

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTANEO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE TALAVERA,
2021-2022**

PRESENTADO POR:

BACH. AMELIA CCEÑUA RUPAILLA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

DE OBSTETRA

ASESORA:

MGT. KARINA YASMIN SULCA CARBAJO

ANDAHUAYLAS - PERÚ

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por resolución Nro.cu.303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada:
Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el centro de salud de Talavera, 2021-2022
Presentado por: Amelia Cceñva Rupsilla con
DNI Nro: 72240586 Para optar el título profesional / grado
académico de obstetra

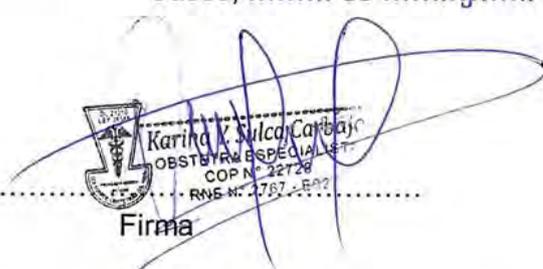
Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el software antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 8%

Evaluación y acciones del reporte de coincidencias para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y acciones	Marque con una (x)
Del 1 al 10%	No se considera plagio	X
Del 11 al 30%	Devolver al usuario para las correcciones	
Mayor al 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las acciones administrativas que correspondan de acuerdo a ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera pagina del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 01 de mayo de 2024


Karina V. Sulca Carbajal
OBSTETRA ESPECIALISTA
COP N° 22728
RNE N° 2787 - B02

Firma

Post firma ef

Nro. De DNI 21578245

ORCID del Asesor 0000-0002-8167-2452

Se adjunta:

1. Reporte generado por el sistema Antiplagio
2. Enlace del reporte generado por el Sistema

Antiplagio: aid: 27259:351659956

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL A
BORTO ESPONTANEO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD D
E T**

AUTOR

AMELIA CCEÑUA RUPAILLA

RECUENTO DE PALABRAS

16960 Words

RECUENTO DE CARACTERES

91611 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

88 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.8MB

FECHA DE ENTREGA

May 1, 2024 2:09 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 1, 2024 2:10 PM GMT-5

● **8% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)



Karina Y. Sulca Carbajo
OBSTETRA ESPECIALISTA
COP N° 22728
RNE N° 2767 - EBO

PRESENTACIÓN

SR. RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SR. DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Según las normativas establecidas de grados y títulos por la escuela profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, para obtener el título profesional de obstetra, presento a su consideración la investigación titulada **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTANEO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE TALAVERA, 2021-2022”**.

El propósito de este estudio es ofrecer conocimientos teóricos y científicos a aquellos interesados en el tema, así como establecer un marco de referencia a nivel local, nacional e internacional para investigaciones futuras relacionadas con este campo.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación dedico en primer lugar a Dios, quien me guía cada paso que doy y me brinda sabiduría y la voluntad para luchar a diario.

Luego dedico a mis padres, por su ayuda incondicional moral y económica que me brindaron cada día.

La Autora.

AGRADECIMIENTO

A Dios por que me da la vida y salud y me brinda sabidurías para seguir luchando por mis sueños.

A mis padres, Juan Cceñua y Benigna Rupailla por su apoyo incondicional, amor y cariño que me dan cada día. Asimismo, a mis hermanos por su apoyo económico para lograr este objetivo.

Finalmente, quisiera agradecer a mi asesora, Karina Sulca Carbajo, por su continuo apoyo, dedicación y orientación para completar este estudio.

La Autora.

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	xi
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	16
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	16
1.3.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	16
1.3.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	17
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	17
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
II. MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	18
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	20
2.2. BASES TEÓRICAS	22

2.3. BASES CONCEPTUALES	24
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	36
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	38
3.1. HIPÓTESIS GENERAL	38
3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	38
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
IV. METODOLOGÍA	42
4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO: LOCALIZACIÓN POLÍTICA Y GEOGRÁFICA	42
4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	42
4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS	44
4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO	44
4.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	45
4.6. TÉCNICAS DE SELECCIÓN DE MUESTRA	46
4.7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
4.8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
VI. CONCLUSIONES	63
VII. RECOMENDACIONES	64
VIII. BIBLIOGRAFIA	65
IX. ANEXOS	74
a. Matriz de consistencia	74
b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos	76

c. Validación del instrumento para el juicio de expertos	77
d. Lista de expertos.....	81
e. Instrumento de recolección de datos.....	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Datos generales de las gestantes con aborto y sin aborto espontáneo atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.....	48
Tabla 2. Análisis bivariado de los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.	52
Tabla 3. Análisis bivariado de los factores de riesgo gineco obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.	54
Tabla 4. Análisis bivariado de los factores de riesgo patológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.	56

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio de observación analítica retrospectiva y transversal que incluyó a 70 mujeres que experimentaron aborto espontáneo en un lapso de dos años, se seleccionaron 60 casos (gestantes que sufrieron aborto espontáneo) y 60 controles (gestantes que no tuvieron aborto espontáneo) de esta población. Las variables se analizaron en el SPSS V26, se utilizó el estadístico de chi-cuadrado para ver la asociación de las variables. **Resultados:** Se encontraron que dentro de los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo fueron: edad mayor a 34 años (OR=3,3; IC 95%; 1,4-6,5), estado civil conviviente (OR=3,9; IC 95%; 2,0-7,5) y nivel de educación secundaria (OR=1,7; IC%; 1,1-2,6); en cuanto a factores de riesgo gineco obstétricos relevantes se encontró: abortos previos (OR=3,7; IC 95%; 1,5-9,3), multíparas (OR=4,3; IC 95%; 2,3-9,9), sin control prenatal (OR=3,3; IC 95%; 3,3-5,9) y edad gestacional menor o igual 12 semanas (OR=5,9; IC 95%; 2,6-13,0). Dentro de los factores de riesgo patológico, el índice de masa corporal de sobrepeso (OR=1,7; IC 95%; 0,3-3,0) y la infección del tracto urinario (OR=3,5 IC 95%; 1,4-8,7) se asociaron con la presencia de aborto espontáneo. **Conclusión:** Los factores de riesgo sociodemográficos, gineco obstétricos y patológicos se asociaron significativamente con el aborto espontáneo.

Palabras claves: Factores de riesgo, aborto espontáneo, gestantes.

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors associated with spontaneous abortion in pregnant women attended at the Talavera Health Center, 2021-2022.

Methodology: A retrospective and cross-sectional analytical observation study was carried out that included 70 women who experienced spontaneous abortion in a period of two years, 60 cases (pregnant women who suffered spontaneous abortion) and 60 controls (pregnant women who did not have spontaneous abortion) were selected. of this population. The variables were analyzed in SPSS V26, the chi-square statistic was used to see the association of the variables. **Results:** Found that among the sociodemographic risk factors associated with spontaneous abortion were: age older than 34 years (OR=3.3; 95% CI; 1.4-6.5), cohabiting marital status (OR=3.9; 95% CI; 2.0-7.5) and high school education level (OR=1.7; CI%; 1.1-2.6); as for relevant gynecological-obstetric risk factors it was found, that previous abortions (OR=3.7; 95% CI; 1.5-9.3), multiparous (OR=4.3; 95% CI; 2.3-9.9), no prenatal control (OR=3.3; 95% CI; 3.3-5.9) and gestational age less than or equal to 12 weeks (OR=5.9; 95% CI; 2.6-13.0). Among the pathological risk factors, overweight body mass index (OR=1.7; 95% CI; 0.3-3.0) and urinary tract infection (OR=3.5; 95% CI; 1.4-8.7) were associated with the presence of miscarriage. **Conclusion:** Sociodemographic, obstetric gynecological and pathological risk factors are significantly associated with spontaneous abortion.

Key words: Risk factors, spontaneous abortion, pregnant women.

INTRODUCCIÓN

Este estudio se centra en la investigación de los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, en la actualidad el aborto espontáneo es un problema de salud pública a nivel mundial y en el Perú. Dado que es una de las causas considerables de morbilidad y mortalidad materna, sin embargo, la incidencia clínicamente reconocida de aborto espontáneo durante el embarazo llega al 15 %. Además, se dice que actualmente está creciendo a un ritmo alarmante en los países en desarrollo ¹.

También, los resultados mostraron que, del total de embarazos, el 30% fracasa por falla de implantación, el 30% fracasa por aborto preclínico, el 10% fracasan por aborto clínico y el 30% nacen vivos ². Por otro lado, entre 2010 y 2014, se realizaron aproximadamente 36 abortos por cada 1.000 mujeres cada año, entre las edades de 15 a 49 años en las regiones en desarrollo. Asimismo, de 1990 a 1994, las tasas de aborto en las regiones desarrolladas cayeron significativamente³.

Es importante conocer los factores de riesgo que provocan abortos espontáneos para abordar de manera efectiva esta problemática. Porque, cuando ocurre un aborto espontáneo, existen respuestas, psicológicas, biológicas y social que pueden tener un impacto en la recuperación física, mental y en la aceptación de la pérdida de su hijo. Esto significa que el aborto es un acontecimiento de la vida cuyas consecuencias psicológicas suelen ser importantes y, en ocasiones, afectan a embarazos posteriores ⁴.

La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022. Se utilizó el diseño analítico de casos y controles, donde se validó la eficacia y se aplicó una ficha para recopilar datos. Además, los resultados de la investigación serán fundamentales para desarrollar estrategias que ayuden a las mujeres embarazadas a ser diagnosticadas y detectadas con prontitud, teniendo en cuenta medidas preventivas y de promoción, reduciendo así las complicaciones, la morbilidad y mortalidad materna. La presente investigación consta de V capítulos:

Capítulo I: Se desarrolló el planteamiento del problema, con su respectiva situación problemática, se formularon los problemas, la justificación y los objetivos de la investigación.

Capítulo II: Se desarrolló el marco teórico, incluyendo antecedentes, bases teóricas, bases conceptuales y la definición de términos básicos.

Capítulo III: En este punto planteamos las hipótesis y variables, así como la operacionalización de las variables.

capítulo IV: Se planteó la metodología de investigación a utilizar, se describió el tipo y nivel de investigación, el método y sus respectivos diseños, también se consideró la población y muestra, así como técnicas e instrumentos de recolección de datos.

capítulo V: Pertenece los resultados y discusión. Por último, este trabajo también incluye conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El aborto espontáneo se presenta con mayor frecuencia durante el embarazo y es definida por la Organización Mundial de la Salud como la expulsión natural de los productos de la fecundación, que pesan menos o igual a 500 gramos y tienen una edad gestacional menor a 20 o 22 semanas, sin ninguna intervención deliberada. Se cree que entre 10% a 15% de todos los embarazos clínicamente reconocidos terminan en aborto. Además, la mitad de las pérdidas del primer trimestre son producidos por anomalías cromosómicas fetales; el 20% de los abortos espontáneos del segundo trimestre tienen alteraciones citogenéticas ⁵.

Importantes investigaciones y avances científicos han demostrado que el aborto espontáneo aumenta significativamente el riesgo de morbilidad psicológica en las mujeres, con hasta un 41% mostrando niveles clínicamente significativos de ansiedad y un 36% de las mujeres mostrando síntomas de depresión dentro del primer mes, variando un 39% experimentan trastornos de estrés postraumático dentro de los 03 meses posteriores a la investigación ⁶.

A nivel mundial, el aborto se considera un problema de salud pública, con un promedio de 73,3 millones de abortos cada año, lo que equivale a 39 abortos por cada 1.000 embarazos a nivel mundial entre las edades de 15 y 49 años⁷. De igual forma, presenta el 13% de las muertes maternas en todos los países relevantes, y el número de aborto, sus complicaciones y su impacto social están aumentando. Asimismo, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, representando el 8% y 1% en los países en desarrollo, respectivamente. Además, mayoría de los abortos ocurren en las

primeras etapas, el 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% entre las semanas 12 y 22 ⁸.

En América Latina, Cuba tiene datos que muestran que 01 de cada 05 embarazos terminan en aborto, estos suelen deberse a causas genéticas en un 30%, otro 25% se deben a antecedentes de abortos previos y otras razones². Otras encuestas han encontrado 670.000 abortos al año. Entre las principales razones relacionadas con este tema, se identificó que la principal está relacionada con la falta de información sobre el control prenatal en la población ⁸.

En el Perú, el aborto y sus consecuencias ocuparon el tercer lugar entre las causas directas de muerte materna, representando el 8,2% en 2017 y 4,9% en 2018 ⁹. Además, se sabe que el 19% de las mujeres entre 18 y 49 años han tenido antecedentes de aborto, entre los factores educativos, el 46% ha recibido educación secundaria, el 45% ha recibido educación universitaria y solo el 9% ha recibido educación más alta ¹⁰.

La provincia de Andahuaylas no es ajena a esta problemática, pues la dirección de salud Apurímac II nos señala que el aborto viene a ser la cuarta morbilidad con más egresos. Además, se tiene conocimiento que hubo 430 casos de egresos hospitalarios de abortos espontáneos representando el 8,4% ¹¹.

