborto actual son claves en la ocurrencia del aborto espontáneo.
- Se determinó que los factores socio-demográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María en 2024, incluyen la edad de las gestantes, especialmente las de 18 a 23 años 44%, que representan el grupo más afectado. También se observa que el estado civil juega un papel importante, con un 56% de las gestantes siendo convivientes. Además, el nivel educativo muestra que el 46% de las gestantes tiene educación secundaria, lo que refleja una tendencia en mujeres con un nivel educativo intermedio. También se identifica que un 59% de las gestantes provienen de la zona urbana, lo que puede indicar diferencias en el acceso a la atención médica entre áreas urbanas y rurales.
- Se estableció que los factores ginecológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María en 2024, incluyen que el 37% de las gestantes iniciaron sus relaciones sexuales a los 15 años, lo que sugiere que este factor está asociado con un mayor riesgo de complicaciones reproductivas, como el aborto espontáneo. Además, la gran mayoría de las gestantes 85% no presentan enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo que sugiere que este factor no es predominante en la mayoría de los casos. Respecto a las infecciones del

tracto urinario, aunque un 27% de las gestantes las presentó, la gran mayoría no las tiene. Finalmente, el 95% de las gestantes no presentan diabetes, lo que implica que esta enfermedad no es un factor comúnmente asociado al aborto espontáneo en este estudio.

- Se identificó que los factores obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María en 2024, incluyen la edad gestacional en la que ocurrió el aborto, con un 56% de los casos presentados después de las 9 semanas de gestación. También se identifica que un 66% de las gestantes no tienen antecedentes de aborto previo, lo que implica que la mayoría de las gestantes no han tenido abortos anteriores. En cuanto a los antecedentes de amenaza de aborto, el 76% de las gestantes no los presentan, lo que sugiere que muchos de los abortos espontáneos no estuvieron precedidos por complicaciones previas. Además, el 95% de las gestantes no reportaron tener amenaza de aborto actual, lo que resalta que la mayoría de los abortos espontáneos no estuvieron precedidos por una amenaza inmediata.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere implementar programas de educación y prevención que aborden los factores sociodemográficos identificados, especialmente la edad y la ocupación, para mejorar la atención prenatal. Además, sería beneficioso realizar estudios adicionales que exploren la interacción entre estos factores y otros aspectos de la salud materna.
- Se recomienda fortalecer la capacitación del personal de salud en la identificación y manejo de los factores sociodemográficos que influyen en el aborto espontáneo. Asimismo, es crucial desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a las gestantes sobre la importancia de la atención prenatal y la gestión de factores de riesgo, considerando su edad y ocupación.
- Dado que los factores ginecológicos no mostraron influencia significativa, se sugiere que futuras investigaciones se enfoquen en otros elementos que puedan estar relacionados con el aborto espontáneo. Además, es recomendable realizar talleres y capacitaciones para el personal de salud sobre la importancia de un enfoque integral en la atención a la salud reproductiva.
- Para abordar la posible influencia de los antecedentes obstétricos, se sugiere establecer un seguimiento más riguroso de las gestantes con antecedentes de abortos previos. Implementar protocolos de atención personalizados que incluyan evaluación y apoyo psicológico podría contribuir a mejorar los resultados en salud materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICOS

1. Dulay A, et al. MANUAL MSD. [Online].; 2022 [cited 2023 enero 13. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%A3-y-obstetricia/anomal%C3%A3das-del-embarazo/aborto-espont%C3%A3neo>.
2. Malpica P, Flores I, et al. Aborto espontáneo en estudiantes universitarias en Pamplona, Norte de Santander, Colombia. Revista de Investigación en Salud. 2021 diciembre; 8(2).
3. Mirta LM. Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el servicio obstétrico. Tesis. Acobamba: Hospital provincial de Acobamba, Huancayo; 2020.
4. Jesús HE. Factores asociados al aborto espontáneo. Dialnet. 2010.
5. J. S. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia de gíneo obstetricia. Tesis. Cañete: Hospital de Apoyo Rezola de Cañete, Lima; 2017.
6. Arquímedes BG. Factores asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de Gíneo Obstetricia. Tesis. Lima: Hospital Sergio E. Bernales, Lima; 2020.
7. Sánchez J. Factores asociados al aborto en adolescentes. [Online].; 2019 [cited 2023 diciembre 15. Available from: Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/231>.
8. Espinoza S F. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara. Monografía. Santa Lucía de Boaco: Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Managua; 2020.
9. Rodríguez C, Rios M, et al. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Revista Médica Granma. 2020 noviembre; 24(6).

