



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO
EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE
HUANCANÉ, 2023

TESIS PRESENTADA POR:
ROSALINE ISELA MONGE SALAS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD
MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD

MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO

EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL

LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE

HUANCANÉ, 2023

TESIS PRESENTADA POR

ROSALINE ISELA MONGE SALAS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE

MAGISTER EN SALUD

MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL JURADO

:


Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

MIEMBRO DEL JURADO

:


Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

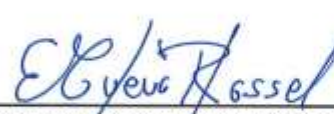
MIEMBRO DEL JURADO

:


Dr. ENRIQUE GENARO APAZA CHIRINOS

ASESOR DE TESIS

:


Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUD PÚBLICA – P43



UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°344-2025-D-EPG-UANCV/J

Juliaca, 10 de setiembre del 2025

VISTOS:

El expediente N°2025-005093 presentado por el (la) Bach: **MONGE SALAS ROSALINE ISELA**, con número de DNI 40839810 asignado (a) con código de matrícula 27139021 de la **Maestría en SALUD** Mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Bach: **MONGE SALAS ROSALINE ISELA** con número de DNI 40839810 asignado (a) con código de matrícula 27139021 de la **Maestría en SALUD** Mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** ha solicitado fecha y hora, modalidad de sustentación de la Tesis Titulada: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023**, La misma que pertenece a la Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA – P43** y;

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los Jurados el 03 de diciembre del 2024, Establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento para la Obtención del Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – DECLARAR EXPEDITO para la Sustentación de la Tesis Titulada: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023** Elaborado por el (la) Bachiller: **MONGE SALAS ROSALINE ISELA**, la terna de Jurados está integrado por los siguientes docentes:

Presidente del Jurado	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Primer miembro	: Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Segundo miembro	: Dr. ENRIQUE GENARO APAZA CHIRINOS
Asesor de Tesis	: Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

ARTÍCULO SEGUNDO. - El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

Fecha	: Viernes 12 de setiembre del 2025
Hora	: 02:00 pm
Lugar	: Aula N°208 C.C. N°03 – 2do Piso

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Maestría con el grado de **MAGISTER** de los estudiantes que ingresaron antes a la aprobación de la ley Universitaria N° 30220.

ARTÍCULO TERCERO. - Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.


DIRECTOR



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 00856-2025-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 14 Agosto del 2025

VISTOS:

El expediente N°, 2025-005401, Presentado por el (a) Bach. **MONGE SALAS ROSALINE ISELA**, con número de DNI **40839810** y con Código de matrícula N° **27139021**, quien solicita cambio del Asesor, Presidente y Primer Miembro de la terna de jurados del comité de investigación de la Tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023**, Para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en **SALUD**, mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, Línea de investigación **SALUD PÚBLICA - P43** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente N°, 2025-005401, el **Bach. MONGE SALAS ROSALINE ISELA**, solicita cambio del Asesor, Presidente y Primer Miembro de la terna de jurados del comité de investigación de la Resolución Directoral N° 1023-2024-USA-EPG/UANCV, de fecha 25 de julio del 2024, de aprobación de proyecto de investigación, en el que se le asignó, Presidente a la Dra. Sonia Benita Fernandez Tapia, Primer Miembro Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari, Asesor Dr. Fredy Irbio Chalko Vargas, los mismos que se cambian por disponibilidad de tiempo.

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 25 de junio del 2024, registrado en el Folio N° 0005692 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a la establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones contenidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL ASESOR, PRESIDENTE Y DEL PRIMER MIEMBRO DE LA TERNA DE JURADOS DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN, para su revisión de la tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023**, presentada por el (a) Bach. **MONGE SALAS ROSALINE ISELA**, de la Maestría en: **SALUD**, conformado por los siguientes docentes:

Presidente	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Primer Miembro	: Dra. GLADYS MARUJA TORRRES CONDORI
Segundo Miembro	: Dr. ENRIQUE GENARO APAZA CHIRINOS
Asesor (a)	: Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

SEGUNDO.- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **MAGISTER** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Javier Antonio Quispe Zapana
DIRECTOR (a)

U. (00000000)
U. (00000000)
U. (00000000)
U. (00000000)

RESOLUCION DIRECTORAL N° 1023- 2024- USA-EPG/UANCV

Juliaca, 25 de julio del 2024.

VISTOS:

El expediente N° 8671, de fecha 17 de julio del 2024, presentado por el (la) Bachiller **ROSALINE ISELA MONGE SALAS** con DNI N° 40839810, código de matrícula 27139021, quien solicita resolución de aprobación de proyecto de tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023** Línea de investigación **SALUD PÚBLICA – P43**, para optar el grado de **MAGISTER** en: **SALUD**, mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez - Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, en el Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad de alto valor científico.

Que, según Resolución N° 0555-2019-UANCV-CU-R, de fecha 08 de noviembre del 2019, se aprueba el Reglamento para la obtención del grado académico de Magister, Maestro, Doctor y Titulación de los Programas de Segunda Especialidad Profesional de la Escuela de Posgrado.

Que, el **Art. 17**, establece que la aprobación del proyecto de investigación de tesis para la obtención de grados académicos de Magister, Maestro, Doctor se inicia con la presentación del proyecto de investigación de tesis según corresponda, en forma individual y conforme a las recomendaciones de la Escuela de Posgrado y estándares de la investigación científica, tecnológica y humanística.

Que, en el **Art. 60**, señala que la fecha límite para la presentación del borrador de tesis es de 02 años contados desde la emisión de la resolución de aprobación del proyecto de tesis, vencido el plazo máximo el candidato a Magister, Maestro o Doctor deberá presentar un nuevo proyecto de investigación de tesis.

Que, el **Art. 21**, establece que el Director de la Escuela de Posgrado y el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, nominarán por sorteo a 03 docentes miembros del comité de investigación.

Que, mediante oficio circular N° 00-USA-EPG/UANCV-J, de fecha #N/A, se nombra al Comité de Investigación del proyecto de tesis conformado por los siguientes docentes:

Presidente	: DRA. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Primer Miembro	: DR. LEPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Segundo Miembro	: DR. ENRIQUE GENARO APAZA CHIRINOS
Asesor	: DR. FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS

Que, con registro N° 0005692, de fecha 25 de junio del 2024, el Comité de Investigación del proyecto de tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023** cumple con los lineamientos y contenidos establecidos en reglamento de grado de investigación conducentes al grado académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado y en el artículo 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR, el Proyecto de investigación de Tesis de maestría y **AUTORIZAR** el desarrollo de la Tesis, titulado: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023** para obtener el grado académico de **MAGISTER** en: **SALUD** mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, de la UANCV.

SEGUNDO: ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo, Vicerrectorado de Investigación, Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento y cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese



IMPRONTA DEL VICEPRESIDENTE DE LA ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (a)



ROSALINE ISELA MONGE SALAS

RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALD...

 TESIS DE MAESTRIAS

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::13016:582405354

Fecha de entrega

23 abr 2026, 21:27 GMT-5

Fecha de descarga

24 abr 2026, 19:25 GMT-5

Nombre del archivo

T036_40839810_M.docx

Tamaño del archivo

10.7 MB

117 páginas

17.388 palabras

99.182 caracteres



TESIS UANCV

28% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 23%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 25%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios - UANCV

Título de la Tesis	
RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	Monge Salas, Rosaline Isela
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40839810
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-2767-331X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Cueva Rossel, Esperanza
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02558176
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7453-3382
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Zuñiga Medina, Enrique Eleuterio
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02419543
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4793-9053
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Torres Condori, Gladys Maruja
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Apaza Chirinos, Enrique Genaro



Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02413103
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8602-3219
Datos de investigación	
Línea de investigación	Salud Pública – P43
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA País: Perú Departamento: Puno Provincia: Huancané Distrito: Huancané Latitud: S 15° 12' 08" Longitud: O 69° 45' 41" https://maps.app.goo.gl/6gjhTtznc9poo2F9S7 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio del 2023 – Setiembre del 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 Ciencias de la Salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00



UNIVERSIDAD DE CUZCO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN - ETC



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ROSALINE ISELA MONGE SALAS, identificado con DNI

Nro. 40839810 en mi condición de egresado de:

- ☐ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☒ Programa de Maestría o Doctorado

MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico denominada:

RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023

Asesorado por: Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 22 de SETIEMBRE del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mi madre quien me alienta siempre a seguir adelante y a mis hijas, Maryori y Stephanie quienes han sido mi mayor motivación para seguir formándome académicamente y poder llegar a ser un ejemplo para ellas.



AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios, quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante y así mismo a mi familia por su comprensión y estímulo constante a lo largo de mi formación académica.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCION	xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Pregunta general.....	3
1.2.2. Preguntas específicas	3
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.7. HIPÓTESIS	7
1.7.1. Hipótesis general.....	7
1.7.2. Hipótesis específicas	7
1.8. VARIABLES.....	8



1.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	9
--	---

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	11
2.1.1. A nivel internacional	11
2.1.2. A nivel Nacional.....	14
2.1.3. A nivel local	19
2.2. BASES TEÓRICAS	22
2.2.1. Riesgos inminentes	22
2.2.2. Aborto en pacientes de ginecología.....	28
2.3. MARCO CONCEPTUAL	31
2.3.1. Aborto séptico.....	31
2.3.2. Evacuación uterina.....	31
2.3.3. Ginecología	32
2.3.4. Inminente.....	32
2.3.5. Interrupción.....	32
2.3.6. Irreversible.....	32
2.3.7. Procedimiento invasivo	32
2.3.8. Quirúrgico	33

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	34
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.4. TEMPORALIDAD	35



3.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	35
3.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
3.7.1. Población	35
3.7.2. Muestra	36
3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.8.1. Técnicas de la investigación	37
3.8.2. Instrumentos de la investigación	37
3.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	38
3.9.1. Validación de los instrumentos	38
3.9.2. Confiabilidad de los instrumentos	38
3.10. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS...	39

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS RIESGOS CLÍNICOS	60
4.2. RESULTADOS ABORTO	68
CONCLUSIONES	73
SUGERENCIAS	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
ANEXOS	82



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	9
Tabla 2. Rango de edad	41
Tabla 3. Número de hijos	44
Tabla 4. Abortos previos.....	46
Tabla 5. Condición uterina.....	48
Tabla 6. Embarazo deseado	50
Tabla 7. Enfermedades crónicas o endocrinas	52
Tabla 8. Enfermedades infecciosas durante el embarazo	54
Tabla 9. Problemas nutricionales	56
Tabla 10. Violencia familiar	58
Tabla 11. Estado del líquido amniótico	60
Tabla 12. Maduración placentaria	62
Tabla 13. Tratamientos de fertilidad previos	64
Tabla 14. Infecciones de transmisión sexual	66
Tabla 15. Tipo de aborto espontáneo	68
Tabla 16. Consecuencias del aborto.....	70



INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Rango de edad	42
Figura 2. Número de hijos.....	44
Figura 3. Abortos previos	46
Figura 4. Condición uterina	48
Figura 5. Embarazo deseado.....	50
Figura 6. Enfermedades crónicas o endocrinas	52
Figura 7. Enfermedades infecciosas durante el embarazo	54
Figura 8. Problemas nutricionales	56
Figura 9. Violencia familiar.....	58
Figura 10. Estado del líquido amniótico.....	60
Figura 11. Maduración placentaria	62
Figura 12. Tratamientos de fertilidad previos	64
Figura 13. Infecciones de transmisión sexual.....	66
Figura 14. Tipo de aborto espontáneo.....	69
Figura 15. Consecuencias del aborto	71



RESUMEN

La investigación tuvo por **Objetivo:** establecer la relación de los riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023. **Metodología:** Se desarrollo bajo el enfoque cuantitativo, método deductivo, diseño no experimental, tipo correlacional, nivel descriptivo. La muestra se encuentra conformado por 74 pacientes de ginecología. Se aplico la técnica de encuesta e instrumento cuestionario. **Resultados:** Las mujeres se encuentran en el rango de edad entre 17 y 35 años, son primíparas y no han tenido abortos anteriores, además de no presentar enfermedades que afecten la cavidad del útero. Sin embargo, los embarazos no fueron deseados y se diagnosticaron con condiciones como preeclampsia, infección de tracto urinario, y desnutrición, mientras que algunas enfrentaron violencia psicológica. Estos factores han contribuido a la ocurrencia de abortos espontáneos completos, generando un impacto emocional significativo en las pacientes. Asimismo, mayor porcentaje de las pacientes presentaron condiciones como oligohidramnios y calcificaciones placentarias. Además, no recibieron tratamiento para la fertilidad y a pesar de que no experimentaron infecciones de transmisión sexual durante el embarazo. Presentaron abortos espontáneos completos, los cuales han tenido un impacto emocional considerable en las pacientes. **Conclusión:** La presencia de riesgos inminentes muestra una relación positiva significativa con el aborto entre las pacientes de ginecología. Esto se evidencia en la prueba de correlación de Rho de Spearman, que arroja un coeficiente positivo de 0,835 con un valor de significancia de 0,000 ($p < 0,05$). Los riesgos inevitables y los factores clínicos asociados han resultado en abortos completos, impactando significativamente a nivel psicológico con repercusiones emocionales.

Palabras clave: Aborto, embarazo, fertilidad, ginecología, riesgo clínico.

ABSTRACT

The objective of the research was: to establish the relationship between imminent risks and abortion in gynecology patients at the Lucio Aldazabal Pauca Hospital in Huancané 2023. Methodology: It was developed under the quantitative approach, deductive method, non-experimental design, correlational type, descriptive level. The sample is made up of 74 gynecology patients. The survey technique and questionnaire instrument were applied. Results: The women are in the age range between 17 and 35 years, are primiparous and have not had previous abortions, in addition to not having diseases that affect the uterine cavity. However, the pregnancies were unwanted and were diagnosed with conditions such as preeclampsia, urinary tract infection, and malnutrition, while some faced psychological violence. These factors have contributed to the occurrence of complete spontaneous abortions, generating a significant emotional impact on patients. Likewise, a higher percentage of patients presented conditions such as oligohydramnios and placental-bioplacental calcifications. Additionally, they did not receive fertility treatment and even though they did not experience sexually transmitted infections during pregnancy. They had complete spontaneous abortions, which have had a considerable emotional impact on the patients. Conclusion: The presence of imminent risks shows a significant positive relationship with abortion among gynecology patients. This is evidenced by Spearman's Rho correlation test, which yields a positive coefficient of 0.835 with a significance value of 0.000 ($p < 0.05$). The inevitable risks and associated clinical factors have resulted in complete abortions, significantly impacting on a psychological level with emotional repercussions.

Keywords: Abortion, pregnancy, fertility, gynecology, clinical risk.



INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Cada día, los servicios de emergencia reciben pacientes por abortos, incluyendo embarazos programados que terminan en aborto debido a diversos factores. Esto aumenta el riesgo para muchas mujeres que esperaban su primer o segundo embarazo. Para garantizar el acceso a la atención de salud y avanzar en la satisfacción de los derechos humanos, es esencial ofrecer servicios de atención integral para el aborto. Los servicios de emergencia y ginecología están sobrecargados por la atención de abortos y postaborto. La falta de acceso a una atención segura, asequible y humana para el aborto pone en riesgo el bienestar físico, mental y social de las mujeres y niñas. Es necesario analizar las causas y riesgos que desencadenan estos problemas en las mujeres que acuden a los servicios de emergencia y ginecología.

En Latinoamérica, la salud reproductiva es un tema de creciente preocupación, especialmente en lo que respecta a los abortos y sus complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, cada día los servicios de emergencia en muchos países latinoamericanos reciben pacientes con complicaciones relacionadas con abortos, muchos de los cuales terminan en tragedia debido a diversos factores. Entre estos se encuentran la falta de acceso a servicios de aborto seguro y asequible, y las barreras sociales y económicas que impiden a muchas mujeres recibir la atención adecuada.



Estas dificultades no solo ponen en riesgo la salud física de las mujeres, sino también su bienestar mental y social. (1)

En Perú, la situación de los abortos y sus complicaciones es igualmente preocupante. El acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo la atención integral del aborto, es limitado, lo que exacerba el problema. Las estadísticas nacionales muestran un aumento en los casos de mujeres que buscan atención médica de emergencia debido a abortos, muchos de los cuales son el resultado de embarazos no deseados o fallidos. La falta de educación sexual integral y las restricciones legales en torno al aborto seguro contribuyen a este problema. Estas barreras afectan principalmente a las mujeres de sectores más vulnerables, incrementando su riesgo y afectando su salud de manera integral. (2)

A nivel local, en el Hospital Lucio Aldazábal Pauca de la provincia de Huancané, la situación es especialmente alarmante. Los servicios de emergencia y ginecología están sobrecargados con casos de aborto y atención postaborto. Las mujeres de esta región enfrentan serios desafíos para acceder a una atención médica adecuada, lo que incrementa los riesgos asociados con los abortos. Factores como la insuficiencia de recursos médicos, la falta de personal especializado y las barreras culturales y socioeconómicas agravan aún más la situación. Este contexto local refleja una necesidad urgente de analizar los riesgos inminentes relacionados con el aborto en esta población específica, para desarrollar intervenciones que mejoren la atención de salud y reduzcan los riesgos para las mujeres. (3)

De manera que, la presente investigación no solo busca mejorar la atención médica inmediata para las pacientes, sino también sentar las bases para



cambios sistémicos que beneficien a la comunidad a largo plazo. Abordar los riesgos y complicaciones del aborto desde una perspectiva cuantitativa y basada en evidencia es crucial para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y eficiente.

Esta investigación se lleva a cabo bajo el enfoque cuantitativo, lo que permite recopilar y analizar datos numéricos de manera objetiva y sistemática. Mediante encuestas y análisis estadísticos, buscando identificar patrones y correlaciones entre los diversos factores de riesgo y las complicaciones relacionadas con el aborto en las pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazábal Pauca de Huancané en 2023. Este enfoque cuantitativo proporciona una base sólida de evidencia para desarrollar estrategias de intervención eficaces y mejorar la calidad de atención para estas mujeres.

El primer capítulo se centra en el desarrollo estructurado de las preguntas de investigación y la redacción de las mismas, asegurando que todos los objetivos estén claramente definidos para guiar el estudio. Se justifica la relevancia del estudio en términos de su impacto en la salud pública y los derechos de las mujeres. Las hipótesis y variables se reservan para la siguiente etapa del estudio, donde se detallarán en profundidad.

El segundo capítulo profundiza en los antecedentes de la investigación, explorando estudios previos sobre complicaciones del aborto y contextualizando la problemática dentro del marco teórico. Se definen los términos clave relacionados con la salud reproductiva y el aborto, proporcionando un marco conceptual sólido para el estudio.

El tercer capítulo aborda la metodología de investigación utilizada, detallando el lugar donde se llevó a cabo el estudio, la descripción de la población y



muestra seleccionada, así como las técnicas y los instrumentos empleados para recopilar datos. Se enfatiza el rigor ético en el proceso de recolección de datos y se describe el enfoque cuantitativo utilizado para analizar los datos recopilados.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados del estudio, incluyendo el análisis e interpretación detallada de los datos recogidos. Se utilizan tablas y gráficos para facilitar la comprensión de los hallazgos, destacando patrones y correlaciones relevantes entre variables.