Asimismo, en el centro de salud Talavera, según el ASIS del año 2021, se tuvo conocimiento que se mostró 47 casos de aborto que representó el 15,9% de morbilidad, siendo la segunda causa de morbilidad del distrito de Talavera ¹².

Esta problemática se presenta por causas fetales que incluyen, anomalías cromosómicas fetales y retención de óvulos fecundados. De igual forma,

pueden deberse a causas maternas como abortos previos, infecciones, anomalías uterinas, agresiones externas, factores inmunológicos y psicológicos. Algunos factores sociodemográficos incluyen la edad, el nivel educativo y la situación económica ⁸.

Si esta situación continua se presentarán complicaciones como, perforación del útero (2-3%), desgarros cervicales. De igual manera casos de endometritis (<1%), 10% de hemorragias, embolia, shock hipovolémico, peritonitis, hipertermia, entre otros se menciona, esterilidad, muerte, discapacidad, secreciones vaginales fétidas, estrés, falta de autonomía personal y complicaciones de carácter psicológico ⁸. Como vemos esta patología viene a ser uno de los problemas más frecuentes y una realidad problemática.

Diversos autores mencionan que las mujeres con antecedentes de aborto previo corren mayor riesgo de presentar abortos recurrentes ¹³. Así también el riesgo de ansiedad aumenta, al igual que el consumo de drogas también se puede observar después de una pérdida de embarazo ⁶.

La investigación dará como aporte, para disminuir el riesgo de aborto espontáneo es necesario retrasar la edad materna, controlar adecuadamente las enfermedades crónicas existentes, así mismo es fundamental que toda gestante tenga un buen control del embarazo desde el inicio de la gestación, sobre todo si hubo abortos espontáneo previos.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo gineco obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo patológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En el contexto actual debemos entender que el aborto espontáneo es un problema de salud pública. El aborto es sin duda la complicación más común de todos los embarazos; se estima que el 15% de los embarazos reconocidos terminan en aborto y aproximadamente el 25% de las gestantes experimentan un aborto clínico durante su vida reproductiva ¹⁴.

El estudio permitirá generar evidencia científica necesaria para determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo; asimismo los hallazgos del estudio contribuirán nuevos conocimientos científicos al personal de salud.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El diseño de investigación corresponde a un estudio de casos y controles con dos grupos y con dos mediciones. De la misma manera la presente investigación validó y usó una lista de chequeo para determinar los factores de riesgo asociados al

aborto espontáneo en gestantes en el Centro de Salud de Talavera, se tomó en cuenta las características sociodemográficas.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

En la presente investigación al determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo de las gestantes del Centro de Salud de Talavera, el cual busca brindar un reflejo de la situación actual del problema permitiendo un mejor entendimiento para plantear soluciones que permitan atender dicho problema.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

-Determinar los factores de riesgo gineco obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

-Identificar los factores de riesgo patológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Luo Q., et al, ¹⁵ (2023). Investigaron con el objetivo de determinar los factores asociados con los abortos espontáneos por inseminación intrauterina; en este estudio se utilizó una metodología de tipo estudio retrospectivo mediante la revisión de una muestra de 31,933 ciclos de inseminación intrauterina; se llegó a la obtención de los resultados que dan a conocer las mujeres de ≥ 35 años (OR=2,131), antecedentes de aborto espontáneo (OR=1,513), fueron factores predisponentes para producirse un aborto; se llegó a la conclusión que la edad y presentar abortos previos son factores que producen abortos.

Wang X., et al, ¹⁶ (2021). Investigaron con el objetivo de explorar las causas y factores que influyen en la pérdida fetal en la edad materna avanzada; la metodología utilizada en este estudio fue de tipo estudio anidado de casos y controles, para lo que se analizó una muestra de 239 casos de pérdida fetal y 478 controles; se llegó a la obtención de los resultados que indican que la educación primaria (aOR=5,13), la educación secundaria (aOR=4,91), vivir en zona rural (ORa=2,85), desempleo (ORa=1,81), antecedente de aborto espontáneo (ORa=1,88), trastornos hipertensivos del embarazo (ORa=7,20) fueron factores de riesgo de pérdida fetal; lo cual nos lleva a la conclusión de que el bajo nivel educativo, el desempleo, los antecedentes anormales de embarazo y parto como las complicaciones del embarazo se correlacionaron con la incidencia de pérdida fetal.

Ahinkorah B., et al, ¹⁷ (2021). Realizaron una investigación cuyo objetivo fue la de estudiar la relación entre las características sociodemográficas y los abortos

inducidos, los mortinatos y los abortos espontáneos; la metodología empleada en este estudio fue la extracción de datos, con un tamaño de muestra de 18,114; los resultados obtenidos mostraron que las mujeres entre 25 a 34 años (AOR=1,62), con educación primaria (AOR=1.42) y musulmanas (AOR=1,31) fueron más probables de tener aborto; se concluyó que las características sociodemográficas se asociaron con el aborto espontáneo.

Ghimire P., et al, ¹⁸ (2020). Investigaron con el objetivo de examinar la asociación entre la obesidad y el aborto espontáneo entre mujeres en edad reproductiva (15-49 años); la metodología empleada fue de tipo análisis de datos transversal de la encuesta demográfica y de salud de Nepal, se utilizó una muestra total de 45,055 mujeres de 15 a 49 años; los resultados indican que las mujeres obesas tienen más probabilidad de sufrir un aborto (aOR=1,45), tener entre 15 y 19 años (ORa=1,73), ser \geq 40 años (ORa=2,12), las mujeres que no usaban anticonceptivos (aOR=1,72) y las fumadoras (OR=1,27) eran más propensas al aborto espontáneo; llegando a la conclusión que la obesidad y el tabaquismo están asociados con el aborto espontáneo.

Zheng D., et al, ¹⁹ (2017). Ejecutaron un estudio cuyo objetivo fue describir los factores asociados con el aborto espontáneo en China; la metodología fue un estudio observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles; se examinó un grupo de 84,531 mujeres embarazadas con edades comprendidas entre los 35 y 45 años. Los hallazgos revelaron que la probabilidad de aborto en zonas rurales fue 1.68 veces superior a la de las áreas urbanas (AOR=1,68). Las gestantes de altos ingresos tenían un menor riesgo de un aborto con respecto con las de bajos ingresos (AOR=0,90). Las mujeres con menos nivel educativo tenían más probabilidad de sufrir una pérdida, en comparación con las gestantes con alto nivel

educativo (AOR = 0,90). Las gestantes que trabajaban en agricultura presentaron mayor prevalencia de aborto [AOR=0,59] en relación con los trabajadores de fábrica y profesionales (AOR=0,75). La relación entre aborto y nivel de ingresos fue más fuerte en la zona rural (AOR=0,88) que en el área urbana (AOR = 0,92). Hubo una asociación entre la educación y el aborto en las zonas urbanas (AOR=0,66), pero no en las áreas rurales (AOR=1,05). En conclusión, el nivel socioeconómico más bajo y los trabajos en agricultura se asociaron con el aborto.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Ticona L.,²⁰ (2023). Ejecuto un estudio cuyo objetivo fue la de conocer los factores clínicos y obstétricos asociados al aborto espontáneo; este estudio hizo uso de una metodología de tipo observacional, de casos y controles, en la cual utilizó una muestra de casos, pacientes con aborto espontáneo (285) y controles, pacientes con más de 22 semanas de embarazo (570); los resultados obtenidos mostraron que diabetes (ORa: 55,67), anemia severa (ORa: 11,36), ocupación agricultura (ORa: 28,88) u otro empleo (ORa: 5,73), estado civil soltera (ORa: 10,26), conviviente (ORa: 4,60), falta de atención prenatal (ORa: 65), amenaza de aborto (ORa: 22,45), antecedentes de dos abortos (ORa: 4,88) y la multiparidad (ORa: 3,13) se asociaron con la presencia de aborto. Se concluyó que los factores asociados al aborto fueron estado civil, ser conviviente o soltera, ocupación agricultura u de otro tipo, múltipara, antecedente de dos abortos, falta de control prenatal, amenaza de aborto, diabetes y anemia severa.

Ramos J.,²¹ (2022). Investigó un estudio con el objetivo de identificar factores sociodemográficos y clínicos relacionados al aborto espontáneo; la metodología empleada en este estudio fue de tipo observacional, retrospectiva, transversal, analítica, la muestra usada fue de 163 casos mujeres con aborto espontáneo y 163

controles gestantes sin aborto espontáneo; los resultados que se obtuvieron indican que el aborto se da con mayor frecuencia en mujeres que consumen alcohol (OR=3,2), zonas urbanas (OR=1,7), infección vaginal (OR=5,8), infección urinaria (OR=4,2), diabetes (OR=2,9); llegando a la conclusión que la probabilidad de tener abortos espontáneos se dan con mayor frecuencia en mujeres que consumen alcohol, de zona urbana, tener infecciones vaginales y urinarias.

Barrera W.,²² (2022). Realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociadas a las pacientes con diagnóstico de aborto; en la cual hizo uso de una metodología de tipo cuantitativo, retrospectivo de corte trasversal, diseño descriptivo asociativo de tipo caso control, en la cual la muestra usada fue de 188 mujeres con diagnóstico de aborto (casos) y 188 mujeres sin diagnóstico de aborto; los resultados que se obtuvieron indican que, entre los factores sociodemográficos relevante, el 5,3% de los casos correspondían a mujeres < de 18 años (OR=5,52), mientras que el 2,1% de los casos tenían hábitos perjudiciales. Respecto a los factores obstétricos asociados, el 87,2% de los casos tenían una edad gestacional de menor o igual a 12 semanas (OR=11,51), y el 36,7% de los casos tenían antecedentes de 1 a 4 pérdidas (OR=9,33). En cuanto a los factores patológicos asociados, el 14,4% de los casos mostraron infección (OR=15,59), y el 4,3% de los casos presentaron patologías uterinas; llegando a la conclusión, tener < 18 años, hábitos nocivos, la edad gestacional \leq 12 semanas, abortos anteriores, las infecciones y las anomalías uterinas están asociados significativamente al aborto.

Bendezú A.,²³ (2020). Investigó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados al aborto espontáneo; utilizó una metodología de tipo observacional, analítico de casos control, en la cual se hizo manejo de una muestra

de 180 mujeres que presentaron abortos espontáneos, los resultados mostraron que el aborto se asoció con tener menos de 20 años (OR=4.667), tener educación secundaria o menos (OR=6.392), tener infecciones de transmisión sexual (OR=12.669), comenzar con la actividad sexual antes de los 18 años de edad (OR=3.461), tener antecedente de un aborto (OR=5.303) y amenaza de aborto (OR=9.370); se concluyó que los factores asociados al aborto espontáneo incluyen la edad, el nivel educativo, las infecciones de transmisión sexual, la edad de inicio de las relaciones sexuales, la presencia de abortos previos y la amenaza de aborto.

Maravi S.,²⁴ (2020). Ejecuto un estudio cuyo objetivo fue determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al abortos espontáneos; la metodología que se empleó en este estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, analítico tipo casos y controles, la muestra que se utilizó se conformó por 86 casos y 86 controles, obteniendo los resultados que dan a conocer que la paridad (OR ajustado de 1,79), la edad (OR ajustado de 2,32), antecedente de aborto (OR ajustado de 3,83), cirugía uterina previa (OR ajustado de 1,87), sobrepeso (OR ajustado de 1,3) y el 8,1% tenían anomalías uterinas; llegando a la conclusiones que existe asociación significativa entre el aborto espontáneo y la paridad, la edad, los antecedentes de aborto, la cirugía uterina previa y el índice de masa corporal.

2.2. BASES TEÓRICAS

Teorías relacionadas al problema

Según Ervite J, en su teoría sobre aborto en mujeres pobres, el autor menciona que existen diferentes formas de abordar el aborto. La información demográfica sobre las mujeres que han tenido abortos se ha estudiado desde una perspectiva biomédica y de salud pública, incluidos estudios de morbilidad y mortalidad

relacionadas con el aborto, incidencia del aborto, tasas de natalidad y complicaciones del aborto ²⁵.

Según Lorenzo D, en su teoría bioética, protección de la vida y ley natural, indica que el aborto se considera inaceptable porque implica quitar deliberadamente una vida humana, ya sea como medio o como fin, y la vida es un bien fundamental primario y subyacente de los seres humanos (el desarrollo de otros), por lo que tiene un valor especial. Debido a esta naturaleza del bien, Paterson señala que una regla general para guiar la acción con respecto a los bienes de la vida es: no causar intencionalmente un daño significativo a usted mismo ni a otros a menos que exista una razón convincente para hacerlo ²⁶.

Según Mora A, et al, en su teoría sobre anomalías cromosómicas en abortos espontáneos, señala que la principal causa de aborto espontáneo son los defectos estructurales o numéricas en los cromosomas, que ocurren en más del 50% de los abortos. Además, las investigaciones han demostrado que el riesgo de aneuploidía aumenta conforme con el número de abortos previos, mientras que las anomalías numéricas (principalmente trisomía libre) se asocian con una mayor edad materna ²⁷.