10. Melendez RE. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontáneo en gestantes del hospital básico del cantón. Informe Final de Proyecto de Investigación. Disponible en <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6491/P-UTB-FCS-ENF-000147.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Carrera de Obstetricia; 2019.
11. factores reproductivosy resultados posteriores del embarazo en pacientes con perdida de embarazo previa 2024;(15).
12. Canadá (2024) Jenifer Y.Yland modelos predictivos de aborto espontaneo a partir de datos de un estudio de cohorte preconcepcional
13. Maraví R S. Aborto espontáneo y factores asosicados en mujeres a partir de los 35 años de edad. Tesis. Lima: Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, Lima; 2020.
14. Bendezu G A. Factores asociados al aborto espontáneo. Tesis. Lima: Hospital Sergio E. Bernales, Lima; 2020.
15. Cceñua Rupailla, Amelia. los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022
16. Chomba Valiente, wellington wellesley, os factores relacionados al aborto espontáneo en gestantes adolescentes en el Hospital General de Jaén, Cajamarca 2021
17. Palma D, Luyo D, et al. Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. 2020 noviembre; 3(1).
18. Cunningham G, Leveno K, et al. Williams Obstetricia 25e. 25th ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2019.
19. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. In Perinatal INM, editor.

Guías práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima-Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018. p. 536.

20. Bricker L, García J, Henderson J, et al. Detección de ultrasonido en el embarazo: una revisión sistemática de la efectividad clínica, la rentabilidad y las opiniones de las mujeres. National Library of Medicine. 2000; 4(16).
21. Cunningham, Mac Donald, et al. Williams Obstetrics. 19th ed. México: Appleton & Lange; 1993.
22. Rausch M, Lorch S, et al. Un análisis de costo-efectividad del manejo quirúrgico versus médico de la pérdida temprana del embarazo. National Library of Medicine. 2012 febrero; 97(2).
23. Wadhera S MW. PubMed. [Online]; 1997 [cited 2023 febrero]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9474504/>.
24. Challenor R, Challenor S, Gregson H, Pinsent S. Routine HIV and sexually transmitted infection testing in an abortion service: 6 years experience. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2016; 42(4).
25. Henshaw RC, Cooper K, et al. Manejo Médico del Aborto Espontáneo: evacuación uterina no quirúrgica del aborto espontáneo incompleto e inevitable. National Library of Medicine. 1993 abril; 306(6882).
26. Ngai SW, Chan YM, et al. Vaginal Misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. National Library of Medicine. 2001 julio; 16(7).
27. Hoja P, Heke S, et al. Una comparación de la interrupción médica y quirúrgica del embarazo: elección, impacto emocional y satisfacción con la atención. National Library of Medicine. 1998 diciembre; 105(12).
28. Semanas A, Alia G, et al. Un ensayo aleatorizado de misoprostol en comparación con la aspiración manual por vacío para el aborto incompleto. Pub Med. 2005 setiembre; 106(3).

29. Trinder J, Brocklehurst P, et al. Manejo del aborto espontáneo: ¿expectativa, médica o quirúrgica? Resultados del ensayo controlado aleatorizado (ensayo de tratamiento del aborto espontáneo). Pub Med. 2006 mayo; 332(7552).
30. Romina B. Aborto espontáneo. Scielo. 2012 junio; 18(1).
31. Cecilia B. DefiniciónABC. [Online].; 2009 [cited 2023 enero. Available from: <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>.
32. Leida M. Médico Pedia. [Online]. [cited 2023 enero. Available from: https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php?title=Ge stante.
33. Supo Condori Js. Metodología de la Investigación Científica para las ciencias de la salud, las ciencias sociales y las ingenierías. In supo J. Metodología de la Investigación Científica. Arequipa: Bioestadístico EEDU EIRL; 2020.
34. Williams CG. Obstetricia DF M, editor. México: McGraw-Hill; 2015.
35. Rivero Maria José y Pintado Sara. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años. Tesis. Guayaquil: Hospital Mariana de Jesús, Ecuador; 2017.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Rivera J. Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

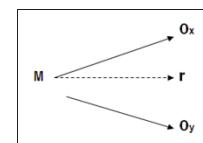
ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO ESPONTÁNEO EN GESTANTES. HOSPITAL DE TINGO MARÍA, HUÁNUCO 2023.