Por último, se presentan las conclusiones derivadas del análisis de los resultados, junto con recomendaciones prácticas para mejorar la atención médica y las políticas de salud relacionadas con el aborto. Se incluyen referencias bibliográficas que respaldan la información presentada a lo largo de la tesis, asegurando la integridad académica y científica del estudio.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel internacional, el aborto inseguro representa un grave problema de salud pública según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con aproximadamente 22 millones de abortos realizados de manera insegura anualmente, lo que conlleva a la muerte de unas 47,000 mujeres, mayormente en países en desarrollo como Asia. Este fenómeno subraya la necesidad urgente de políticas que garanticen el acceso a servicios de aborto seguros y legales, protegiendo así la salud y los derechos de las mujeres. La OMS también señala que se debe proceder cuando la vida de la madre está en riesgo para reducir las tasas de mortalidad materna puede resultar también adecuado teniendo en cuenta el tiempo de embarazo y lo practica una persona que posee los conocimientos necesarios, con atención hospitalaria, además de prevenir consecuencias irreversibles. (1)

Cerca del 45% de los abortos se realizan en condiciones peligrosas, y el 97% de esos abortos se practican en los países en desarrollo, a pesar de que se puede prevenir, el aborto peligroso es una de las principales causas de morbilidad materna y puede provocar complicaciones físicas y psíquicas y perjuicios sociales y económicos a las mujeres, las comunidades y los



sistemas de salud, la imposibilidad de acceder a una atención para el aborto segura, oportuna, asequible y respetuosa es un grave problema para la salud pública y una violación de los derechos humanos. (2)

Cada año se provocan cerca de 73 millones de abortos en todo el mundo, el 61% de los embarazos no deseados se interrumpen voluntariamente, la atención integral para el aborto, incluidas en la lista publicada por la OMS, ya sea farmacológico o quirúrgico, durante las 12 primeras semanas de gestación, la embarazada puede abortar en su domicilio o sin necesidad de acudir a un establecimiento de salud, al menos durante parte del proceso, para que ello sea posible se deben proporcionar información precisa, medicamentos de calidad y el apoyo de un profesional de la salud cualificado, en el caso de que la gestante lo necesite o lo solicite durante el proceso. (3)

A nivel del mundo el 45% de los abortos provocados en entre 2010 y 2020 fueron peligrosos, de ellos una tercera parte tuvieron lugar en condiciones de gran peligrosidad, es decir fueron practicados por personas sin formación mediante métodos dañinos y cruentos, el 97% de los abortos peligrosos se practican en países en desarrollo, más de la mitad en Asia (la mayor parte de ellos, en las regiones meridional y central del continente), también son peligrosos la mayoría de los abortos practicados en América Latina y África (aproximadamente tres de cada cuatro), en este último continente, casi la mitad de los abortos no se practican en condiciones de seguridad. (4)

A nivel de la región de Puno, la realidad no es diferente a la del resto del mundo, con altas tasas de mortalidad materna muchas de ellas a consecuencia del aborto, por lo que amerita recibir una atención adecuada en los servicios de salud, puesto que podría tener consecuencias irreversibles al

no recibir una atención para el aborto de calidad, muchas veces estos abortos no se esperaban puesto que el embarazo si se estuvo esperado, y son los factores diversos que conllevan a desencadenar los abortos inminentes ocasionados por situaciones fortuitas. (5)

1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

- ¿De qué manera se relaciona los riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cómo se relaciona los riesgos inevitables con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023?
- ¿Cómo se relaciona los riesgos clínicos con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los abortos representan un riesgo significativo para la salud de las mujeres gestantes, siendo considerados una emergencia obstétrica que puede desencadenar hemorragias graves y, en los casos más extremos, llevar a la mortalidad materna. La identificación y comprensión de los factores de riesgo asociados son fundamentales para desarrollar intervenciones efectivas que reduzcan estas complicaciones y mejoren los resultados obstétricos.

El estudio es crucial para abordar un problema de salud pública importante.

Los abortos inseguros son una de las principales causas de morbilidad y



mortalidad materna, especialmente en entornos donde el acceso a servicios de aborto seguros y de calidad es limitado. La falta de atención adecuada tiene repercusiones devastadoras para las mujeres, sus familias y las comunidades en general. Identificar y analizar los factores de riesgo permitirá diseñar políticas y programas de salud más efectivos que garanticen un tratamiento oportuno y adecuado, reduciendo así las tasas de morbilidad asociadas.

Desde el punto de vista metodológico, este estudio se justifica por su enfoque cuantitativo, el cual facilita la recopilación sistemática y el análisis objetivo de datos. A través de encuestas y análisis estadísticos rigurosos, identifican patrones y correlaciones entre los diferentes factores de riesgo y las complicaciones relacionadas con el aborto inminente. Esta metodología proporciona una base sólida de evidencia para desarrollar estrategias de intervención más precisas y efectivas en la atención obstétrica.

De manera que, el estudio subraya la importancia de la educación sexual y reproductiva, especialmente entre los adolescentes, como medida preventiva crucial. Al empoderar a las mujeres sobre sus derechos reproductivos y promover un acceso seguro y respetuoso a la atención médica, se puede reducir la incidencia de embarazos no deseados y, por ende, de abortos inminentes. Esto no solo mejora la salud individual de las mujeres, sino que también fortalece la capacidad de la sociedad para abordar estos desafíos de manera más efectiva y humanitaria.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

- Establecer la relación de los riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- Analizar la relación de los riesgos inevitables con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.
- Determinar la relación de los riesgos clínicos con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.

1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Los abortos constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. La identificación de los riesgos inminentes asociados es crucial para la prevención y manejo efectivo de estas complicaciones. Esta investigación tiene el potencial de proporcionar datos empíricos valiosos que pueden orientar a los profesionales de la salud en la implementación de estrategias más efectivas para reducir tanto la incidencia como la severidad de los abortos. Además, el análisis específico del Hospital Lucio Aldazabal Pauca en Huancané ofrece una perspectiva única sobre los factores locales y regionales que influyen en estos riesgos. Esta comprensión permitirá la adaptación de intervenciones culturalmente adecuadas y más eficaces, optimizando así los resultados de salud materna en la región.

Alcance de la investigación

Con la investigación se centrará en la identificación y análisis exhaustivo de los factores de riesgo inminentes asociados con el aborto en las pacientes

atendidas. Esto incluye una evaluación detallada de los antecedentes médicos, demográficos y socioeconómicos de las pacientes, así como una revisión minuciosa de los registros clínicos para identificar patrones y correlaciones significativas. Asimismo, se analizarán las intervenciones médicas actuales, evaluando su efectividad en la prevención y manejo de abortos. Los resultados de esta investigación no solo serán aplicables para mejorar la atención médica en el hospital estudiado, sino que también podrán ser extrapolados a otras instituciones de salud con contextos similares, contribuyendo así a una comprensión más amplia y a la gestión efectiva de los riesgos asociados con el aborto a nivel regional y nacional.

1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitaciones

La investigación está limitada por la disponibilidad y calidad de los registros médicos de las pacientes del Hospital Lucio Aldazabal Pauca. Datos incompletos o insuficientes que afectan la precisión del análisis.

Las diferencias en los factores socioeconómicos y culturales entre las pacientes introducen sesgos que no sean completamente controlables en el estudio, afectando la interpretación de los resultados.

Delimitaciones

El estudio se lleva a cabo en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané, enfocándose en este entorno específico. Los hallazgos serán particularmente relevantes para esta institución y su contexto local.



La población objetivo son las pacientes del servicio de ginecología del hospital, excluyendo a mujeres que hayan tenido abortos fuera de este hospital o que no hayan recibido atención ginecológica en dicha institución.

El estudio se enfoca en identificar y analizar los riesgos inminentes asociados con los abortos, como antecedentes médicos, número de controles prenatales y complicaciones obstétricas, permitiendo una evaluación específica de los factores que inciden en los abortos.

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. Hipótesis general

- Existe una correlación positiva significativa entre la presencia de riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazábal Pauca de Huancané 2023.

1.7.2. Hipótesis específicas

- Los riesgos inevitables están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané en 2023
- Los riesgos clínicos están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.

1.8. VARIABLES

Conceptualización de variables

Variable 1:

Riesgos inminentes

Refiere a la posibilidad inminente de que ocurra un evento adverso o una complicación grave en la salud de la paciente. Ello podría implicar situación como el aborto espontáneo en progreso, un parto prematuro inminente, una hemorragia obstétrica grave, o complicación durante una cirugía ginecológica.

Variable 2:

Aborto en pacientes de ginecología

Refiere a la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero de manera independiente. Esta interrupción puede ocurrir de manera espontánea, es decir, debido a causas naturales y sin intervención externa, o puede ser inducida mediante procedimientos médicos.

1.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1.

Operacionalización de variables

Variable independiente	Dimensiones	Indicadores	Escala de valores	Tipo de variable
1. Riesgos inminentes	1.1. Riesgos inevitables	1.1.1. Edad	Menor de 17 años De 17 a 35 años Mayor de 35 años	Ordinal Ordinal
		1.1.2. Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Nominal
		1.1.3. Antecedente de aborto previo	Ninguno Una vez Dos a más veces	Nominal
		1.1.4. Patología uterina que compromete su cavidad	Ninguno Miomias uterinos Anomalías congénitas Pólipos endometriales Sinequias uterinas Otros	Nominal Nominal Nominal
		1.1.5. Embarazo no deseado -	Si fue deseado No fue deseado	Nominal
		1.1.6. Enfermedades crónicas, endocrinas	Ninguno Diabetes gestacional Pre eclampsia Otros	Nominal
		1.1.7. Enfermedades infecciosas	Ninguno Infección del tracto urinario Otras infecciones	Nominal
	1.2. Riesgos clínicos	1.1.8. Problemas nutricionales	Ninguno Obesidad mórbida	Nominal



	-	1.1.9. Violencia familiar	Desnutrición Ninguno Psicológico Físico Sexual Otros	Nominal
		1.2.1. Líquido amniótico	Normal Polihidramnios (ILA mayor 24) Oligohidramnios (ILA menor de 5)	Nominal
		1.2.2. Maduración placentaria	Maduración normal Calcificaciones placentarias	
		1.2.3. Tratamiento de fertilidad	Ninguno Hormonal Quirúrgico Otros	
		1.2.4. Infecciones de transmisión sexual.	No presento Leucorrea Otros	

Variable Dependiente	Indicador	Escala de valores	Tipo de variable
2. Aborto	2.1. Tipo de aborto espontaneo	- Amenaza de aborto - Aborto inminente - Aborto inevitable - Aborto completo	Nominal
	2.2. Consecuencias de aborto	- Físicos Agudos - Procedimiento Médico - Psicológicos	Nominal

Nota. En la tabla se presenta la operacionalización de las variables.



CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A nivel internacional

En la investigación *"Complicaciones asociadas al manejo del aborto en pacientes asistidas en el hospital universitario maternidad Nuestra Señora de la Altagracia marzo, 2021- marzo, 2022"* se plantea determinar las complicaciones asociadas al manejo del aborto en pacientes atendidas en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, marzo, 2021- marzo, 2022, se aplicó el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que, en el periodo de la fecha de marzo del año 2021 hasta marzo de 2022, en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital se han presentado 750 abortos y de los cuales 41 (5,5%) presentaron complicación. Se ha logrado identificar que el shock hipovolémico ha correspondido a la complicación más frecuentes asociados al aborto con un porcentaje de 68,3%. Asimismo, se tuvo mayores incidencias de los pacientes en el grupo menor de 20 años con un porcentaje de 34,1%. De otro lado, se ha determinado el tipo de aborto que se da con más frecuencia, el cual ha correspondido al aborto incompleto con un porcentaje de 80,5%. Al total de los pacientes que pasaron por aborto, se les empleo la medida terapéutica el legrado uterino instrumental. El 78,0% de



los pacientes que presentaron el diagnóstico de aborto tenían un tiempo menor a 12 semanas. Por último, en relación a la condición general al momento del ingreso un porcentaje de 80,5% de los pacientes se han encontrado en una condición estable. (4)

Asimismo, en la investigación *"Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del Cantón el Carmen- Manabí, Mayo-Septiembre 2019"* se planteó establecer los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019, para ello se aplicó el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que las pacientes que llegaron a atenderse en el centro de salud mostraron ser solteras con un veinte tres por ciento, multigestas en un cincuenta y siete por ciento que se encuentran en la edad de 24 a 32 años con un porcentaje de cuarenta y ocho por ciento, aborto con repetición en un porcentaje de treinta y ocho, quienes no han realizado su planificación familiar lo cual ha desarrollado en una medida mayor problemas por el periodo intergenésico, señalando que las mujeres que desean ser madres , necesariamente deben planificar para que pueda evitar efectos en el embarazo. En relación a la frecuencia de abortos que se dan de manera espontánea, se ha concluido que hubo un total de 43%. El aborto incompleto se representa en un 50%, dentro del cual la complicación más frecuente fue la hemorragia en un 63% del cual se manifestó 3 casos de sepsis. Por último, al desarrollar el análisis de las diferentes historias clínicas, se ha observado la calidad y el cuidado que tienen las gestantes en el centro de salud por falta



de atención y aplicación de la guía de práctica clínica y el poder reconocer de forma rápida el signo y síntoma para poder aplicar el manejo adecuado. (5)

Por otro lado, en la investigación *"Prevalencia de aborto en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro enero - abril 2019"* el objetivo fue determinar la prevalencia de aborto en las pacientes ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda en el período enero-abril 2019, se aplicó el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que, entre los factores de riesgo que se encuentran asociados al aborto se tiene en primer punto a la anemia, seguido de la infección de las vías urinarias, infección en a transmisión sexual y como también desnutrición. Asimismo, se identificó como uno de los factores más frecuentes la edad materna, quienes poseen una edad mayor a los 30 años. (6)

Otro aporte de la investigación *"Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo"*, se plantea como objetivo determinar aspectos epidemiológicos del aborto espontáneo, se aplicó el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que, la edad media de las gestantes analizadas fue de 27 años, dentro de una muestra de 1,350 mujeres con parto previo, donde el 40.84% experimentó partos eutócicos. Entre las 111 pacientes con historial de abortos anteriores, el 29.74% sufrió abortos espontáneos. El síntoma clínico más frecuente fue el sangrado transvaginal, observado en el 79.81% de los casos. La mayoría de los abortos espontáneos ocurrieron durante el primer trimestre del embarazo, con una edad gestacional promedio de 9.3 semanas en el momento del evento. Los factores de riesgo más comunes incluyeron el consumo de café, reportado en el 62.39% de las

participantes, y antecedentes de aborto previo, presentes en el 44.04% de los casos. Por lo tanto, se identificó que el consumo de cafeína, el tabaquismo y el aborto espontáneo temprano son factores de riesgo recurrentes entre las mujeres examinadas. (7)

Por último, en la investigación *"Factores de riesgo que influyen en la presentación de hemorragia post parto"* se plantea determinar los factores de riesgo que influyen en la presentación de hemorragia postparto. Se aplicó un enfoque mixto, llegando a concluir que, de acuerdo a la literatura consultada, se indica que los elementos predisponentes y que afectan la aparición de hemorragia postparto son predominantemente la nuliparidad, multiparidad, la inducción del parto y la edad materna (superior a 35 años o inferior a 21 años), todos categorizados como factores maternos. Se sugiere además que los factores fetales, como la macrosomía fetal, son menos frecuentes en su manifestación. (8)

2.1.2. A nivel Nacional

Según la investigación *"Características clínico epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, años 2020 – 2021"* se planteó determinar las características clínicas y epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, se aplicó el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que, el 64,04% de los casos estudiados correspondieron a abortos incompletos. La edad media de las pacientes fue de 28,77 años, con un predominio del 85,52% procedentes de áreas urbanas. La situación conyugal más frecuente fue la unión libre, observada en el 41,66% de los casos, mientras que un 37,28% se identificaron como amas de casa. La mayoría de las pacientes (46,05%) tenían educación secundaria. Más de la mitad de las

mujeres (57,89%) tenían experiencias previas de gestación y un 40,78% reportó abortos previos. El consumo de cafeína fue elevado, alcanzando el 71,05%, mientras que solo un 4,38% presentó antecedentes de traumatismos previos. La patología asociada fue observada en menos del 23% de los casos. El síntoma más común fue el sangrado transvaginal, registrado en el 96,49% de las pacientes, seguido por el dolor en hipogastrio en el 66,66% de los casos. La edad gestacional media al momento del aborto fue de 9,72 semanas, siendo el aborto temprano el más predominante, representando el 85,96%. El método de tratamiento más frecuentemente empleado fue la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), utilizado en el 64,03% de los casos. La complicación principal identificada fue la hemorragia, afectando al 15,35% de las pacientes. De manera que, la mayoría de las mujeres experimentaron sangrado transvaginal y abortos tempranos, con una baja incidencia de complicaciones, siendo la hemorragia la más común entre ellas. (9)

Asimismo, la investigación *"Características Gineco Obstétricas de las Gestantes con Aborto Atendidas en el Hospital II-1 de Atención General "JFS" Cangallo 2019"* se planteó determinar las características gineco obstétricas de gestantes con aborto atendidas, el cual se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que, entre las características demográficas, el 14.1% de las pacientes eran adolescentes, el 51.3% jóvenes y el 34.6% adultas. Respecto a la educación, el 50.0% tenía estudios primarios, el 35.9% secundarios y el 14.1% superiores. Un 3.8% eran estudiantes y otro 3.8% empleadas, mientras que el 92.4% se dedicaba a las labores del hogar. En cuanto al estado civil, el 14.1% eran solteras, el 11.5% casadas y el 74.4% convivientes. En términos obstétricos, el 34.6% de las pacientes tenían menos

de 8 semanas de gestación, el 47.4% entre 9 y 12 semanas, y el 18.0% más de 12 semanas. El 16.7% eran nulíparas, el 11.5% primíparas, el 39.7% multiparas y el 32.1% gran multiparas. El 28.2% tuvo un periodo intergenésico menor de 18 meses, el 10.2% adecuado, el 44.9% largo y el 16.7% no aplicable por ser nulíparas. El 89.7% no usaba método anticonceptivo y el 10.3% sí utilizaba algún método. El 88.5% tenía una o más previas gestaciones, mientras que el 11.5% no había tenido ninguna. En cuanto a las características ginecológicas, el 100.0% no presentaba infección del tracto urinario durante el embarazo actual. El 48.7% tenía antecedentes de aborto y el 51.3% no los tenía. Un 8.9% tenía antecedentes de cesárea, mientras que el 91% no los tenía. Al ingreso a consulta, el 91.0% presentaba aborto incompleto, el 2.6% aborto retenido y el 6.4% aborto en curso. La hemorragia se observó en el 12.8% de los casos, la infección en el 1.3% y el 85.9% no presentó complicaciones relacionadas con el aborto. Respecto a la anemia, el 47.4% no tenía anemia, el 42.3% presentaba anemia leve y el 10.3% anemia moderada. De manera que, las características gineco-obstétricas más destacadas entre las pacientes con aborto menor de 12 semanas incluyen periodos intergenésicos inadecuados, falta de uso de métodos anticonceptivos y ausencia de antecedentes específicos en ginecología. (10)