Las anomalías estructurales se caracterizan por el intercambio (reordenamiento), pérdida o ganancia de material cromosómico. Por lo tanto, la más común es una translocación, que puede equilibrarse si no se pierde ni se gana material cromosómico. Generalmente, las portadoras son fenotípicamente sanas, aunque existe el riesgo de transmitir derivados desequilibrados a la descendencia, lo que es un factor importante en el aborto espontáneo ²⁷.

Según Aznar J, y Cerdá G, en sus teorías sobre aborto y salud mental de la mujer, mencionan que las mujeres que han experimentado un abortado enfrentan un

aumento del 81% en el riesgo de padecer trastornos mentales en comparación con aquellas que no lo han hecho. Además, tienen un 34% más de posibilidad de sufrir trastornos de ansiedad y un 37% más de sufrir depresión. Del mismo modo, la probabilidad de caer en alcoholismo es en 110% y un 220% mayor la de consumir marihuana ²⁸.

Se determinó que algunas mujeres podrían haber experimentado problemas de salud mental previos a un aborto, lo que podría aumentar el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos después del procedimiento. Sin embargo, se destacó la necesidad de investigaciones más exhaustivas para establecer de manera concluyente la relación entre el aborto y la salud mental de las mujeres. Dada la diversidad y complejidad de las circunstancias, parece prematuro hacer estimaciones definitivas en la actualidad ²⁸.

2.3. BASES CONCEPTUALES

Factores Sociodemográficos.

Son características asignadas a edad, género, educación, ingresos, estado civil, tasa de natalidad, religión, ingresos, trabajo, mortalidad, religión, tamaño de la familia. Generalmente, esto se hace para cada miembro de la población ²⁹.

a. Edad

La edad es el tiempo que vive una persona desde el nacimiento expresada en años²⁹. El riesgo de aborto aumenta con la edad materna, por lo que se estima que el riesgo para las mujeres de 12 a 19 años es del 13,3%, mientras de 40 a 44 años es del 51% ³⁰. Otros estudios manifiestan que las mujeres con edad avanzada presentan disminución de la función ovárica y aumenta la tasa de anomalías cromosómicas anormales, pudiendo incrementar el riesgo de aneuploidía embrionaria ³¹.

b. Estado civil

Diversos estudios manifiestan que las mujeres que tienen una gestación sin el acompañamiento de las parejas pueden presentar situaciones de estrés conllevando a abortos espontáneos o incluso en posteriores partos pretérminos. Además, se conoce que las hormonas regulan la función endometrial y la ansiedad psicológica puede alterar la secreción y regulación de las hormonas endocrinas. Asimismo, el contenido de neurotransmisores locales del endometrio y la expresión de sus receptores también pueden interferir con la función normal del endometrio. Es así que el estrés psicológico tiene una alta probabilidad de conducir directamente a una disfunción endometrial ³².

En Nepal, aproximadamente el 54% de las mujeres eran solteras, mientras que el 45 % estaban casados o separados, y el 1% eran divorciadas o viudas. En los últimos años, se ha informado que la mayoría de los abortos ocurren entre mujeres casadas, según una investigación realizada por el hospital más grande de Nepal, porque sienten una tremenda presión por parte de sus maridos y suegros para tener hijos ³³.

c. Grado de instrucción

Un estudio mostró una relación positiva entre nivel educativo, salud y posibles implicancias en los casos de abortos espontáneos, afirmando que las personas con un mayor grado educativo gozan de una mejor salud y su tendencia en prolongar su esperanza de vida, una mujer educada tomara mejores decisiones con respecto a un embarazo planificado y sus respectivos cuidados, pudiendo disminuir el riesgo de una amenaza de aborto hasta un aborto espontáneo ³⁴.

d. Consumo de Alcohol

Un estudio mencionó que aún no se comprenden completamente los efectos nocivos del alcohol en el feto en desarrollo. Pero, diversos estudios han demostrado que el alcohol alcanza los mismos niveles plasmáticos que el de la madre, atravesando la placenta y la barrera hematoencefálica. Aunque uno de sus metabolitos, el acetaldehído, es teratogénico y se acumula en el útero, es probable que sea directamente dañino y pueda provocar un aborto. Además, un estudio concluyó que el consumo de alcohol durante el embarazo puede provocar un trastorno del espectro alcohólico fetal y puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal ³⁵.

e. Procedencia

Las investigaciones muestran que la diversidad geográfica, el número de personal de salud y las costumbres propias de cada región puede conllevar a una distribución desigual de los servicios de atención de la salud, especialmente para las poblaciones rurales y remotas. Por lo tanto, son más propensas a ser vulnerables en temas a su salud, pudiendo conllevar a amenazas de aborto y abortos ³⁶.

f. Ocupación Laboral

Las personas están expuestas a una variedad de factores químicos, físicos, biológicos, ambientales y ocupacionales. Según esta información, se cree que ciertos efectos tóxicos, como los metales pesados, los pesticidas y los disolventes orgánicos, están relacionados con alteraciones reproductivos en las mujeres. Por otro lado, la radiación en el sistema reproductivo afecta los sistemas de órganos directamente o a través de deficiencias hormonales, alteraciones moleculares, estrés oxidativo y metilación del ADN, afectando así la fertilidad y los embarazos³⁷. Otros estudios mencionan que las mujeres embarazadas expuestas a algunas sustancias químicas ambientales, como el benceno, se han relacionado con

anomalías fetales, el aborto espontáneo es menos seguros. Sin embargo, el problema fundamental es la imposibilidad de determinar la exposición ambiental con suficiente precisión ²¹.

Factores gineco obstétricos.

Los factores ginecológicos y obstétricos son aquellos relacionados con alguna alteración del aparato reproductivo femenino y problemas netos en el embarazo que pueden llevar a que un embarazo termine en un aborto ³⁸.

a. Abortos Previos

Un estudio en Noruega menciona que las mujeres que han abortado anteriormente tienen mayor riesgo de sufrir otro aborto que aquellas que no han estado embarazadas antes, y esto también se ha observado en mujeres con antecedentes de muerte neonatal, aunque esta cifra es baja y la estimación es impreciso ³⁸.

Algunos datos estadísticos reportan la probabilidad potencial de que una pareja tenga otro aborto después de haber experimentado uno anteriormente es de 2% al 3%, del 0,34% después de padecer dos, y del 0,05% después de experimentar tres. Sin embargo, los resultados experimentales muestran que estas cifras son mayores: 12%, 29% y 36%, respectivamente. Por lo tanto, las parejas que tuvieron perdidas anteriormente tienen mayor probabilidad de sufrir otro, y este riesgo aumenta con el número de aborto ³⁹.

b. Paridad

Diversos estudios muestran la asociación entre el aborto espontáneo y el intervalo de un embarazo a otro, se plantea la hipótesis de que los mecanismos del síndrome de agotamiento materno fisiológico y los mecanismos de degradación fisiológica y reposición de sus reservas de micro y macronutrientes pueden

producir resultados tan negativos como un aborto ⁴⁰. Además, el artículo en revisión menciona que la prevalencia global de un cariotipo anormal en abortos fue del 65,3% y después de más de uno del 62,1%. Las pacientes con al menos dos abortos espontáneos muestran un número menor de trastornos cromosómicos que las pacientes después de una pérdida, lo que implica que la paridad es un dato importante para los análisis con relación a los abortos espontáneos ⁴¹.

c. Control prenatal

Diversos estudios han confirmado que la asistencia materna temprana a la atención prenatal se asocia positivamente con la salud neonatal y puede proporcionar evaluación de riesgos, manejo y educación de afecciones médicas, y reducir las complicaciones. Asimismo, cada aspecto importante de la atención puede contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad perinatales identificando y mitigando los riesgos potenciales, incluido el diagnóstico y el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo y del aborto ⁴².

d. Edad gestacional

Este estudio tiene algo en común con otros autores en cuanto al momento de gestación en el que se produce el aborto espontáneo, quienes mostraron una duración media de la gestación de 11,4 semanas, con un rango entre 4,6 y 15,4 semanas. Se afirma que, entre 15 y 20 por ciento de las gestantes detectadas mediante un examen físico han sufrido una pérdida en el primer trimestre o principios del segundo trimestre sin complicaciones maternas. Asimismo, aproximadamente entre el 10% y 15% de los embarazos diagnosticados clínicamente terminan en aborto espontáneo, y una mayor proporción ocurre antes de las 8 semanas de gestación ².

e. Uso previo de Métodos Anticonceptivos

Según los estudios realizados aún no hay evidencia de que los anticonceptivos orales aumenten el riesgo de aborto. Sin embargo, la investigación de Ford y McCormack demostró que el uso durante más de 09 años puede prevenir la pérdida del producto ³⁹. Otra indagación muestra que el 24,8% de las mujeres con antecedentes de aborto han utilizado pastillas anticonceptivas. Luego de ajustar las variables, se encontró que el uso de píldoras es un factor protector contra el aborto espontáneo. Por lo tanto, las mujeres que habían estado tomando este método tenían un 22% menos riesgo de pérdida en comparación con aquellas que habían estado usando otro método anticonceptivo, lo cual fue estadísticamente significativo ⁴³.

Existe una pequeña posibilidad de que los Dispositivos intrauterinos sean un factor de riesgo de infecciones genitales inferiores (infecciones que se desarrollan en la vagina y el cuello uterino), que pueden ascender a la cavidad uterina, las trompas de Falopio y, finalmente, a la cavidad abdominal. Por ende, el endometrio no es receptivo para el embrión y placenta lo que puede estar relacionado con los abortos; algunos autores identifican que sería un factor para un embarazo ectópico⁴⁴.

Factores Patológico.

Se refiere a alteraciones o variaciones en el funcionamiento normal de una o varias partes del cuerpo, fácilmente identificables por síntomas y signos característicos, cuya evolución suele seguir un curso más o menos previsible, que afecta a la madre y aumenta la probabilidad de que la gestante se complique o desarrolle cualquier otro problema de salud ⁴⁵.

a. Estado Nutricional

La revisión de la literatura describe el estado nutricional de la mujer está asociado con el riesgo de presentar un aborto; de hecho, también menciona que la mujer bien alimentada tiene un menor riesgo de aborto en comparación con las mujeres desnutridas, en donde el riesgo es mayor, a razón de que no se cubre los requerimientos fisiológicos necesarios para llevar un embarazo adecuado ⁴⁶. En cuanto al peso materno, el bajo peso no está asociado con riesgo de pérdida del embrazo. Sin embargo, la obesidad aumenta las tasas de abortos ⁴⁷.

b. Diabetes

La diabetes es una afección metabólica persistente que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre, lo que a largo plazo puede provocar daños significativos en el corazón y los vasos sanguíneos. Como resultado, se ha establecido una asociación entre la diabetes y el aborto ⁴⁸. Asimismo, varios estudios han encontrado que el aborto precoz está asociado con un control deficiente de glucemia, mencionan que hasta en un 25% de mujeres con diabetes tuvieron perdidas de su gestación, se postula que las mujeres con una mutación causante del gen de la glucosa quinasa, tienen mayor probabilidad de poder presentar una perdida, estas gestantes se diferencian por una variabilidad de hiperglucemia que no es tan fácil de controlar ⁴⁷.

c. Infección del Tracto Urinario

Se considera infección del tracto urinario la presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario, con o sin síntomas. Asimismo, es la cuantificación de al menos 10⁵ unidades formadoras de colonias (UFC)/ ml de orina ⁴⁹. Estos microorganismos ingresan al cuerpo de la gestante y pueden propagarse a través del torrente sanguíneo e infectar la placenta y el feto, provocando abortos. Igualmente, una gran proporción de mujeres embarazadas pueden desarrollar

infecciones agudas del tracto urinario superior. Pudiendo tener un impacto directo e indirecto en el feto, aunque las investigaciones aún no son concluyentes ⁵⁰.

d. Patologías uterinas

La anatomía uterina anormal es un factor de riesgo de aborto espontáneo. Ya que el tabique uterino, los pólipos endometriales y los fibromas uterinos pueden cambiar la estructura normal y el entorno local de la cavidad uterina, lo que provoca una reducción del área de implantación del embrión y del flujo sanguíneo endometrial, y un aumento de la resistencia al flujo sanguíneo, afectando así la implantación y el crecimiento del embrión y el feto. Así mismo, la adenomiosis puede liberar mediadores inflamatorios, irritar localmente al embrión y estimular la contracción uterina mediante la producción de prostaglandinas, lo que provoca una pérdida. Por otro lado, algunos estudios manifiestan que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tienen un mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo ³¹.

Definición del aborto

La OMS, El Centro Nacional de Estadísticas de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades tienen en conceso de la definición del aborto como; la expulsión o la pérdida del producto antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto es eliminado con peso menor a 500 gramos. No obstante, esta posición es algo contradictorios, ya que el peso promedio al nacer de los fetos a las 20 semanas es 320 gramos, siendo 500 gramos el promedio de 22 a 23 semanas ⁴⁷.

Además, según SEGO, se define aborto a la extracción o expulsión del producto de la concepción de su madre de un peso menor de 500 g, con alrededor de 22 semanas completas de gestación, o un producto gestacional absolutamente no

viable de cualquier edad o peso, parte si hay o no certeza de vida, asimismo si el aborto fue espontaneo o provocado ⁵¹.