Problema General y Específico	Objetivos General y Específicos	Hipótesis	Variables y dimensiones	Indicadores	Diseño metodológico de la investigación	Metodología
General ¿Cuáles son los factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024?	General Analizar los factores asociados y su influencia al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.	General H_i: no existe influencia significativa entre el aborto espontáneo y los factores asociados en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.	V. Independiente (Vx) Factores asociados <u>Dimensión:</u> Factores sociodemográficos	Edad Estado civil Grado de instrucción Procedencia ocupación	Nivel y tipo de investigación El nivel de investigación Relacional donde se relacionan o asocian los fenómenos en una circunstancia temporal y geoGráfico determinada. Su finalidad será describir y/o estimar parámetros y demostrará dependencia probabilística de los eventos. El tipo de investigación	Población: La población estará conformada por 41 mujeres gestantes con aborto espontáneo, atendidas en el Hospital de Tingo María, de abril a diciembre del 2024. Muestra: La muestra estará compuesta por 41 gestantes con aborto espontáneo, obtenidas a través del muestreo aleatorio simple y bajo criterios: Muestreo: El muestreo será No probabilístico por criterio. Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario. Técnicas estadísticas
Específicos: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en mujeres gestantes del Hospital de Tingo María, Huánuco 2024?	Específicos Determinar los factores sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en mujeres gestantes del Hospital de Tingo María, Huánuco 2024.	H_o: existe influencia significativa entre el aborto espontáneo y los factores asociados en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.	Factores Ginecológicos Factores obstétricos edad gestacional	Edad de inicio de RRSS Enfermedades de transmisión sexual Infecciones de tracto urinario EIP Diabetes Parto por cesaría		

Problema General y Específico	Objetivos General y Específicos	Hipótesis	Variables y dimensiones	Indicadores	Diseño metodológico de la investigación	Metodología
¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024?	Determinar los factores ginecológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.	Tingo María, 2024		Antecedentes de aborto Antecedentes de amenaza de aborto Antecedentes de embarazo ectópico Amenaza de aborto en el embarazo actual Antecedentes de parto prematuro Número de aborto Número de parejas sexuales	De tipo observacional, prospectivo, analítico, transversal, relacional. Enfoque Cuantitativo Diseño de inv. Descriptivo, relacional, transeccional Esquema: 	Estadístico de prueba (SPSS v 26): Chi cuadrado: $\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$ f_0 : Frecuencia del valor observado. f_e : Frecuencia del valor esperado. Y el grado de relación se determinará con el coeficiente de correlación de Pearson.
¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024?	Determinar los factores obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024		V. Dependiente (vy)	SI NO	Influencia en el Aborto Espontáneo	M= Muestra Ox= Observación de la Var. Independiente. Oy= Observación de la variable dependiente. r= relación de dependencia entre variables

ANEXO 2

CUESTIONARIO

TÍTULO: FACTORES ASOCIADOS Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO ESPONTÁNEO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2024.

I. VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo

1. Factores Sociodemográficos:

- 1 Edad:
12 a 17 años ()
18 a 23 años ()
24 a 27 años ()
28 a 34 años ()
Más de 35 años ()

- 2 Estado civil:

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()

- 3 Grado de instrucción:

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior universitaria ()
- Superior técnica ()

- 4 Procedencia:

- Urbana ()
- Rural ()

- 5 Ocupación: _____

2. Factores Ginecológicos:

6 Edad de inicio de las Relaciones sexuales: _____

7 Enfermedades de Transmisión Sexual:

SI ()

NO ()

8 Infecciones del tracto urinario:

SI ()

NO ()

9 Enfermedad inflamatoria pélvica:

SI ()

NO ()

10 Diabetes:

SI ()

NO ()

11 Parto por cesárea:

SI ()

NO ()

3. Factores Obstétricos:

12 Edad gestacional: _____

13 Antecedentes de aborto:

SI ()

NO ()

14 Antecedentes de amenaza de aborto:

SI ()

NO ()

15 Antecedentes de Embarazo Ectópico

SI ()

NO ()