Por otro lado, la investigación *"Características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota. 2019"*, se planteó determinar las características sociodemográficas y gineco obstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, se desarrolló bajo el enfoque



cuantitativo, llegando a concluir que, se observó que el 60,7% de las mujeres se encontraban en el grupo etario de 36-45 años, con un porcentaje similar que tenía educación primaria como máximo nivel alcanzado. En términos de estado civil, el 47,5% eran convivientes, mientras que el 51,4% se dedicaban a las labores del hogar. El 55,7% reportó ingresos inferiores al salario mínimo vital y el 57,4% provenía de áreas rurales. Respecto a la historia obstétrica, el 31,1% eran primíparas y otro 31,1% eran multíparas. En relación con los antecedentes médicos, el 54,1% tenía historial de enfermedades infecciosas, siendo la infección del tracto urinario la más predominante con un 66,7%. Además, el 52,45% presentaba antecedentes de patologías uterinas, entre las cuales se destacaban la incompetencia cervical en un 62,5%, miomas en un 28,12%, y endometriosis en un 9,37%. (11)

De otro lado, en la investigación *"Antecedentes personales y hemorragia posparto en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2021"* se planteó analizar la relación entre antecedentes personales y hemorragia posparto en gestantes, se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que, los perfiles demográficos de las mujeres que experimentaron hemorragia posparto mostraron que el 8,7% eran adolescentes, el 72,8% jóvenes y el 18,5% de edad avanzada. Respecto a su procedencia, el 61,8% provenía de áreas rurales, el 31,2% de áreas urbanas y el 6,9% de áreas urbanas marginales. En cuanto al estado civil, el 68,8% convivía en pareja, el 20,8% estaban casadas y el 10,4% eran solteras; mientras que el 90,8% se dedicaba a labores domésticas, el 6,9% estaba estudiando y el 2,3% trabajaba. En términos educativos, el 17,9% tenía educación primaria, el 75,1% secundaria y el 6,9% educación superior. En

cuanto a los antecedentes médicos, el 30,1% tenía anemia, el 21,9% sobrepeso, el 20,2% había experimentado una cesárea previa, el 12,1% preeclampsia, el 4,0% obesidad y el 8,7% no presentaba ningún antecedente patológico. En cuanto a la historia obstétrica, el 6,9% había tenido parto pretérmino y el 93,1% a término, con un 16,2% sin hijos previos, un 65,3% con varios hijos y un 18,5% con muchos hijos. El 42,2% tenía intervalos intergenésicos cortos, el 40,5% adecuados y el 2,9% largos. Prácticamente todas (99,4%) habían recibido atención prenatal adecuada. Respecto al tipo de parto, el 80,9% fue por cesárea y el 19,1% vaginal, con un 5,8% de embarazos múltiples. Las causas más comunes de las hemorragias posparto fueron la atonía uterina (28,9%), la rotura uterina (27,7%), la retención placentaria (14,5%), el hematoma perineal (12,7%) y la retención de restos placentarios (11,0%). En resumen, al analizar las posibles relaciones entre los antecedentes demográficos y médicos con la hemorragia posparto mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia, se concluyó que no existía una relación significativa entre estas variables. Sin embargo, se encontró una asociación significativa entre el antecedente obstétrico de cesárea y la incidencia de hemorragia posparto ($P=0.010$). (12)

Por último, en la investigación *"Factores de riesgo obstétrico y causas de hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Huánuco - Amarilis, febrero - diciembre, 2019."*, se plantea analizar la asociación existente entre los factores de riesgo obstétrico y las causas de hemorragia post parto en puérperas. Se desarrollo bajo el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que el grupo de mujeres estudiadas tenía un promedio de edad de 29 años, con la mayoría (73,2%) en unión libre.

El 60,0% tenía educación secundaria como máximo nivel académico. Un 60,8% recibió seis o más controles prenatales, indicando una atención prenatal adecuada. El 37,2% eran multíparas, con experiencia previa en partos. El 70,4% dio a luz a término (37 a 40 semanas de gestación). Se observó que el 81,2% sufrió lesiones cervicales o vaginales, y la misma proporción experimentó retención de restos placentarios. Las coagulopatías, específicamente trombina, afectaron al 3,6% de las pacientes. Un 55,6% presentó anemia, mientras que el 59,2% experimentó un trabajo de parto prolongado y el 54,4% requirió inducción del mismo. En conclusión, las hemorragias postparto estuvieron asociadas principalmente con la atonía uterina, trauma obstétrico y retención de tejidos, mientras que las coagulopatías no mostraron vínculos significativos con los factores de riesgo obstétrico evaluados. (13)

2.1.3. A nivel local

Según la investigación *"Anemia gestacional asociado a las Hemorragias Post-parto en puérperas atendidas del Hospital II-I Ilave 2019"* tuvo por objetivo Asociar la anemia gestacional a las hemorragias post-parto, en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II -1 Ilave 2019, se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que se ha observado una prevalencia del 81.0% de anemia gestacional leve. Respecto a la hemorragia post parto, la categoría I (500 ml-1000 ml de sangrado) fue la más frecuente, registrando un 86.5%. Como conclusión, se identificó una relación estadísticamente significativa entre las hemorragias post parto de clase I, la presencia de anemia leve, períodos intergenésicos cortos y la condición de multípara. (14)



Asimismo, en la investigación “Causas que producen la Hemorragia Post parto en Pacientes Atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2018”, se plantea determinar las causas que producen la hemorragia postparto en pacientes atendidas, el cual se ha desarrollado bajo el enfoque cuantitativo, llegando a concluir que, en el grupo etario de 19 a 34 años, se observó una prevalencia del 64.0%. Las áreas urbanas representaron el 72.0% de los casos, con un 50.0% de mujeres que completaron la educación secundaria. La atonía uterina afectó al 54.0% de las pacientes, mientras que el 76.0% no sufrió desgarros perineales durante el parto. El 52.0% experimentó retención placentaria o de restos placentarios. El 74.0% alcanzó la edad gestacional a término, y un 64.0% eran multigestas. Un 30.0% de las mujeres presentaron hemorragia post aborto, y el 70.0% tuvo más de seis controles prenatales. En cuanto al tipo de hemorragia post parto, la más común fue la inmediata con un 76.0%. En conclusión, se corroboró la hipótesis inicial, demostrando que la hemorragia post parto inmediata predominó con un 76.0%, seguida por la mediata con un 20.0% y la tardía con un 4.0% entre las pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca en 2018. (15)

Por otro lado, en la investigación “Agentes Predictivos Maternos de una Hemorragia Post parto en Puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – 2018” plantea identificar los agentes predictivos maternos de una hemorragia post parto en puérperas, se aplicó estudio básico prospectivo de tipo causal- explicativo. Llegando a concluir que, a frecuencia de hemorragia postparto fue más alta en mujeres de 20 a 34 años, constituyendo el 51.4%, y en aquellas con múltiples gestaciones, que representaron el 88.6%. Se identificaron factores maternos predictivos durante el embarazo, como la

ausencia de seis o más controles prenatales, observada en el 45.7% de los casos. Durante el parto, la hemorragia postparto estuvo asociada principalmente con desgarros perineales de primer y segundo grado, ambos presentes en el 31.4% de las puérperas, así como la retención de membranas, registrada en el 34.3%. En resumen, los factores obstétricos relacionados con el embarazo y el parto son determinantes significativos de la hemorragia postparto. Se observó que el 91.4% de los casos ocurrieron de manera inmediata después del parto, mientras que el 8.6% restante se clasificó como mediano en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2018. (16)

Por último, en la investigación "Factores de riesgo asociados a hemorragia Post parto en Pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2018" se planteó determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia postparto. Se desarrolló una investigación cuantitativa, llegando a concluir que, los factores de riesgo maternos mostraron que el 46.7% correspondía a mujeres con edades maternas entre 20 y 34 años, el 38.3% eran multíparas, y el 55% tenían antecedentes de aborto. Además, el 45% presentaba preeclampsia, el 66.7% experimentó atonía uterina, el 41.7% sufrió desgarro perineal, y el 68.3% experimentó retención de placenta. La mayoría, el 65.9%, tuvo menos de seis controles prenatales. Respecto a los factores de riesgo fetales, el 56.7% tuvo fetos macrosómicos y el 93.3% tuvo un solo producto. En relación al tipo de hemorragia postparto, el 73.3% experimentó hemorragia postparto temprana, mientras que el 26.7% experimentó hemorragia postparto tardía. (17)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Riesgos inminentes

Los riesgos inminentes hacen referencia a los factores o las condiciones que poseen una mayor probabilidad de generar una complicación severa de forma inmediata o en un corto plazo si no es intervenido de manera adecuada. En el contexto de la salud materna y ginecológica, los riesgos podrían incluir tanto el factor médico como también el socioeconómico que estaría afectando el bienestar tanto de las madres, como también de los fetos. (18)

Riesgos inevitables

Los riesgos inevitables dentro del contexto de la salud a nivel materno y ginecológico hacen referencia a los factores o condiciones que, muy al margen que se haya dado mejores esfuerzos en prevenir y en manejar, no son evitados de manera completa. Dichos riesgos surgen debido a la naturaleza del parto o del embarazo, condición preexistente o complicación que es intrínseco al proceso reproductivo. (19)

Edad

La edad materna en Perú muestra una tendencia preocupante hacia el aumento de embarazos en adolescentes menores de 18 años. Este grupo, junto con las gestantes mayores de 35 años, se consideran de alto riesgo. Estas categorías etarias están asociadas con un incremento en la incidencia de complicaciones obstétricas, que pueden contribuir significativamente a la mortalidad materna, incluyendo la predisposición a hemorragias puerperales. (20)

Paridad

Las mujeres según su paridad se clasifican de la siguiente manera:

- Primípara: mujeres que se convierten en madres por primera vez.
- Multípara: mujeres que han tenido más de dos hijos.
- Gran multípara: mujeres que han tenido más de tres hijos.