Clasificación según el tiempo de pérdida de la gestación:

a. Pérdida temprana: Es aquella que se produce dentro de las primeras 12 semanas de embarazo, con un saco gestacional vacío o con contenido embrionario o fetal, no viable y sin actividad cardiaca ⁵².

b. Pérdida tardía: Es la pérdida de la gestación que se produce desde las 13 semanas hasta lograr la viabilidad fetal, hasta 22 semanas ⁵².

Clasificación clínica del aborto espontáneo:

a. Amenaza de aborto

Se define como la salida de flujo vaginal sangriento a través de un cuello uterino cerrado antes de las primeras 20 semanas, esto puede ir acompañado con molestias suprapúbicas o dolor a nivel del hipogastrio, calambres leves, dolor lumbar de manera persistente y presión pélvica, esto puede durar días o semanas. Se cree que, algunas mujeres confunden el sangrado con la implantación ⁴⁷.

b. Aborto incompleto

Es la expulsión parcial o incompleta del embrión, feto o tejido placentario de la cavidad uterina. Lo que significa que, el útero se conserva suave, grande de tamaño y sin reducirse totalmente, el cérvix está abierto en sus dos orificios y el sangrado vaginal es abundante y persistente ⁵³.

c. Aborto completo

Es la expulsión completa del embrión o feto y tejidos placentarios de la cavidad uterina. Es así que el útero entra en regresión luego de un culmen hemorrágico y dolorosa, y en consecuencia culminan los cólicos uterinos, puede o no terminar por

completo el sangrado. Por otro lado, el útero vuelve a su estado normal en tamaño y consistencia antes del embarazo, además el cérvix se encuentra cerrado ⁵³.

d. Aborto diferido

Es aquel huevo muerto en útero que por distintas razones no es expulsada al exterior, esto quiere decir que el útero nunca se ha contraído y el cuello uterino está completamente cerrado y por consiguiente no hay expulsión del producto. Generalmente, se diagnostican con mayor precisión mediante la sintomatología clínica y por estudios ecográficos. Por otro lado, si la muerte es reciente se observa un embarazo sin actividad cardíaca ni movimientos activos, pero si el producto ya falleció más de 24 horas, se empieza a ver alteraciones estructurales del saco gestacional y del embrión. A esta situación se denomina igualmente aborto retenido o huevo muerto ⁵³.

e. Aborto inevitable

Es el aumento de las contracciones uterinas y las modificaciones a nivel del cérvix son mayores, acompañado con borramiento y dilatación. Por lo tanto, en este tipo de aborto las membranas están rotas ⁵⁴.

f. Aborto séptico

Es la infección de la cavidad uterina por el arrastre ascendente de patógenos desde el tracto genital, asimismo por realización de maniobras quirúrgicas contaminados empleados a completar la evacuación del producto. Además, se puede evidenciar sangrado o flujo vaginal purulento con mal olor. Así mismo, el útero tiene las siguientes características, se palpa un poco engrandado, blando y doloroso a la compresión ⁵³.

Diagnóstico de Aborto:

El diagnóstico se establece mediante la comparación de los síntomas clínicos con los resultados de ecografías transvaginales o transabdominales, dependiendo de la etapa del embarazo y los niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana⁸. Además, como parte del protocolo de diagnóstico, se requiere la realización de pruebas de laboratorio, que incluyen:

- Un hemograma completo para medir la hemoglobina o el hematocrito.
- Un perfil de coagulación que incluye la medición de fibrinógeno, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.
- Análisis bioquímicos para evaluar niveles de glucosa, urea, creatinina, transaminasas y bilirrubinas.
- Determinación del tipo de sangre y el factor Rh.
- Pruebas serológicas como RPR o VDRL.
- Pruebas de detección de VIH mediante Elisa o métodos rápidos.
- Análisis de orina simple y cultivo de orina ⁵⁴.

a. Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas del aborto espontáneo incluyen mujeres en edad fértil, dolor a nivel del hipogastrio con sangrado vaginal y acompañado de espasmos musculares, retraso en la menstruación o amenorrea, fiebre o malestar general (aborto séptico) ⁸.

b. Exploración física

Se debe realizar un examen ginecológico con un espéculo para confirmar el origen, la cantidad y la apariencia del sangrado. Es así que la cantidad de sangrado se correlacionó con el riesgo de aborto espontáneo, ya que cuando es similar o mayor que la menstruación, el embarazo rara vez continúa. Después, se

realiza un examen bimanual para confirmar la dilatación cervical, el tamaño y forma del útero compatibles con los datos menstruales y las masas anexiales ⁵⁵.

c. Ecografía Obstétrica

Esta prueba debe realizarse antes de cualquier embarazo en el que se sospeche de aborto. Se afirma que, la prueba de latidos del corazón es la primera evidencia definitiva de que un embarazo es viable, incluso cuando hay un tubo cardíaco 21 días después de la fertilización (primeras 6 semanas), se puede detectar mediante ecografía transvaginal. Además, un latido < 100 lpm aumenta en gran medida el riesgo de aborto espontáneo y, si la bradicardia persiste en la segunda exploración una semana después, el aborto espontáneo es inevitable ⁵⁵.

d. Determinación de Beta HCG

Se puede utilizar además de la ecografía cuando no se puede determinar la ubicación del embarazo. Es así que el embarazo puede localizarse mediante ecografía transvaginal en concentraciones > 1000 mUI/ml. Asimismo, cuando el nivel de beta HCG supera los 1.500 mUI/ml, se puede localizar el embarazo intrauterino en más del 90% de los casos. Se afirma que, en un embarazo intrauterino viable, los niveles de beta HCG tienden a duplicarse cada 48 horas, a pesar de la variación, este aumento fue de al menos el 53 % en >95 % de los casos. Pero si el aumento es pequeño, se debe sospechar un embarazo ectópico. Del mismo modo, cuando los niveles bajan al cabo de tres días, nos encontramos ante un embarazo no viable, ya sea intrauterino o ectópico ⁵⁵.

Manejo

Las diversas investigaciones evaluaron varios aspectos en la medicación y manejo del aborto. Es decir, evaluaron específicamente los resultados del manejo médico,

quirúrgico y expectante o conservador. Hay que mencionar que el manejo médico incluye el uso de prostaglandinas, como el misoprostol ⁵⁶.

Los abortos no complicados ≤ 12 semanas se maneja por evacuación uterina mediante aspiración uterina manual (AMEU) o legrado uterino después de las 12 semanas de gestación. De igual forma, si se trata de un aborto espontáneo no complicado, el tratamiento posterior a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) se realiza de forma ambulatoria. Sin embargo, en situaciones de aborto incompleto o retenido después de las 12 semanas de gestación, se debe considerar la hospitalización y llevar a cabo un legrado uterino en un entorno quirúrgico, previa evaluación de los factores de coagulación ⁵⁴.

Prevención

Las investigaciones afirman que; la administración de suplementos vitamínicos antes y durante la gestación temprana puede mejorar y evitar el aborto, ya que existen pruebas de que una ingesta inadecuada de vitaminas en la dieta incrementa la posibilidad de pérdida del embrazo ⁵⁷.

Asimismo, la progesterona micronizada administrada por la vagina puede aumentar la tasa de nacidos vivos en gestantes con antecedentes de uno o más perdidas. Pero sigue habiendo incertidumbre sobre la eficacia y seguridad de los tratamientos alternativos con progestágenos para la amenaza de aborto ⁵⁷. Además, se debe evitar sustancias peligrosas durante el embarazo ⁵⁸.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Aborto: Se puede describir como la eliminación natural de un embrión o feto que no es viable, ocurriendo antes de alcanzar las 20 o 22 semanas de gestación, o cuando su peso es inferior a 500 gramos ²⁷.

- **Aborto espontáneo:** El aborto espontáneo se define como la pérdida del embrión o feto sin intervención externa o uso de medicamentos antes de la viabilidad ⁵².
- **Gestante:** Definida como la mujer que lleva un embrión implantado en su aparato reproductor ⁴⁷.
- **Gestación:** Tiempo que pasa desde la fecundación hasta el momento de su parto ⁵⁹.
- **Factores de riesgo:** Es cualquier característica, rasgo o exposición de una persona que aumenta su probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión ²⁹.
- **Factores sociodemográficos:** Son características asignadas a edad, género, educación, ingresos, estado civil, tasa de natalidad, religión, ingresos, trabajo, mortalidad, religión, tamaño de la familia. Generalmente esto se hace para cada miembro de la población ²⁹.
- **Factores gineco obstétricos:** Los factores ginecológicos y obstétricos son aquellos relacionados con alguna alteración del aparato reproductivo femenino y problemas netos en el embarazo que pueden llevar a que un embarazo termine en un aborto ³⁸.
- **Factores patológicos:** Se refiere a alteraciones o variaciones en el funcionamiento normal de una o varias partes del cuerpo, fácilmente identificables por síntomas y signos característicos, cuya evolución suele seguir un curso más o menos previsible, que afecta a la madre y aumenta la probabilidad de que la gestante se complique o desarrolle cualquier otro problema de salud ⁴⁵.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

- **H₁**: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y el aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.
- **H₀**: No existe relación significativa entre factores de riesgo y el aborto espontáneo en gestantes atendidas en el centro de salud de Talavera, 2021-2022.

3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

A. VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo

Dimensiones:

D₁: Factores sociodemográficos

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Consumo de alcohol
- Procedencia
- Ocupación laboral

D₂: Factores gineco obstétricos

- Aborto previo
- Paridad
- Control prenatal
- Edad gestacional
- Uso previo de métodos anticonceptivos

D₃: Factores patológicos

-Estado nutricional

-Diabetes

-Infección del trato urinario

-Patologías uterinas

B. VARIABLE DEPENDIENTE: Aborto espontáneo

-Diagnostico confirmado de aborto espontáneo.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
variable independiente: Factores de riesgo.	Se definirá como factor de riesgo a todos los eventos u causales de probabilidad de proceso de perturbaciones que dañen la salud de una persona en este caso la probabilidad de que desencadene un aborto espontáneo ²⁹ .	Los factores posibles asociados con el aborto espontáneo son: Factores de riesgo sociodemográficos, gineco obstétricos y patológicos.	Factores sociodemográficos	Edad	<20 años	Ordinal
					20-34 años	
					>34 años	
				Estado civil	Soltera	Nominal
					Conviviente	
					Casada	
				Grado de instrucción	Sin estudio	Ordinal
					Primaria	
					Secundaria	
					Superior	
				Consumo de alcohol	Si	Nominal
					No	
			Procedencia	Urbano	Nominal	
				Rural		
			Ocupación laboral	Ama de casa	Nominal	
				Agricultora		
				Comerciante		
				Otros		
			Factores gineco obstétricos	Aborto previo	Si	Nominal
					No	
				Paridad	Nulípara	Ordinal
					Primípara	
					Múltipara	
					Gran múltipara	
Control prenatal	Si	Nominal				
	No					
Edad gestacional	<=12 semanas	Intervalo				
	>12 semanas					
Uso previo de métodos anticonceptivos	Si	Nominal				
	No					
Factores patológicos	Estado nutricional	Bajo peso	Ordinal			
		Normal				
		Sobrepeso				
		Obesidad				

				Diabetes	Si	Nominal
					No	
				Infección del tracto urinario	Si	Nominal
					Si	
				Patologías uterinas	Si	Nominal
					No	
Variable dependiente: Aborto espontáneo.	Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del contenido de la concepción, inferior a las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. Sin intervención humana ⁶⁰ .	Diagnóstico establecido en la historia clínica donde indica que el aborto no obedeció a premedicación.	Diagnostico confirmado	Aborto espontáneo	Si	Nominal
					No	

IV. METODOLOGÍA

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO: LOCALIZACIÓN POLÍTICA Y GEOGRÁFICA

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Talavera, ubicado en el distrito del mismo nombre, perteneciente a la provincia de Andahuaylas, región Apurímac, ubicado a 2,820 msnm, con un área territorial de 148.22 m², creado mediante ley el 21 de junio de 1821. Tiene límites:

Por el norte: Distrito de Pacucha y Andarapa

Por el sur: Distritos de Huancaray y Turpo

Por el este: Distrito de Andahuaylas

Por el oeste: Distrito de Santa María de Chicmo y Ocobamba.

4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- **Según la intervención del investigador:**

La investigación es observacional porque los datos obtenidos en la investigación fueron registrados por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, además no se realizó ninguna manipulación a las variables estudiadas ⁶¹.

- **Según el momento en el que ocurre el fenómeno y su registro:**

El estudio fue retrospectivo por que la indagación de los datos sobre aborto espontáneo se da en hechos que ya ocurrieron en el pasado ⁶².

- **Según el nivel de profundidad de la búsqueda de conocimiento:**

La investigación es analítica en el sentido de que respondió a las razones del fenómeno, además porque la investigación va medir las relaciones causales entre factor de riesgos y aborto espontáneo ⁶².

- **Tipos de investigación según el fin que persigue el investigador:**

El tipo de investigación fue básica, por que buscó comprender y ampliar los conocimientos sobre una problemática ⁶².

- **Según la explicación del fenómeno:**

La investigación fue un estudio de casos y controles por que se hizo el seguimiento de dos grupos, el grupo casos (gestantes con abortos espontáneo), grupo control (gestantes sin aborto espontáneo) ⁶².