16 Amenaza de aborto en el embarazo actual:

SI ()

NO ()

17 Antecedente de parto prematuro:

SI ()

NO ()

II. VARIABLE DEPENDIENTE: influencia en el Aborto Espontáneo

18. Aborto espontáneo

SI ()

NO ()

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señora, la invitamos a participar en la investigación titulada **Factores Asociados y su Influencia en el Aborto Espontáneo en Gestantes del Hospital de Tingo María 2024**

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y una entrevista guiada, donde encontrará datos que son muy importantes para el desarrollo del estudio, este estudio no tendrá ningún riesgo para usted, por el contrario, esta investigación traerá muchos beneficios a la población de estudiantes de secundaria, a su comunidad y a la comunidad científica.

Para su seguridad si desea, este cuestionario será rellenado de forma anónima, donde se guardará absoluta confidencialidad de sus datos.

Si ha leído el presente documento y decidió ser partícipe del estudio, le invito a firmar el presente consentimiento informado, asimismo se le informa que, si usted decide retirarse del estudio en cualquier momento por alguna razón, lo puede hacer sin ninguna restricción:

Yo, manifiesto que se me ha explicado acerca del estudio, mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria y, por lo tanto, acepto participar en el presente estudio.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

ANEXO 4

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

DATOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Nombres y apellidos : Nancy Maribel Advinuela Silva.

Cargo o institución que labora : Hospital TINGO MARIA

Nombre del instrumento de evaluación: Factores asociados y su influencia en el aborto espontaneo en gestantes del Hospital de Tingo María ,2024

Autor del instrumento : Inocente Duran Advencia

I. ASPECTOS DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS:

INDICADORES	CRITERIOS	VALORACIÓN	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	✓	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas expresables.	✓	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuada al avance de la tecnología.	✓	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	✓	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	✓	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	✓	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos.	✓	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable.	✓	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación.	✓	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado.	✓	

II. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS.

III. RECOMENDACIONES.

Tingo María, 15 de noviembre del 2024

Nancy Maribel Advinuela Silva
OBSTETRA
COP: 6921

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María, 2024.

DATOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Nombres y apellidos : Yacha Pujay Sadith Maribe |
 Cargo o institución que labora : G.S Pueblo Nutuo

Nombre del instrumento de evaluación: Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María ,2024

Autor del instrumento : Inocente Duran Advencia

I. ASPECTOS DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS:

INDICADORES	CRITERIOS	VALORACIÓN	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	✓	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas expresables.	✓	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuada al avance de la tecnología.	✓	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	✓	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	✓	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	✓	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos.	✓	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable.	✓	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación.	✓	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado.	✓	

II. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS.

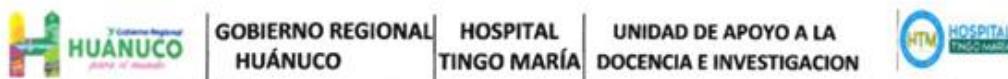
III. RECOMENDACIONES.

Tingo María, 12 de noviembre del 2024

Sadith M. Yacha Pujay
 OBSTETRA
 COP 12888

ANEXO 5

CARTA DE AUTORIZACIÓN



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Tingo Maria, 20 de Setiembre del 2024.

CARTA DE AUTORIZACION N° 0074- 2024-GRH-GRDS-DIRESA-HTM/UADI.

Srta.

Advencia, Inocente Duran.

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION.

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarle, el motivo de la presente es para comunicarle que mediante proveído N° 0071-2024-GRH-DRSH-HTM da viabilidad a su solicitud, por lo que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, **AUTORIZA** la recolección de datos para Trabajo de Investigacion, Titulado "**FACTORES ASOCIADOS Y SU INFLUENCIA AL ABORTO ESPONTANEO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2024**".

Asimismo, deberá contar con su equipo de protección personal a la hora de ingresar a nuestro establecimiento de salud por su seguridad bajo responsabilidad; reportar sus hallazgos de recolección de datos obtenidos al término de su Investigacion.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

LIC. ENGR. RON Z. GARAY LASRENCO.
C.E.P. 89705
JEF. UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION



JZGL/clpc
C.c Archivo

Reg. Doc.	05153360
Reg. Exp.	03091012

Hospital de Tingo María - Unidad Ejecutora 401

ANEXO 6

EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