Antecedente de aborto previo

Los antecedentes obstétricos adversos se refieren a eventos previos relacionados con embarazos complicados o no exitosos, incluidos los abortos, que pueden representar factores limitantes para concebir nuevamente. Estas experiencias pueden generar estrés y ansiedad en las parejas al enfrentar futuras gestaciones. La atención especializada por parte de obstetras y el apoyo psicológico adecuado son esenciales para ofrecer acompañamiento durante estos períodos de dificultad. (21)

Patología uterina que compromete su cavidad

El útero juega un rol crucial en los procesos reproductivos, incluyendo el transporte espermático, la implantación y el soporte fetal. Entre las principales patologías uterinas en mujeres en edad reproductiva se encuentran los miomas uterinos, las anomalías congénitas, los pólipos endometriales y las sinequias uterinas, todas las cuales pueden contribuir a la infertilidad, abortos recurrentes o partos prematuros. Según la evidencia disponible, la intervención quirúrgica para tratar miomas uterinos submucosos e intramurales, que distorsionan la cavidad uterina, está asociada con un aumento significativo en las tasas de embarazo. Del mismo modo, la corrección quirúrgica del septum uterino reduce de manera considerable la probabilidad de abortos recurrentes y puede mejorar las posibilidades de concepción en pacientes sin otras causas identificables de infertilidad. Respecto al manejo quirúrgico de miomas intramurales y subserosos, cuyo

impacto en la cavidad endometrial es limitado, su indicación varía según la evaluación individual de cada caso específico. (22)

Embarazo no deseado

En diversas situaciones, cuando una pareja no está alineada en su decisión de concebir, pueden surgir desafíos significativos en la aceptación del embarazo. En ocasiones, es la mujer quien debe enfrentar sola el rol de maternidad, lo cual subraya la importancia de planificar cuidadosamente el embarazo en el contexto ideal de una pareja estable, asegurando así una asunción responsable de dicha responsabilidad, si fuera necesario. (16)

Enfermedades crónicas, endocrinas

Durante el periodo gestacional, muchas mujeres experimentan complicaciones como la diabetes gestacional, que puede manifestarse durante el embarazo, incluso en aquellas con antecedentes previos. Otros problemas comunes incluyen la hipertensión arterial y la preeclampsia, condiciones que no solo afectan la salud de la gestante, sino también la del feto. (12)

Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas son frecuentes entre las mujeres embarazadas, especialmente durante el primer trimestre. Infecciones como las de las vías urinarias, neumonías u otros procesos infecciosos pueden complicar el embarazo. A menudo, las mujeres no son conscientes de estar embarazadas y solo buscan atención médica cuando experimentan dolores intensos, lo que a veces indica que el aborto ya está en curso debido a una infección. Por lo tanto, es crucial detectar el embarazo de manera oportuna y tomar medidas ante cualquier proceso infeccioso. (23)

Problemas nutricionales

Durante los primeros meses del embarazo, es común que muchas mujeres experimenten pérdida de apetito, lo cual puede llevar a procesos de riesgo nutricional. A medida que avanza el embarazo, algunas mujeres también pueden estar en riesgo de desarrollar obesidad mórbida debido al sobrepeso inicial o adquirido durante la gestación. Es importante reconocer que el sobrepeso al inicio del embarazo puede aumentar los riesgos asociados durante este periodo. (14)

Violencia familiar

La violencia física representa un factor significativo en el desencadenamiento de abortos, debido al posible daño físico que puede afectar a la mujer gestante. Además, el maltrato psicológico puede complicar la salud de la mujer en estado de gestación. Es crucial identificar de manera oportuna problemas de salud mental en las mujeres para prevenir complicaciones durante el embarazo. (13)

Riesgos clínicos

El riesgo clínico refiere aquel evento adverso que se puede dar en la atención médica, lo que causaría daños al paciente, el cual podría darse tanto por un error activo (profesional de la salud involucrado de manera directa con el paciente) es decir error en la medicación o error quirúrgico, mientras que la condición latente (fallo en el sistema, organización, factor ambiental que predispone a la ocurrencia del error activo). El cual se traduce como una mala comunicación y también la falta de entrenamiento. (24)

Líquido amniótico

El líquido amniótico es un fluido claro y ligeramente amarillento que envuelve al feto dentro del saco amniótico durante el embarazo. Este líquido es esencial para el desarrollo fetal, proporcionando un entorno protector y funcional. Su volumen aumenta a medida que progresa el embarazo, alcanzando aproximadamente 800 ml hacia las 34 semanas de gestación. A término, alrededor de 600 ml de líquido amniótico rodean al bebé. El líquido amniótico circula constantemente a medida que el feto lo traga, inhala y luego lo excreta, facilitando movimientos fetales que son cruciales para el desarrollo óseo adecuado y el crecimiento pulmonar. Además, contribuye a prevenir la compresión del cordón umbilical y cumple otras funciones vitales para el bienestar fetal dentro del útero materno. (25)

Maduración placentaria

La placenta, un órgano de corta vida que acompaña el embarazo, se evalúa en cuatro etapas mediante ecografías que consideran las calcificaciones intra placentarias. Según la escala de Grannum:

- En el primer grado, la placa corial y basal muestran una estructura uniforme sin signos de calcificación.
- En el segundo grado, se observan áreas blancas en la placa corial, indicativas de calcificaciones finas y onduladas, mientras que la placa basal permanece libre de calcificación.
- En el tercer grado, la placa corial presenta calcificaciones difusas con un perfil ondulado prominente, y la placa basal es claramente visible y parece separada de la pared uterina.

- En el cuarto grado, se observan grandes depósitos de calcio en toda la placenta, con fusiones entre las dos partes placentarias, que se visualizan como áreas blancas en la ecografía.

Un grado II o III de maduración placentaria antes de la semana 34 de gestación indica la necesidad de un seguimiento médico más riguroso.

Tratamiento de fertilidad.

Los tratamientos de reproducción asistida incrementan las posibilidades de concepción en parejas con dificultades para lograr un embarazo. Según datos estadísticos, aproximadamente ocho de cada diez parejas que mantienen relaciones sexuales regularmente (cada dos o tres días) alcanzarán un embarazo dentro de un año de intentarlo. La mayoría de las parejas restantes concebirá en un período de hasta dos años. No obstante, algunas parejas continúan enfrentando desafíos debido a la disminución de la fertilidad, atribuible a diversas causas que obstaculizan el logro de un embarazo exitoso. Esta situación puede resultar en abortos recurrentes para algunas parejas que están en busca de la maternidad. (26)

Infecciones de transmisión sexual.

Las enfermedades e infecciones de transmisión sexual representan riesgos significativos para las mujeres embarazadas y sus bebés. Cuando una madre padece estas enfermedades, como clamidia, gonorrea, herpes genital, citomegalovirus, entre otras, existe la posibilidad de que el feto o el recién nacido se infecten durante el parto vaginal si el canal de parto está infectado. Además, enfermedades como la sífilis y el VIH pueden transmitirse al feto antes del nacimiento, durante el embarazo, lo cual puede resultar en amenazas de aborto o en abortos espontáneos. Es crucial identificar y tratar

estas infecciones oportunamente para minimizar los riesgos para la salud materna e infantil.

2.2.2. Aborto en pacientes de ginecología

La palabra "aborto" proviene del término latino "abortus", que se compone de "ab", significando privación, y "ortus", referido al nacimiento. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el aborto implica la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto con menos de 500 gramos de peso y que ocurre antes de las 22 semanas de gestación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance la viabilidad fetal, un concepto que abarca aspectos epidemiológicos, antropométricos y clínicos. (8)

– Aborto espontáneo

El aborto espontáneo se refiere a la interrupción no provocada del embarazo, sin la intervención de sustancias o técnicas quirúrgicas que interfieran con su desarrollo. Este evento ocurre de manera natural, después de la implantación, pero antes de que el feto pueda ser viable de forma independiente. Según la definición, el aborto implica la muerte del embrión o feto sin inducción, o la expulsión de los productos de la concepción antes de las 22 semanas de gestación. La amenaza de aborto se caracteriza por sangrado vaginal sin dilatación cervical durante este período, indicando el riesgo potencial de aborto espontáneo en mujeres con una gestación confirmada como viable intrauterinamente. (7)

Se puede dividir en las siguientes categorías:

– **Amenaza de aborto**

El diagnóstico de amenaza de aborto se basa en la presencia de secreción hemática o hemorragia vaginal a través del orificio cervicouterino cerrado durante los primeros trimestres del embarazo, típicamente acompañado de dolor abdominal. Los cólicos abdominales pueden manifestarse después de varias horas o días, variando en intensidad y localización, desde cólicos rítmicos en la región abdominal anterior hasta lumbalgia persistente con sensación de presión pélvica o dolor sordo en la región suprapúbica.

El tamaño uterino suele corresponder con la edad gestacional. Aproximadamente la mitad de los casos de amenaza de aborto finalizan en aborto espontáneo, aunque la presencia de actividad cardíaca fetal reduce este riesgo. Incluso en ausencia de aborto, los fetos expuestos a hemorragia temprana tienen mayor probabilidad de nacer prematuramente, con bajo peso al nacer y riesgo elevado de muerte perinatal.

– **Aborto Inminente**

Se observan cambios cervicales que incluyen dilatación del cérvix sin ruptura de membranas, acompañados de contracciones uterinas a veces intensas. El tamaño del útero puede estar en concordancia con la edad gestacional o ser menor.

– **Aborto Inevitable**

Se presenta dilatación del cérvix con ruptura de membranas, acompañada de contracciones uterinas intensas, indicativas de un aborto inminente. El

tamaño del útero puede corresponder a la edad gestacional o ser menor en la mayoría de los casos.