- **Según el nivel de investigación:**

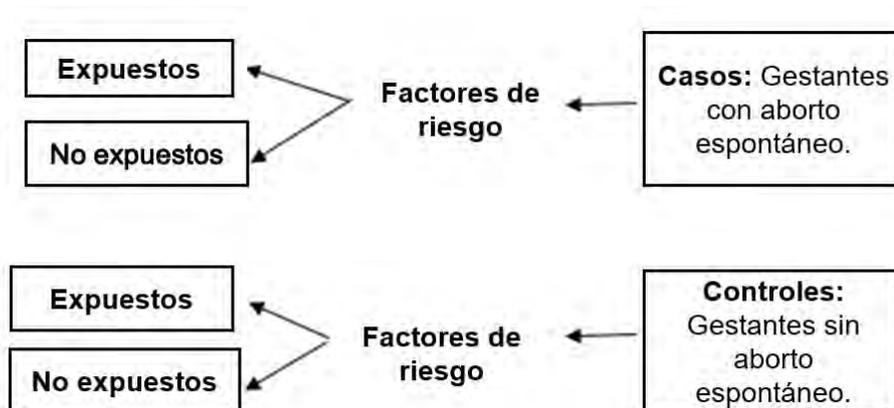
Fue una investigación analítica de casos y controles.

Analítica. La investigación pretendió probar una hipotética relación entre un factor de riesgo con un determinado efecto, es decir se pretendió establecer una relación entre factores de riesgo y aborto espontáneo ⁶².

Diseño casos y controles: Se evaluó la asociación entre dos variables teniendo un grupo de contraste denominado en este caso control ⁶².

Corte transversal: El estudio valoró simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población definida, además los datos fueron medidos en una solo ocasión ⁶².

Esquema de casos y controles es el siguiente:



Fuente: Epidemiología. Gordi

4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Fueron todas las gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el Centro de Salud de Talavera durante los meses de enero a diciembre del año 2021 y 2022.

4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

En la presente investigación la población estuvo conformada por 70 gestantes que presentaron aborto espontáneo atendidas en el Centro de Salud de Talavera durante los años 2021 y 2022.

Criterios de inclusión para los casos:

a. Población de casos

- Historia clínicas de gestantes con aborto espontáneo.
- Historia clínica con datos actualizados y completos.
- Gestantes atendidas en Centro de Salud de Talavera.

b. Población de control

- Historia clínicas de gestantes sin aborto espontáneo.
- Gestantes atendidas en Centro de Salud de Talavera tengan un diagnóstico de gestación menor de 22 semanas y que no hayan cursado con un diagnóstico de aborto y además lograron culminar su gestación con producto nacido vivo.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas
- Gestantes transeúntes que recibieron atención temporal en el Centro de Salud de Talavera.

4.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

En la presente investigación se estudió la existencia de una asociación entre el factor de riesgo y el aborto espontáneo para poner en evidencia dicha sucesión y cuantificar la magnitud, se diseñó un estudio de casos y controles, teniendo en cuenta la siguiente formula:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Donde:

- n= tamaño de muestra
- $z_{1-\alpha/2} = 1,96$
- $z_{1-\beta} = 0,84$
- Odds ratio previsto: 4
- Nivel de seguridad: 95%
- Poder estadístico: 80%
- La proporción de exposición entre los casos (p_1) es del 85%.
- La proporción de exposición entre los controles (p_2) es del 40%.
- La medida p representa la comparación de estas dos proporciones, p_1 y p_2 .
- Se determinó la frecuencia de exposición, es decir, las proporciones (p_1) y (p_2), de los casos y controles expuestos a los diferentes factores de riesgo asociados, basándose en un estudio de investigación previo.

Remplazando:

$$n = \frac{[1,96\sqrt{2p(1-p)} + 0,84\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n= 60

Teniendo en cuenta el resultado se estudió a 60 gestantes por grupo, 60 gestantes que presentaron aborto espontáneo (casos) y 60 gestantes que no presentaron aborto espontáneo (controles).

4.6. TÉCNICAS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico por conveniencia.

4.7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica se fundamentó en un conjunto de reglas y lineamientos que guían las actividades del investigador en cada etapa de la investigación. Se realizó un estudio en gestantes con aborto espontáneo, se utilizó la técnica documental con ficha de recolección de datos considerando los factores de riesgo sociodemográficos, gineco obstétricos y patológicos ⁶³.

Técnica: Análisis documental

La técnica fue el análisis documental ya que implicó la revisión de historias clínicas de mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Talavera. Los datos se obtuvieron con autorización previa del gerente del Centro de Salud de Talavera y cumpliendo con los estándares éticos de los requisitos de la investigación.

Instrumento: Ficha de recolección de datos

Consistió en una ficha de recolección de datos hecho por el investigador con base en los conceptos brindados en la literatura y validado por 04 expertos.

4.8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos se procesaron utilizando Microsoft Excel y el software estadístico SPSS V. 26. Una vez recopilados los datos, se creó una base de datos que se introdujo

en el programa SPSS. Se aplicó estadístico descriptivo, presentando los resultados mediante distribuciones de frecuencia y medidas porcentuales.

Para el análisis inferencial, se utilizó un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%. Se examinó la asociación entre los factores de riesgo y el aborto espontáneo utilizando la prueba estadística no paramétrica chi-cuadrado, adecuada para variables cualitativas. La significancia se determinó a través del valor de $p < 0,05$.

CRITERIO DE DECISIÓN

- No es estadísticamente significativo si $p > 0,05$.
- Es estadísticamente significativo si $p < 0,05$.

Se calculó el OR para afianzar la relación entre los factores de riesgo y el aborto espontáneo. Se empleó un intervalo de confianza del 95%. Luego, se evaluó la fuerza de la asociación empleando el OR (Odds Ratio): un valor mayor que 1 indica una asociación positiva, mientras que un valor menor que 1 indica una asociación negativa.

- Un OR mayor que 1 sugiere un factor de riesgo.
- Un OR igual a 1 indica que el factor no influye en el riesgo.
- Un OR menor que 1 sugiere un factor protector.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

PROCESAMIENTO, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Datos generales de las gestantes con aborto y sin aborto espontáneo atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

DATOS GENERALES	GESTANTES			
	Con aborto espontáneo (Casos)		Sin aborto espontáneo (Controles)	
	N	%	N	%
Edad				
<20	5	4,2%	3	2,5%
20 – 34	24	20,0%	32	26,7%
>34 años	31	25,8%	25	20,8%
Estado civil				
Soltera	9	7,50%	3	2,5%
Conviviente	38	31,7%	20	16,7%
Casada	13	10,8%	37	30,8%
Grado de instrucción				
Sin estudio	8	6,7%	3	2,5%
Primaria	12	10,0%	4	3,3%
Secundaria	26	21,7%	33	27,5%
Superior	14	11,7%	20	16,7%
Consumo de alcohol				
Si	2	1,7%	0	0%
No	58	48,3%	60	50%
Procedencia				
Urbano	37	30,8%	45	37,5%
Rural	23	19,2%	15	12,5%
Ocupación laboral				
Ama de casa	17	14,2%	21	17,5%
Agricultor	6	5,0%	4	3,3%
Comerciante	14	11,7%	15	12,5%
Otros	23	19,2%	20	16,7%
Aborto previo				

Si	22	18,3%	8	6,7%
No	38	31,7%	52	43,3%
Paridad				
Nulípara	9	7,5%	6	5,0%
Primípara	15	12,5%	28	23,3%
Múltipara	32	26,7%	22	18,3%
Gran Múltipara	4	3,3%	4	3,3%
Control prenatal				
Si	20	16,7%	60	50,0%
No	40	33,3%	0	0%
Edad gestacional				
<=12	44	36,7%	19	15,8%
>12	16	13,3%	41	34,2%
Uso previo de métodos				
Si	24	20%	35	29,2%
No	36	30%	25	20,8%
Estado nutricional				
Bajo peso	6	5,0%	2	1,7%
Normal	18	15,0%	36	30,0%
Sobrepeso	27	22,5%	19	15,8%
Obesidad	9	7,5%	3	2,5%
Diabetes				
Si	1	0,8%	0	0,0%
No	59	49,2%	60	50,0%
ITU				
Si	21	17,5%	8	6,7%
No	39	32,5%	52	43,3%
Patologías uterinas				
Si	1	0,8%	0	0,0%
No	59	49,2%	60	50,0%

Fuente: Fuente: Historia Clínica del C.S.T (2021-2022)

Interpretación: En la tabla N°1 se mostró los datos generales de las gestantes con aborto espontáneo y sin aborto. Dentro de la categoría de edad menor de 20 años se observaron 8 casos (6,7%) y 3 controles (2,5%). En el rango de edad de 20 a 34 años se registraron 24 casos (20,0%) y 39 controles (32,5%). Para aquellos de 35 años o

más, se identificaron 28 casos (23,3%) y 18 controles (15,0%). El estado civil soltera se presentó en 10 casos (8,3%) y 09 controles (7,5%), el estado civil conviviente se mostró en 31 casos (25,8%) y 29 controles (24,2%) y el estado civil casada se presentó en 19 casos (15,8%) y 22 controles (18,3%). El grado de instrucción: Sin estudios fue en 05 casos (4,2%) y 04 controles (3,3%), con primaria fue 11 casos (9,2%) y 07 controles (5,8%), con secundaria fue 25 casos (20,8%) y 29 controles (24,2%) y con superior 19 casos (15,8%) y 20 controles (16,7%). El consumo de alcohol se mostró solo en 02 casos (1,7%); no consumían alcohol 58 casos (48,3%) y 60 controles (6,7%). Además, hubo 41 casos (34,2%) y 52 controles (43,3%) de zonas urbanas y 19 casos (15,8%) y 08 controles (6,7%) de zonas rurales. En cuanto a la ocupación, 17 casos (14,2%) y 21 controles (17,5%) eran amas de casa, 06 casos (5,0%) y 04 controles (3,3%) eran agricultores, y 14 casos (11,7%) y 15 controles (12,5%) fueron comerciantes, 23 casos (19,2%) y 20 controles (16,7%) se dedicaban a otros trabajos.

Asimismo, hubo 22 casos (18,3%) y 08 controles (6,7%) que tenían antecedentes de aborto espontáneo en el pasado; hubo 38 casos (31,7%) y 52 controles (43,3%) que no tenían antecedentes de aborto. En cuanto a la paridad: 09 casos (7,5%) y 06 controles (5,0%) fueron nulíparas, 15 casos (12,5%) y 28 controles (23,3%) fueron primíparas, 32 casos (26,7%) y 22 controles (18,3%) fueron multíparas y 04 casos (3,3%) y 04 controles (3,3%) fueron mujeres gran multíparas. También hubo 20 casos

(16,7%) y 60 controles (50,0%) que, si recibieron atención prenatal, 40 casos (33,3%) que no recibieron control prenatal. La edad gestacional fue menor o igual a 12 semanas en 44 casos (36,7%) y 19 controles (15,8%) y más de 12 semanas en 16 casos (13,3%) y 41 controles (34,2%). Asimismo, 24 casos (20%) y 35 controles (29,2%) utilizaron métodos anticonceptivos, y 36 casos (30%) y 25 controles (20,8%) no utilizaron ningún método anticonceptivo.

Respecto al estado nutricional: 06 casos (5,0%) y 02 controles (1,7%) tenían índice de masa corporal bajo, 18 casos (15,0%) y 36 controles (30,0%) tenían índice de masa corporal normal y 27 casos (22,5%) y 19 controles (15,8%) tenían sobrepeso y 09 casos (7,5%) y 03 controles (2,5%) eran obesos. Sólo 01 presento diabetes en casos (0,8%), mientras que 59 casos (48,2%) y 60 controles (50,0%) no tenían diabetes. Además, desarrollaron infección del tracto urinario 21 casos (17,5%) y 08 controles (6,7%), no desarrollaron infección del tracto urinario 39 casos (32,5%) y 52 controles (43,3%). Finalmente, solo 01 caso (0,8%) se encontró con patología uterina.

Tabla 2. Análisis bivariado de los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

Factores de riesgo sociodemográficos	GESTANTES				Prueba Chi Cuadrado Significación Asintótica (p<0,05)	Estimación de riesgo			
	Con aborto espontáneo (Casos)		Sin aborto espontáneo (Controles)			OR	IC 95%		
	N	%	N	%		Inferior	Superior		
Edad									
<20	5	4,2%	3	2,5%					
20 – 34	24	20,0%	32	26,7%	0,003	3,3	1,4	6,5	
>34 años	31	25,8%	25	20,8%					
Estado civil									
Soltera	9	7,50%	3	2,5%	0,000	3,9	2,0	7,5	
Conviviente	38	31,7%	20	16,7%					
Casada	13	10,8%	37	30,8%					
Grado de instrucción									
Sin estudio	8	6,7%	3	2,5%	0,043	1,7	1,1	2,6	
Primaria	12	10,0%	4	3,3%					
Secundaria	26	21,7%	33	27,5%					
Superior	14	11,7%	20	16,7%					
Consumo de alcohol									
Si	2	1,7%	0	0%	0,154				
No	58	48,3%	60	50%					
Procedencia									
Urbano	37	30,8%	45	37,5%	0,116	0,5	0,2	1,1	
Rural	23	19,2%	15	12,5%					
Ocupación laboral									
Ama de casa	17	14,2%	21	17,5%	0,644	0,9	0,6	1,2	
Agricultor	6	5,0%	4	3,3%					
Comerciante	14	11,7%	15	12,5%					
Otros	23	19,2%	20	16,7%					

Fuente: Fuente: Historia Clínica del C.S.T (2021-2022)

Interpretación: En la Tabla N°2 se analizó la relación entre la edad y el aborto espontáneo en las mujeres embarazadas, y se encontró que hubo una relación

estadísticamente significativa (p : 0,003). Además, se observó que las gestantes mayores de 34 años tenían 3,3 veces más probabilidades de experimentar un aborto espontáneo en comparación con las mujeres de otras edades, con un (OR: 3,3 IC 95% 1,4-6,5).

Asimismo, se demostró que si existió una relación estadísticamente significativa entre estado civil y el aborto espontáneo (P : 0,000), es decir, las gestantes con un estado civil de conviviente tuvieron 3,9 veces mayor de probabilidad de tener aborto, con un (OR: 3,9 IC 95% 2,0-7,5).

Además, se evidencio de que si existió una relación estadísticamente significativa entre grado de instrucción materna y el aborto espontáneo (P : 0,043), asimismo, el riesgo de aborto espontáneo fue 1,7 veces más entre las gestantes con educación secundaria, con un (OR: 1,7 IC 95% 1,1-2,6).

Se observó que no existió una relación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y el aborto espontáneo en las gestantes (P : 0,154), mostrando que este indicador no represento riesgo para presentar un aborto. Por otro lado, se evidenció la relación que hay entre procedencia y el aborto espontáneo, los resultados mostraron que no existió una relación estadísticamente significativa (P : 0,116), por otro lado, mostro que este indicador no represento riesgo para aborto espontáneo, con un (OR: 0,5 IC 95%: 0,2-1,1).

Por último, se evidencio que no existió una relación estadísticamente significativa entre ocupación laboral y el aborto espontáneo en las gestantes (P: 0,644), demostrando que este indicador no represento riesgo para presentar un aborto, con un (OR: 0,9 IC 95%: 0,6-1,2).

Tabla 3. Análisis bivariado de los factores de riesgo gineco obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

Factores de riesgo gineco obstétricos	GESTANTES				Prueba de chi cuadrado Significancia Asintótica (p<0,05)	Estimación de riesgo		
	Con aborto espontáneo (Casos)		Sin aborto espontáneo (Controles)			OR	IC 95%	
	N	%	N	%			Inferior	Superior
Aborto previo								
SI	22	18,3%	8	6,7%	0,003	3,7	1,5	9,3
NO	38	31,7%	52	43,3%				
Paridad								
Nulípara	9	7,5%	6	5,0%	0,008	4,3	2,3	9,9
Primípara	15	12,5%	28	23,3%				
Múltipara	32	26,7%	22	18,3%				
Gran Múltipara	4	3,3%	4	3,3%				
Control prenatal								
SI	20	16,7%	60	50%	0,000	3,3	1,3	5,9
No	40	33,3%	0	0%				
Edad gestacional								
<=12	44	36,7%	19	15,8%	0,000	5,9	2,6	13,0
>12	16	13,3%	41	34,2%				
Uso previo de métodos								
SI	24	20%	35	29,2%	0,409	0,7	0,3	1,6
No	36	30%	25	20,8%				

Fuente: Fuente: Historia Clínica del C.S.T (2021-2022)

Interpretación: En la Tabla N°3 se analizó la asociación entre abortos previos y abortos espontáneos en mujeres embarazadas, y se encontró que hubo una relación estadísticamente significativa (P: 0,003), de igual manera las gestantes con aborto previo presentaron 3,7 veces más riesgo de tener aborto espontáneo que las que no tuvieron aborto previo, con un (OR: 3,7 IC 95%: 1,5-9,3).

Así también se evidencio la relación que hay entre paridad y el aborto espontáneo, en la que se observó que si existió una relación estadísticamente significativa (P: 0,008), asimismo las mujeres multíparas tuvieron 4,3 veces más riesgo de presentar aborto espontáneo, con un (OR: 4,3 IC 95%: 2,3-9,9).

Asimismo, se observó una asociación entre la atención prenatal y el aborto espontáneo, donde se encontró una relación estadísticamente significativa (p=0,000), además, se identificó que las mujeres embarazadas que no recibieron atención prenatal tenían 3,3 veces más probabilidades de experimentar un aborto en comparación con aquellas que sí recibieron atención prenatal, con un (OR: 3,3 IC 95%: 1,3-5,9).

También, se observó la relación entre edad gestacional y el aborto espontáneo, donde se evaluó que si existió una relación estadísticamente significativa (P: 0,000), del mismo modo existió 5,9 veces más probabilidad de presentar aborto con una edad gestacional menor o igual de 12 semanas, con un (OR: 5,9 IC 95%: 2,6-13,0).

Se observó también que no existió una relación estadísticamente significativa entre uso previo de métodos anticonceptivo y el aborto espontáneo (P: 0,409), demostrando que este indicador no representó riesgo para presentar aborto espontáneo, con un (OR: 0,7 IC 95%: 0,3-1,6).

Tabla 4. Análisis bivariado de los factores de riesgo patológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.

Factores de riesgo patológicos	GESTANTES				Prueba Chi cuadrado Significancia Asintótica (p<0,05)	Estimación de riesgo		
	Con aborto espontáneo (Casos)		Sin aborto espontáneo (Controles)			OR	IC 95%	
	N	%	N	%	Inferior		Superior	
Estado nutricional								
Bajo peso	6	5,0%	2	1,7%	0,006	1,7	0,3	3,0
Normal	18	15,0%	36	30,0%				
Sobrepeso	27	22,5%	19	15,8%				
Obesidad	9	7,5%	3	2,5%				
Diabetes								
SI	1	0,8%	0	0,0%	0,315			
No	59	49,2%	60	50,0%				
ITU								
SI	21	17,5%	8	6,7%	0,006	3,5	1,4	8,7
No	39	32,5%	52	43,3%				
Patologías uterinas								
SI	1	0,8%	0	0,0%	0,315			
No	59	49,2%	60	50,0%				

Fuente: Fuente: Historia Clínica del C.S.T (2021-2022)

Interpretación: En la Tabla N°4 se analizó la relación entre el estado nutricional y el aborto espontáneo en mujeres embarazadas, y se encontró que hubo una relación estadísticamente significativa (P: 0,006), asimismo las gestantes con sobrepeso

presentaron 1,7 veces más riesgo de sufrir aborto, con un (OR: 1,7 IC 95%: 0,3-3,0).

Además, se evidencio que no existió relación estadísticamente significativa entre diabetes y el aborto espontáneo en gestantes (P: 0,315), demostrando que este indicador no represento riesgo para presentar un aborto.

Por otro lado, se observó que si existió una relación estadísticamente significativa entre infección del tracto urinario y el aborto espontáneo (p: 0,006), asimismo se mostró que las gestantes con infección del tracto urinario presentaron 3,5 veces más riesgo de tener aborto espontáneo, que las que no tuvieron infección del tracto urinario, con un (OR: 3,5 IC 95%: 1,4-8,7).

Finalmente se observó la relación entre patologías uterinas y el aborto espontáneo en gestantes, donde se evidencio que no existió una relación estadísticamente significativa (P: 0,315), mostrando que este indicador no represento riesgo para presentar un aborto.

DISCUSIONES

En esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados, con respecto a los factores de riesgo sociodemográficos: edad, estado civil, grado de instrucción; consumo de alcohol, procedencia y ocupación laboral, entre los cuales se encontró que, si existió asociación con el aborto espontáneo en mujeres mayores de 34 años ($p=0,003$, $OR=3,3$), con estado civil conviviente ($p=0,000$, $OR=3,9$) y grado de instrucción secundaria ($p=0,043$, $OR=1,7$), todos estos indicadores presentaron riesgo de padecer el problema.

Estos hallazgos a nivel internacional son respaldados por Luo Q, (2023), quien demostró que las gestantes >34 años tenían mayor prevalencia de presentar abortos espontáneos, con un ($OR = 2,131$). Además, Wang X, (2021), mostró que las mujeres con educación primaria ($OR=5,13$) y con educación secundaria ($OR=4,91$) presentaron mayor probabilidad de presentar una pérdida, además, Ahinkorah B, (2021), en su estudio mostró que la gestante con educación primaria y con edades entre 25-34 años presentaron mayor riesgo de aborto espontáneo, con un ($OR=1,42$) y ($OR=1,62$), respectivamente. También Ghimire P, (2020), quien indicó que las mujeres entre 15 y 19 años ($OR=1,73$) y ser \geq de 40 años ($ORa=2,12$) tuvieron mayor probabilidad de presentar aborto. Por último, Zheng D, (2017), nos indicó que las gestantes con un nivel educativo bajo tenían mayor probabilidad de sufrir una pérdida, en comparación con las gestantes con alto nivel educativo ($OR=0,90$), además

mencionó que hay una asociación entre educación y el aborto en las zonas urbanas (OR=0,66).

Estos resultados a nivel nacional coinciden con el estudio de Ticona L, (2023), quien reportó que las gestantes con estado civil soltera y conviviente tuvieron mayor riesgo de sufrir una pérdida del embarazo, con un (OR=10,26) y (OR=4,60), respectivamente.

Por otro lado, Barrera W, (2022), quien reportó que las gestantes menores de 18 años presentaron mayor riesgo de aborto espontáneo (OR=5,52), así mismo Bendezú A, (2020) mostró que tener menos de 20 años y tener educación secundaria presentaron mayor riesgo de padecer aborto, con un (OR=4,667) y (OR=6,392), respectivamente.

Finalmente, Maravi S, (2020) demostró que la edad materna representó un factor de riesgo, con un (OR=2,32).

Considerando lo mencionado anteriormente y al examinar estos resultados, podemos afirmar que la edad materna, estado civil y grado de instrucción mostraron riesgo significativamente mayor de presentar aborto espontáneo, este resultado nos llama a la reflexión para incentivar al personal de salud para detección temprana y oportuna de las gestantes, asimismo realizar un trabajo conjunto e interdisciplinario para dar un nuevo paso en la protección de la salud y los derechos de la mujer, es así que el aporte de los ginecólogos y obstetras es fundamental para el desarrollo de un plan estratégico que permita disminuir los casos de aborto espontáneos.

Con respecto a los factores de riesgo gineco obstétricos: aborto previo, paridad, control prenatal, edad gestacional y uso previo de métodos anticonceptivo, de los cuales se halló que si existió asociación con el aborto espontáneo en gestantes que presentaron un aborto previo, ($p=0,003$, $OR=3,7$), paridad ($p=0,008$, $OR=4,3$), sin control prenatal ($p=0,000$, $OR=3,3$) y edad gestacional ($p=0,000$, $OR= 5,9$). Estos resultados a nivel internacional fueron corroborados por Luo Q, (2023), mostró que las gestantes con antecedentes de aborto espontáneo tenían mayor riesgo de presentar aborto, con un ($OR=1,513$), por su parte Wang X, (2021), quien indicó que las mujeres con antecedentes de aborto tuvieron más riesgo de presentar aborto ($OR=1,88$).

Diversos estudios a nivel nacional concuerdan con los datos obtenidos en el nuestro, como los realizados por Ticona L, (2023), que mostró que la falta de atención prenatal, tener antecedentes de dos abortos y ser multípara tuvieron mayor riesgo de presentar aborto, con un ($OR=65$), ($OR=4,88$) y ($OR=3,13$), respectivamente. Además, Barrera W, (2022), demostró que las gestantes \leq a 12 semanas y tener 1 a 4 abortos previos presentaron más riesgo de sufrir este problema, con un ($OR=11,51$) y ($OR=9,33$). Por otro lado, Bendezú A, (2020), demostró que los antecedentes de aborto son factor de riesgo para presentar una pérdida de embarazo, con un ($OR=5,303$), por último, Maravi S, (2020), indicó que la paridad y antecedentes de aborto presentaron mayor riesgo de aborto espontáneo, con un ($OR=1,79$) y ($OR=3,83$), respectivamente.

Dado lo mencionado anteriormente y al examinar estos hallazgos, podemos concluir que el antecedente de aborto, la paridad, la edad gestacional y la asistencia prenatal demostraron un riesgo significativamente mayor de aborto espontáneo. Estos resultados subrayan la importancia del aborto espontáneo como un importante problema de salud pública, lo cual se atribuye en parte a la falta de cumplimiento de la atención prenatal adecuada. Por lo tanto, enfatizamos la necesidad de una atención inmediata para todas las mujeres embarazadas y que los profesionales de la salud brinden una atención integral a las pacientes afectadas.