– **Aborto Completo**

Refiere a la expulsión total del feto, placenta y membranas del útero. Se caracteriza por un sangrado abundante y dolor tipo cólico, seguido de una reducción gradual de ambos síntomas. Se confirma mediante ultrasonido transvaginal para asegurar la ausencia de restos ovulares o partes fetales en la cavidad uterina previamente ocupada por el embarazo. Además, se monitorean los niveles de bhCG, los cuales deben disminuir a menos de 5 mUI/ml para confirmar la finalización exitosa del aborto completo. (9)

Consecuencias de aborto

- **Físicos Agudos**

Las consecuencias físicas agudas del aborto abarcan una variedad de complicaciones que pueden surgir durante o poco después del procedimiento. Estas incluyen hemorragia excesiva, que puede requerir intervención para controlarla y evitar una pérdida significativa de sangre. Además, existe el riesgo de infección uterina, que, si no se trata adecuadamente, puede llevar a sepsis. Otras posibles complicaciones involucran la perforación uterina, que puede ocurrir durante la inserción de instrumentos o durante la evacuación del contenido uterino, así como el daño a órganos cercanos debido a la manipulación quirúrgica. Es esencial realizar una evaluación médica inmediata y un manejo adecuado para reducir al mínimo los riesgos adicionales para la salud de la paciente. (27)

- **Procedimiento Médico**

El procedimiento médico de aborto puede conllevar efectos secundarios derivados de la anestesia, complicaciones relacionadas con las técnicas empleadas (como el dilatación y curetaje), o reacciones adversas a los medicamentos administrados durante el proceso. Es fundamental monitorizar y gestionar estos riesgos para garantizar la seguridad y el bienestar de la paciente durante y después del procedimiento. (28)

- **Psicológicos**

Pueden presentarse síntomas como estrés postraumático, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión o dificultades emocionales asociadas con la experiencia del aborto. Estos efectos psicológicos pueden impactar significativamente en la salud mental y el bienestar emocional de la persona afectada. (29)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Aborto séptico

El aborto séptico refiere a una complejidad grave del aborto, el cual se encuentra caracterizado por una infección del útero y, a menudo, de otra estructura del sistema reproductivo. Por lo cual como emergencia médica necesita un tratamiento de manera inmediata. (30)

2.3.2. Evacuación uterina

Refiere a eliminar el contenido del útero, donde se puede dar distintos procedimientos para que se trate diversas condiciones a nivel ginecológico, donde se incluye el aborto espontáneo, aborto inducido, y algún tipo de sangrado uterino anormal. (31)

2.3.3. Ginecología

Refiere a la especialidad a nivel médico que se ocupa del sistema reproductor femenino, donde se incluye el diagnóstico y como también el tratamiento de la enfermedad, así como supervisar la salud a nivel sexual y como también reproductiva de la mujer. (32)

2.3.4. Inminente

Es el estado o la condición que se encuentra a punto de suceder, como el parto inminente o aquel aborto inminente, señalando que los signos y síntomas advierten que la situación inminente y necesita que se le intervenga medicamente de manera urgente. (33)

2.3.5. Interrupción

Refiere al contexto en el cual se interrumpe el embarazo, haciendo referencia al proceso a nivel médico o quirúrgico por medio del cual se da por finalizado el embarazo antes de que el feto pueda ser viable. (34)

2.3.6. Irreversible

Refiere a describir la condición o procedimiento que no puede ser revertido, como esterilizar a nivel quirúrgico (ligadura de trompas) el cual resulta en la infertilidad de manera irreversible. Asimismo, se le describe como una situación ginecológica, en el cual el cambio es irreversible, como la menopausia, en el cual los ovarios pierden su función de forma permanente. (27)

2.3.7. Procedimiento invasivo

Refiere a cualquier tipo de intervención ello implica que se introduzca algún instrumento o dispositivo, dentro del cuerpo por medio de la piel, cavidad corporal o abertura natural. Por tanto, a nivel de la ginecología incluye la



cirugía mayor, dicha invasividad depende mucho del alcance y como también de la cantidad de los tejidos involucrados. (3)

2.3.8. Quirúrgico

Refiere al procedimiento que necesita intervención operativa para que se trate la condición ginecológica, como histerectomía, laparoscopia, y otro procedimiento invasivo. (35)



CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se llevó a cabo empleando el enfoque cuantitativo dentro del diseño no experimental. Donde no se dio una manipulación deliberada de las variables; pues solo serán observadas en su entorno natural para su análisis. Ello permitió recolectar datos con la finalidad de poner a prueba la hipótesis, utilizando la medición numérica y el análisis didáctico como fundamentos metodológicos. (36)

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación siguió el método deductivo, iniciando con la exploración del marco teórico para adquirir una comprensión de la realidad. Se emplearon el análisis lógico y la validación de la hipótesis propuesta en el estudio, derivando de ésta las conclusiones que se han confrontado con los hechos en un contexto y momento concreto. (37)

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo correlacional, empleado dentro del diseño no experimental en el que el investigador registra dos variables y examina la relación estadística entre ellas, sin la intervención de ninguna otra variable adicional. (38)

3.4. TEMPORALIDAD

Estudio transversal, porque la evaluación de las variables se da en un solo momento o periodo de tiempo en el cual ocurre la investigación. (39)

3.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel descriptivo, una investigación que se caracteriza por recolectar datos cuantificables, lo que posibilita realizar inferencias estadísticas sobre una audiencia particular mediante el análisis de la información recopilada. (40)

3.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se aplicó en el estudio un diseño de investigación no experimental de temporalidad transversal, en el cual no se realizaron manipulaciones deliberadas de las variables. El enfoque principal se centró en la observación del fenómeno tal como se presenta en su entorno natural, con el fin de analizarlo. (40)

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1. Población

La población está conformada por todas las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané, que

son un total de 469 pacientes en el 2023, según la oficina de estadística de la Red de Salud Huancané.

3.7.2. Muestra

Se trabajo utilizando la siguiente formula estadística de muestra:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	469
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.40
Complemento de p	q	0.60
Precisión	d	0.07

Tamaño de la muestra	n	134.49
----------------------	---	---------------

$$n = \frac{469 \quad 3.8416 \quad 0.40 \quad 0.60}{0.0049 \quad 468 \quad + \quad 3.842 \quad 0.40 \quad 0.60}$$

$$n = \frac{432.410496}{2.2932 \quad + \quad 0.922}$$

$$n = \frac{432.41}{3.2152}$$

$$n = 134.49$$

$$n = 134$$

Criterio de inclusión:

- Pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital de Huancané.
- Pacientes que acepten participar de la investigación.
- Fichas de investigación estén registradas de manera correcta.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que presenten problemas de infecciones hospitalarias que les impiden participar de la investigación.
- Fichas con datos mal llenados.

De manera que, de acuerdo al criterio de inclusión y exclusión, se consideró un total de 74 pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital de Huancané.

3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**3.8.1. Técnicas de la investigación**

La técnica seleccionada es la encuesta como herramienta metodológica abordó específicamente el problema metodológico de verificar o refutar hipótesis y facilitar el desarrollo documental. En este contexto, se empleó la encuesta como método principal para la recolección de datos poblacionales, siendo este el recurso fundamental para asegurar una amplia recopilación de información.

3.8.2. Instrumentos de la investigación

El instrumento utilizado fue un cuestionario precodificado, diseñado con preguntas formuladas de manera específica que requerían respuestas predefinidas. Esta metodología permitió obtener mediciones cuantitativas

precisas, facilitando así el análisis sistemático de los datos recolectados para la investigación.

3.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.9.1. Validación de los instrumentos

La validación se dio por 3 expertos en la materia.

3.9.2. Confiabilidad de los instrumentos

Para evaluar la confiabilidad del cuestionario, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, una medida utilizada para analizar la consistencia y fiabilidad de las preguntas del instrumento. Este coeficiente, que varía de 0 a 1, indica el grado de coherencia interna de las respuestas obtenidas. Valores cercanos a 1 señalan una alta fiabilidad del instrumento, siendo generalmente aceptables los coeficientes superiores a 0.70, aunque se consideran aún más deseables valores como 0.80 o 0.90.

El alfa de Cronbach elevado proporcionó la seguridad de que las respuestas recolectadas son coherentes y pueden ser replicadas de manera consistente. Esto implica que las mediciones realizadas con el cuestionario son confiables, fortaleciendo así las conclusiones derivadas de estos datos. Es fundamental destacar que el alfa de Cronbach no evalúa la validez del instrumento para medir lo que pretende medir, es decir, su validez de contenido y constructo. Por lo tanto, es crucial llevar a cabo validaciones adicionales para garantizar la calidad integral del instrumento de medición.

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Tomado de Ruiz (2002)

3.10. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para probar la hipótesis de la presente investigación:

HG. Existe una correlación positiva significativa entre la presencia de riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazábal Pauca de Huancané 2023.

HE1. Los riesgos inevitables están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané en 2023.

HE2. Los riesgos clínicos están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.

Se utilizó el coeficiente de Spearman, denotado como " ρ " (rho), como una medida no paramétrica para evaluar la presencia de una relación entre dos variables. Esta métrica es adecuada para variables de tipo ordinal o nominal, ya que no asume una relación lineal entre las variables y es menos afectada por valores atípicos.

Cálculo del coeficiente de precisión: se calcula el coeficiente de precisión de Spearman mediante la fórmula:

$$\rho = 1 - [(6 * \sum d^2) / (n * (n^2 - 1))]$$



Donde:

ρ es el coeficiente de evaluación de Spearman.

d es la diferencia de rangos para cada par de observaciones.

$\sum d^2$ es la suma de los cuadrados de las diferencias de rangos.

n es el número de observaciones.

El valor de ρ puede oscilar entre -1 y 1. Un valor de ρ igual a 1 indica una clasificación perfectamente positiva, mientras que un valor de -1 indica una clasificación perfectamente negativa. Un valor de 0 sugiere la ausencia de correlación.