Por último, con respecto a los factores de riesgo patológicos: estado nutricional, diabetes, infección del tracto urinario y patologías uterinas, entre ellos, que si existió relación con el aborto espontáneo son las mujeres con índice de masa corporal con sobrepeso ($p= 0,006$, $OR=1,7$) e infección del tracto urinaria ($p=0,006$, $OR=3,5$). Estos resultados a nivel internacional son corroborados por Ghimire P, (2020), quien demostró que las gestantes obesas tienen más probabilidad de sufrir un aborto, con un ($OR=1,45$).

Estos resultados a nivel nacional corresponden con el estudio de Ramos J, (2022), quien mostró que las gestantes que presentaron infección del tracto urinario tuvieron mayor riesgo de sufrir aborto, con un ($OR=4,2$). Además, Barrera W, (2022), indicó que las mujeres con infección presentaron mayor riesgo de aborto espontáneo, con

un (OR=15,59). Finalmente, Maravi S, (2020), mostró que el índice de masa corporal de sobrepeso presento mayor probabilidad de aborto espontaneo, con un (OR=1,3). En tal sentido bajo lo referido anteriormente y al analizar estos resultados podemos afirmar que el sobrepeso e infección del tracto urinario mostraron riesgo significativamente mayor de presentar aborto espontáneo, estos resultados nos muestran que a menudo no hay nada que se puede hacer para prevenir un aborto espontáneo, solo recomendar a la gestante que tenga el cuidado adecuado de su persona y del bebé, que acuda de forma regular a las consultad de atención prenatal, que evite los factores de riesgos conocidos del aborto espontáneo como infección del tracto urinario y obesidad.

VI. CONCLUSIONES

La investigación realizada describió los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera durante los años 2021 y 2022, de la cual se pudo determinar que en este establecimiento los factores de riesgo son de tipo sociodemográficos, gineco obstétricos y patológico.

- De los factores de riesgo sociodemográficos que se tuvieron en cuenta vemos que la edad mayor a 34 años (OR=3,3), el estado civil conviviente, con un (OR=3,9) y el nivel de instrucción secundaria (OR=1,7), se hallaron como factores de riesgo para este problema.
- Dentro de los factores de riesgo gineco obstétricos propuestos hallamos que tener un aborto previo, es un factor de riesgo para presentar un nuevo aborto, con un (OR=3,7), asimismo las mujeres multíparas tenían mayor probabilidad de sufrir un aborto espontáneo que las nulíparas, primíparas y gran multíparas, con un (OR=4,3), por otro lado, encontramos como factor de riesgo para presentar este problema aquellas mujeres que no recibieron control prenatal, con un (OR=3,3). Finalmente, las mujeres que tenían una edad gestacional menor o igual a 12 semanas sufrieron de manera considerable este problema en comparación con las mujeres con una edad gestacional mayor a 12 semanas (OR=5,9).
- En el otro factor patológico: se halló como factor de riesgo para desarrollar aborto espontáneo índice de masa corporal de sobrepeso en comparación con gestantes con bajo peso, normales y obesas, con un (OR=1,7); además, las mujeres con infección del tracto urinaria (OR=3,5) tenían mayor probabilidad de un aborto espontáneo a diferencia a gestantes sin infección del tracto urinario.

VII. RECOMENDACIONES

- Con base a los resultados, se sugiere enfocar las estrategias de prevención y atención de aborto espontáneo en gestantes en grupos de edad específico, como aquellas mujeres mayores 34 años.
- Se recomienda a las mujeres acudir a los centros de salud para planificación familiar, además se deben impartir sesiones educativas sobre factores de riesgo a las mujeres mayores para que comprendan la importancia de los cuidados y la aparición de complicaciones de la edad avanzada. Además, se debe monitorear y elaborar estrategias para las mujeres con niveles de educación secundaria y conviviente, ya que este grupo es el más afectado por el aborto espontáneo.
- Se debe informar y buscar las causas de este problema en las mujeres con aborto previo, además dar conocimiento a las multíparas sobre los diferentes métodos anticonceptivos presentes en nuestro medio. También el personal de salud debe captar de manera oportuna a mujeres embarazadas, proporcionarles paquetes básicos de atención prenatal, darle a conocer sobre los signos de alarma del embarazo y asimismo advertirles que la atención prenatal es muy importante para prevenir un aborto espontáneo.
- Las mujeres que planean un embarazo deben recibir información sobre la importancia de mantener un peso adecuado antes y durante el embarazo. Porque si se aumenta demasiado de peso pueden surgir complicaciones durante el embarazo. Por lo tanto, se debe recomendar una dieta sana y equilibrada a toda mujer con sobrepeso u obesidad y también se debe decir que las mujeres deben mantener una higiene íntima adecuada para prevenir infecciones del tracto urinario.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. López D, Morales M, Ramos G. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. [Internet]. [citado 28 noviembre 2023]; 5(4). Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/193/223>
2. Rodríguez C, De los Ríos M, González A, Quintana D, Sánchez I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Multimed [Internet]. 2020 dic [citado 27 Ago 2023]; 24(6): 1349-1365. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v24n6/1028-4818-mmed-24-06-1349.pdf>
3. Institute Guttmacher. Aborto en América Latina y el Caribe. Hoja informática. [Internet]. 2018 [citado 28 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>
4. Bouquet de Durán R. Aborto espontáneo. Liberabit. [Internet] 2012 [citado 28 noviembre 2023]; 18(1), 53-58. Recuperado en 05 de diciembre de 2023. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100007&lng=es&tlng=es.
5. Castillo S, Fuentes A, Paulos A, De la Rosa E. Estudio cromosómico en abortos espontáneos. Rev.chil.obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [citado 27 agosto 2023]; 79(1): 40-46. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v79n1/art07.pdf>
6. Pilar Fernández-Rivas, José Agustín Portas-Yáñez, Jesús María-Batuecas. Alivio del sufrimiento psicológico en pacientes que sufrieron aborto espontáneo y sus familiares. Rev. De salud y cuidados. [Internet]. 2022[citado 27 Ago 2023]. Disponible en: <http://revistasaludycuidado.uaemex.mx/>
7. Diana Palma-Lozano, Luyo D, Cardenas J, Borneo E, Diaz A. Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari, Huánuco, 2018-2020. Rev. Perú Cienc Salud. [Internet].2021 [citado 27 Ago 2023]; 3(1):20-5. Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/240e/12>
8. Gallegos V, Cárdenas F, Alvarado A, Luzuriaga C. Complicaciones y factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adolescentes. Rev. Brazilian Journal of Health Review. [Internet]. 2023 [citado 27 Ago 2023]; 6(1). Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/56971/41769>

9. Ministerio de salud [Internet]. Lima: MINSA; 2019. Análisis de Situación de Salud del Perú; diciembre 2019 [citado 28 Ago 2023]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf
10. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos PROMSEX [Internet]. El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú; 2018 [citado 28 Ago 2023]. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
11. Dirección de salud Apurímac II-Andahuaylas. Análisis de la situación de la salud DISA APURIMAC II 2021 [Internet]. Andahuaylas; 2022 [citado 28 Ago 2023]. Disponible en: <http://www.disachanka.gob.pe/>
12. Campos M. Análisis de situación de salud del distrito de Talavera 2021 [Internet]. Talavera: Centro de Salud de Talavera; 2022 [citado 28 Ago 2023]. Disponible en: Disachanka.Gob.pe/web/index.php/files/31/Asis-local/674/ASIS-TALAVERA-2020REV.pdf
13. Solar F, Rumante K, Valenzuela F, Durán M, Bugueño M, et al. Experiencia clínica del uso de la ficha SIP/CLAP en mujeres con aborto espontáneo resuelto por vía quirúrgica. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Ago [citado 28 Sep 2023]; 85(4): 324-334. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n4/0717-7526-rchog-85-04-0324.pdf>
14. Patiño E, Porzio M. Frecuencia de abortos espontáneos en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Clínicas. Med. clín. soc. [Internet]. 2021 Aug [citado 28 setiembre 2023]; 5(2):76-79. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2521-22812021000200076&lang=es
15. Luo Q, Qin J, Wang H, Hu Y, Yang L, et al. Factors associated with spontaneous miscarriage risk in IUI treatment: A retrospectively cohort of 31,933 cycles. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. [Internet]. 2023 Jul [citado 02 agosto 2023]; 286:61-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37209524/>
16. Wang X, Lin Y, Liu Z, Huang X, Chen R, et al. Analysis of the causes and influencing factors of fetal loss in advanced maternal age: a nested case-control study. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2021 [citado 02 agosto 2023]; 21(1):538. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348690/>

17. Ahinkorah B, Seidu A, Ameyaw E, Budu E, Bonsu F, et al. Beyond counting induced abortions, miscarriages and stillbirths to understanding their risk factors: analysis of the 2017 Ghana maternal health survey. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2021 [citado 02 agosto 2023]; 21(1):140. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33593319/>
18. Ghimire P, Akombi-Inyang B, Tannous C, Agho K. Association between obesity and miscarriage among women of reproductive age in Nepal. PLoS One. [Internet]. 2020 [citado 02 agosto 2023];15(8): Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32760090/>
19. Zheng D, Li C, Wu T, Tang K. Factors associated with spontaneous abortion: a cross-sectional study of Chinese populations. Reprod Health. [Internet]. 2017 [citado 05 agosto 2023];14(1):33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259178/>
20. Ticona Mamani L. Factores clínicos y obstétricos asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas por el servicio de gineco – obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 – 2019 [tesis para optar el título Profesional de Médico Cirujano en Internet]. Tacna-Perú: Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023 [citado 03 agosto 2023]. 83 p. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4935>
21. Ramos Flores J. Factores sociodemográficos y clínicos relacionados al aborto espontáneo en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2021 [tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano en Internet]. Ica-Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de ciencias de la Salud; 2022 [citado 03 agosto 2023]; 58 p. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4390>
22. Barrera Herrera W. Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital II-1 Huaycán, 2019 [tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia en Internet]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2022 [citado 03 agosto 2023]. 33 p. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9580>
23. Bendezu Gavilan A. Factores asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Sergio E. Bernaldes

- durante el periodo 2019 [tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano en Internet]. Lima-Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020 [citado 03 agosto 2023]. 54 p. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2462>
24. Maravi Ricse S. Aborto espontáneo y factores asociados en mujeres a partir de los 35 años de edad atendidas en el centro médico naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” durante el año 2018 [tesis para optar el título profesional de Médica Cirujana en Internet]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2020 [citado 03 agosto 2023]. 71p. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2992>
25. Erviti J. El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia. [Internet]. México; [citado 20 setiembre 2023]; Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/>
26. Lorenzo D. Teorías Bioéticas, protección de la vida y Ley natural. Cuadernos de Bioética. [Internet]. 2019 [citado 20 setiembre 2023]; 30(100):263–74. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/100/263.pdf>
27. Mora-Alferez A. Pamela, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, et al. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. Rev. peru. ginecol. Obstet. [Internet]. 2016 [citado 20 setiembre 2023];62(2):141-151. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002
28. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. Acta bioeth. [Internet]. 2014 [citado 20 setiembre 2023]; 20(2):189-195. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200006
29. Vera B. Factores de riesgo para COVID-19 en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, marzo-diciembre 2020. Horiz. Med. [Internet].2021 [citado 20 setiembre 2023]; 21(3): e1382. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v21n3/2227-3530-hm-21-03-e1382.pdf>
30. Espinoza M. Factores sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos relacionados al aborto en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa, enero – noviembre del 2019 [tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano en Internet]. Perú: Universidad Nacional de Ucayali, Facultad de Medicina Humana;

- 2021 [citado 29 agosto 2023]. 65 p. Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/4334>
31. Hu X, Miao M, Bai Y, Cheng N, Ren X. Reproductive factors and risk of spontaneous abortion in the Jinchang cohort. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. Nov 2018 [citado 05 agosto 2023]; 15(11):2444. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2444/htm>
32. Wu J, Lin S, Kong S. Psychological Stress and Functional Endometrial Disorders: Update of Mechanism Insights. *Front Endocrinol (Lausanne)*. [Internet]. 2021[citado 20 agosto 2023]; 12:690255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8369421/>
33. Andersen K, Khanal R, Teixeira A, Neupane S, Sharma S, et al. Marital status and abortion among young women in Rupandehi, Nepal. *BMC Womens Health*. [Internet]. 2015[citado 20 agosto 2023]; 15:17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4350858/>
34. Kurspahić-Mujčić A, Mujčić A. The relationship between education and self-reported mental and physical health. *Med Glas (Zenica)*. [Internet]. 2019 [citado 21 agosto 2023];16(1):102-107. Disponible en: <https://ljkzedo.ba/mg30/13-Kurspahic-Mujcic-969-A.pdf>
35. Denny C, Acero C, Terplan M, Kim S. Trends in Alcohol Use Among Pregnant Women in the U.S., 2011-2018. *Am J Prev Med*. [Internet]. 2020 [citado 21 agosto 2023];59(5):768-769. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7919100/>
36. Ariste R. Availability of health workforce in urban and rural areas in relation to Canadian seniors. *Int J Health Plann Manage*. [Internet]. 2019 [citado 23 agosto 2023]; 34(2):510-520. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480342/>
37. Kumar S, Sharma A, Kshetrimayum C. Environmental & occupational exposure & female reproductive dysfunction. *Indian J Med Res*. [Internet]. 2019 [citado 21 agosto 2023]; 150(6):532-545. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32048617/>
38. Magnus M, Wilcox A, Morken N, Weinberg C, Håberg S. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ* [Internet]. 2019 [citado 26 agosto 2023]; 364: 1-8. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l869>

39. Ciriaco J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad del Hospital Rezola en el periodo Enero – Diciembre del año 2018 [tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano en Internet]. Lima-Perú: Universidad privada San Juan Bautista, Facultad de ciencias de la salud, 2019. [citado 22 de agosto 2023]; 49 p. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2214>
40. Hegelund E, Urhoj S, Andersen A, Mortensen L. Interpregnancy Interval and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A Register-Based Study of 328,577 Pregnancies in Denmark 1994-2010. Matern Child Health J. [Internet]. 2018 [citado 23 agosto 2023]; 22(7):1008-1015. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-018-2480-7>
41. Gomez R, Hafezi N, Amrani M, Schweiger S, Dewenter M, et al. Genetic findings in miscarriages and their relation to the number of previous miscarriages. Arch Gynecol Obstet. [Internet]. 2021 [citado 28 agosto 2023]; 303(6):1425–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8087554/>
42. Nagamine M, Matsumura K, Tsuchida A, Inadera H. Relationship between prenatal checkup status and low birth weight: a nationwide birth cohort-the Japan Environment and Children's Study. Ann Epidemiol [Internet]. 2023 [citado 28 agosto 2023]; 83:8-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S104727972300073X?via%3Dih>
[u](#)
43. Moradinazar M, Najafi F, Nazar Z, Hamzeh B, Pasdar Y, et al. Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study. J Pregnancy [Internet]. 2020 [citado 02 setiembre 2023]; 2020:4871494. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7201453/>
44. Rodrigo A, Sosa D, Barranguero M. ¿Cómo funciona el DIU? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas? Rev Medica Reproducción Asistida [Internet]. 2019 [citado 05 setiembre 2023]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/diu-dispositivo-intrauterino/>
45. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 [citado 05 setiembre 2023]; 10(2). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es.

46. Quenby S, Gallos I, Dhillon-Smith R, Podsek M, Stephenson M, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. [Internet] 2021 [citado 06 setiembre 2023]; 397(10285):1658-1667. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33915094/>
47. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams Obstetricia: Complicación al inicio del embarazo. 25ª ed. México, editor McGraw-Hill; 2019 [citado 26 agosto 2023]. 1328 p.
48. OPS/OMS. Diabetes. Organización Panamericana de la salud [Internet]. [citado 07 setiembre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
49. Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento E, Osoreo-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2006 [citado 08 setiembre 2023]; 23(1): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
50. Wabe Y, Reda D, Abreham E, Gobene D, Ali M. Prevalence of Asymptomatic Bacteriuria, Associated Factors and Antimicrobial Susceptibility Profile of Bacteria Among Pregnant Women Attending Saint Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. *Ther Clin Risk Manag* [Internet]. 2020 [citado 09 setiembre 2023]; 16:923-932. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7532909/>
51. Encinas A, Lapuente O, López A, Cuadra M, Ugarte L, et al. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Práctica Clínica Correspondencia: La influencia del tiempo de reevaluación en el éxito del tratamiento del aborto diferido con misoprostol. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 [citado 05 agosto 2023]; 59(4):247-251. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n4/004_PROG16_11.pdf
52. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología: Aborto espontaneo y aborto recurrente [Internet]. Duodécima Edición. 2021 [citado 05 agosto 2023]; 761 p. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/11/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2021-11112020.pdf>

53. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Schwarcz Obstetricia: Las hemorragias durante el embarazo. 6ª ed. Editorial El Ateneo; 2014 [citado 05 agosto 2023]. 728 p.
54. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018: Aborto [Internet]. Lima: INMP; 2018 [citado 06 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
55. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo Asistencia en Obstetricia: Aborto espontaneo [Internet]. Habana: proSEGO; 2010 [citado 08 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501310004565>
56. Ho A, Hernandez A, Robb J, Zeszutek S, Luong S, et al. Spontaneous Miscarriage Management Experience: A Systematic Review. Cureus [Internet]. 2022 [citado 08 setiembre 2023]; 14(4): e24269. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35602780/>
57. Devall A, Papadopoulou A, Podesek M, Haas D, Price M, et al. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021 [citado 24 agosto 2023]; 4(4):CD013792. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33872382/>
58. Murphy F, Philpin S. Early miscarriage as 'matter out of place': an ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. Int J Nurs Stud [Internet]. 2010 [citado 08 agosto 2023]; 47(5):534-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19931860/>
59. Alvarado A. JC. Apuntes de Obstetricia. Tercera Ed. E.I.R.L. M del P, editor. Perú; 2022. 30 p.
60. Ministerio de salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2007 [citado 09 agosto 2023]. 57 p. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
61. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. En t. J. Morfol. [Internet]. 2014 [citado 30 setiembre 2023]; 32(2): 634-645. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>

62. Veiga J, Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med. segur. trab. [Internet]. 2008 [citado 13 de octubre 2023]; 54(210): 81-88. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011
63. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª ed. Vol.2. Mexico: Mexicana; 2014 [citado 13 de octubre 2023].634 p. Disponible de: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/4.LIBRO Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20Hern%C3%A1ndezSampieri,%20Fernandez%20y%20Baptista%206%C2%B0%20\(2\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/4.LIBRO%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20Hern%C3%A1ndez%20Sampieri,%20Fernandez%20y%20Baptista%206%C2%B0%20(2)%20(1).pdf)

IX. ANEXOS

a. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACION	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	DISEÑO METODOLÓGICO
Problema general	Objetivo general	Teórica	Hipótesis General	VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de riesgo	Factores sociodemográficos	Edad	a) <20 b) 20-34 c) >34	ENFOQUE Cuantitativo
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?	Determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.	En el contexto actual debemos entender que el aborto espontáneo es un problema de salud pública, es sin duda la complicación más común de todos los embarazos; se estima que el 15 % de los embarazos reconocidos (embarazos clínicos) terminan en aborto y aproximadamente el 25 % de las mujeres experimentan un aborto clínico durante su vida reproductiva ¹⁴ . El estudio permitirá generar evidencia científica necesaria para determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo; asimismo los hallazgos del estudio contribuirán nuevos conocimientos científicos al personal de salud.	H₁ : Existe relación significativa entre los factores de riesgo y el aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022. H₀ : No existe relación significativa entre factores de riesgo y el aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.	VARIABLE DEPENDIENTE Aborto espontáneo		Estado civil	a) Soltera b) Conviviente c) Casada	ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN Observacional
						Grado de instrucción	a) Sin estudio b) Primaria c) Secundaria d) Superior	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Analítico de casos y controles
						Consumo de alcohol	a) Si b) No	POBLACIÓN
						Procedencia	a) Urbano b) Rural	Historias clínicas de las gestantes con aborto espontáneo (casos) y sin aborto espontáneo (controles).
					Factores ginecoobstétricos	Ocupación laboral	a) Ama de casa b) Agricultora c) Comerciante d) otros	
						Aborto previo	a) Si b) No	MUESTRA 60 gestantes con aborto espontáneo y 60
						Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara	

Problemas específicos	Objetivos específicos	Metodológica													
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo gineco obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo patológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022?</p>	<p>O₁: Describir los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.</p> <p>O₂: Identificar los factores de riesgo gineco obstétricos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.</p> <p>O₃: Enumerar los factores de riesgo patológicos asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.</p>	<p>El diseño de investigación corresponde a un estudio de casos y controles con dos grupos y con dos mediciones. De la misma manera la presente investigación validara y usara una lista de chequeo para determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes en el Centro de Salud de Talavera, tomando en cuenta las características sociodemográficas.</p>					d) Gran multipara	gestantes sin aborto espontáneo que acudieron al Centro de Salud Talavera, 2021-2022.							
							Control prenatal	a) Si b) No	TÉCNICA Análisis documental						
							Edad gestacional	a) <=12 semanas b) >12 semanas	INSTRUMENTO Ficha de recolección de datos.						
							Uso previo de métodos anticonceptivo	a) Si b) No							
							Factores patológicos	Estado nutricional (IMC)		a) Bajo peso b) Normal c) Sobrepeso d) Obesidad					
								Diabetes	a) Si b) No						
								Infección del tracto urinario	a) Si b) No						
								Patologías uterinas	a) Si b) No						
							Practica		En el cual brindara un reflejo de la situación actual del problema permitiendo un mejor entendimiento para plantear soluciones que permitan atender dicho problema.						

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:.....

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica

-----**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**

c. Validación del instrumento para el juicio de expertos

Anexo 3

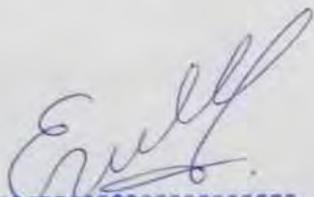
b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica No Aplica


Obst. Evelyn Karla Medina Nolasco
 MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA
 COP: 27854 RENOMIA - COP:115

----- FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Anexo 3

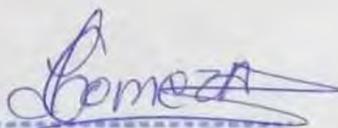
b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:.....

VALIDACION: Aplica No Aplica


 Lina Gómez Alcaraz
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 COP: 12504
 RNE 131 - E - 12

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Anexo 3

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica No Aplica

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DE CUSCO
Mgtr. Saturno Freddy Ccanoco Medina
DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL
DE OBSTETRICIA

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Anexo 3

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

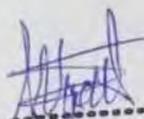
PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?				4	
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				4	
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?				4	
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?				4	
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				4	
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?				4	

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica


Silvia Z. Vega Mamani
 Mag. Salud Pública y Comunitaria
 RENOMA: 179 COP: 17150

----- FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

d. Lista de expertos

- Mg. Evelyn Karla Medina Nolasco
- Mg. Lina Gómez Alcarraz
- Mg. Saturnina Truddy Ccancce Medina
- Mg. Silvia Z. Vega Mamani

e. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS			
Instrumento de recolección de datos para identificar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Talavera, 2021-2022.			
Objetivo: Recolectar información para el desarrollo de la investigación.			
Fecha:	Numero de HC:		Numero de ficha:
Gestante con aborto espontáneo:	()	Gestante sin aborto espontáneo	()
Factores sociodemográficos	Edad	a) <20	()
		b) 20-34	()
		c) >34	()
	Estado civil	a) Soltera	()
		b) Conviviente	()
		c) Casada	()
	Grado de instrucción	a) Sin estudio	()
		b) Primaria	()
		c) Secundaria	()
		d) Superior	()
	Consumo de alcohol	a) Si	()
		b) No	()
	Procedencia	a) Urbano	()
		b) Rural	()
Ocupación laboral	a) Ama de casa	()	
	b) Agricultor	()	
	c) Comerciante	()	
	d) Otros	()	
Factores gineco obstétricos	Aborto previo	a) Si	()
		b) No	()
	Paridad	a) Nulípara	()
		b) Primípara	()
		c) Multípara	()
		d) Gran multípara	()
	Control prenatal	a) Si	()
		b) No	()
	Edad gestacional	a) <=12 semanas	()
		b) >12 semanas	()
	Uso previo de métodos anticonceptivos	a) Si	()
		a) No	()

Factores patológicos	Estado nutricional	a) Bajo peso	()
		b) Normal	()
		c) Sobrepeso	()
		d) Obesidad	()
	Diabetes	a) Si	()
		b) No	()
	Infección del tracto urinario	a) Si	()
		b) No	()
	Patologías uterinas	a) Si	()
		b) No	()

Fiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach del instrumento de recolección de datos

ESTADISTICA DE FIABILIDAD	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,878	15

- Evidencia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

SOLICITO: ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA PARA OBTENER DATOS DE LAS MUJERES GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS DURANTE LOS AÑOS 2021 Y 2022.

GERENTE DEL CENTRO DE SALUD DE TALAVERA

Lic. WILLIAM ZORRILLA AQUINO

Yo Amelia Cceñua Rupailla, identificada con DNI 72240586, Bachiller en obstetricia de la escuela profesional de obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco filial Andahuaylas, ante Ud. Me dirijo con el fin de expresarle mi cordial saludo con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo la necesidad de optar el título profesional de obstetricia, respetuosamente

SOLICITO: ACCESO A LAS HISTORIAS CLINICAS DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA PARA OBTENER DATOS DE LA MUJERES GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS DURANTE LOS AÑOS 2021 Y 2022; el cual es un requisito para tener como base de dato para la sustentación de la modalidad de tesis para obtener el título profesional de Obstetra.

Seguro de contar con la atención que brinde, quedo con usted muy agradecida

Andahuaylas, 04 octubre del 2023



[Handwritten signature]
Lic. Zorrilla Aquino
LIC. ZORRILLA AQUINO
C.P. 8234

[Handwritten signature]
AMELIA CCEÑUA RUPAILLA

DNI: 72240586

CI AS TALAVERA
N° PROFESIONAL 264
FECHA 04-10-23 HORA 17:27
N° FOLIOS 01

[Handwritten signature]