CAPÍTULO IV

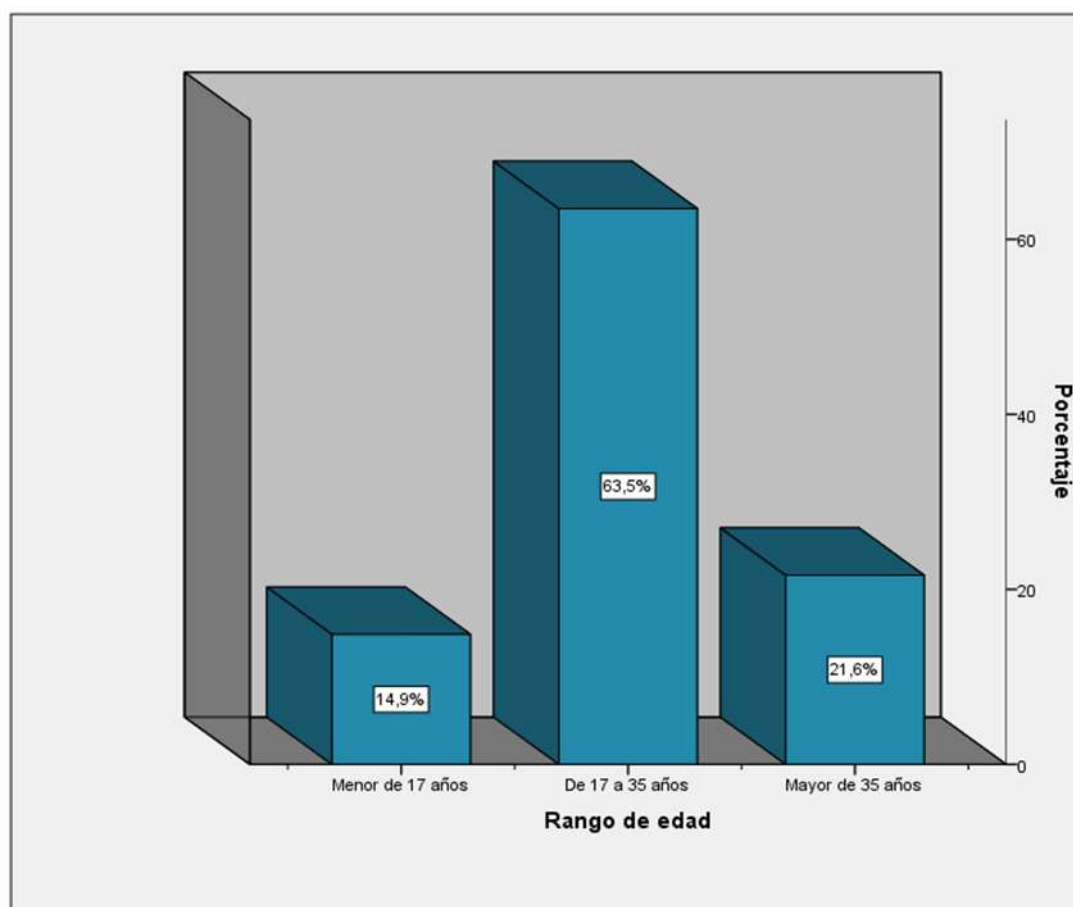
RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 2.

Rango de edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor de 17 años	11	14,9	14,9	14,9
	De 17 a 35 años	47	63,5	63,5	78,4
	Mayor de 35 años	16	21,6	21,6	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 1.*Rango de edad*

Fuente: Encuesta desarrollada

De acuerdo a la tabla 2, los datos reflejan la distribución de las madres pacientes de ginecología según su rango de edad. El 63,5% de las pacientes se encuentran en el rango de edad de 17 a 35 años, lo cual representa la mayoría de las madres atendidas en esta área. Un 21,6% de las pacientes son mayores de 35 años, lo que constituye una proporción significativa, aunque menor en comparación con el grupo predominante. Finalmente, el 14,9% de las pacientes son menores de 17 años, siendo este el grupo más pequeño en términos de proporción.

Los datos reflejan la distribución de las madres pacientes de ginecología según su rango de edad, destacando que son las mujeres jóvenes quienes



tienen mayor preponderancia a ser pacientes en esta área. Este grupo predominante sugiere que las mujeres en esta franja etaria son las más frecuentes en requerir atención ginecológica, posiblemente debido a que esta es la edad más común para el embarazo y la maternidad activa.

Mientras que las pacientes mayores de 35 años, lo que constituye una proporción significativa, aunque menor en comparación con el grupo de 17 a 35 años. Este dato indica que, aunque las mujeres mayores también necesitan servicios ginecológicos, su representación es considerablemente inferior a la de las más jóvenes.

Finalmente, las pacientes menores de 17 años, siendo un grupo más pequeño en términos de proporción. A pesar de su menor representación, la presencia de adolescentes en la atención ginecológica resalta la importancia de brindar servicios y educación sobre salud reproductiva a este grupo vulnerable.

Tabla 3.

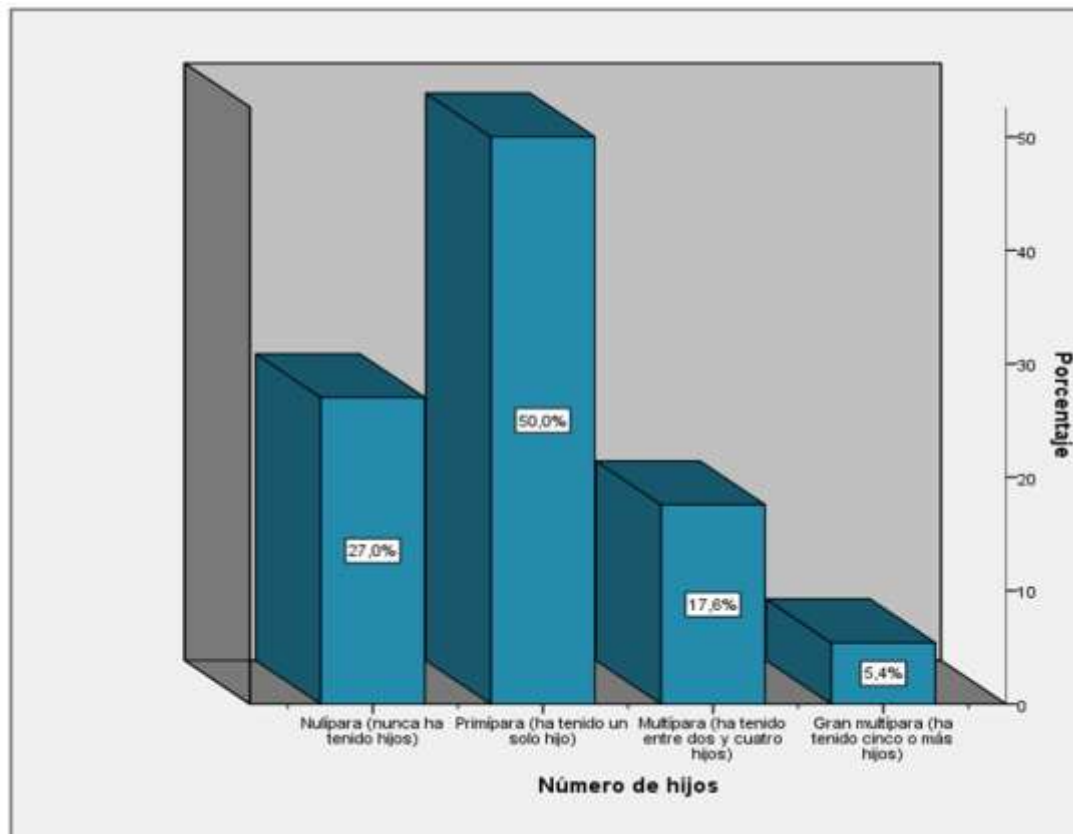
Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulípara (nunca ha tenido hijos)	20	27,0	27,0	27,0
Primípara (ha tenido un solo hijo)	37	50,0	50,0	77,0
Múltipara (ha tenido entre dos y cuatro hijos)	13	17,6	17,6	94,6
Gran múltipara (ha tenido cinco o más hijos)	4	5,4	5,4	100,0
Válido Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 2.

Número de hijos



Fuente: Encuesta desarrollada

De acuerdo a la tabla 3, los datos reflejan la distribución de las madres pacientes de ginecología según el número de hijos que han tenido. El 50,0% de las pacientes son primíparas, es decir, han tenido un solo hijo, lo que representa la mayoría de las pacientes. Este dato sugiere que la atención ginecológica es más frecuentemente requerida por mujeres que han experimentado su primer embarazo y maternidad.

El 27,0% de las pacientes son nulíparas, es decir, nunca han tenido hijos. Este grupo constituye una proporción significativa de las pacientes, indicando que una parte considerable de la atención ginecológica se destina a mujeres que aún no han tenido hijos.

Las multíparas, que han tenido entre dos y cuatro hijos, constituyen el 17,6% de las pacientes. Este grupo refleja a las mujeres que han tenido múltiples embarazos, pero que no superan los cuatro hijos.

Finalmente, las gran multíparas, que han tenido cinco o más hijos, representan el 5,4% de las pacientes. Aunque este es el grupo más pequeño en términos de proporción, su presencia destaca la necesidad de atención especializada para mujeres con un alto número de embarazos.

De manera que, los datos evidencian que la mayoría de las pacientes de ginecología son primíparas, seguidas por nulíparas, multíparas y, en menor medida, gran multíparas. Estos resultados subrayan la diversidad en el número de hijos entre las pacientes y la importancia de ofrecer servicios ginecológicos que aborden las necesidades específicas de cada grupo.

Tabla 4.

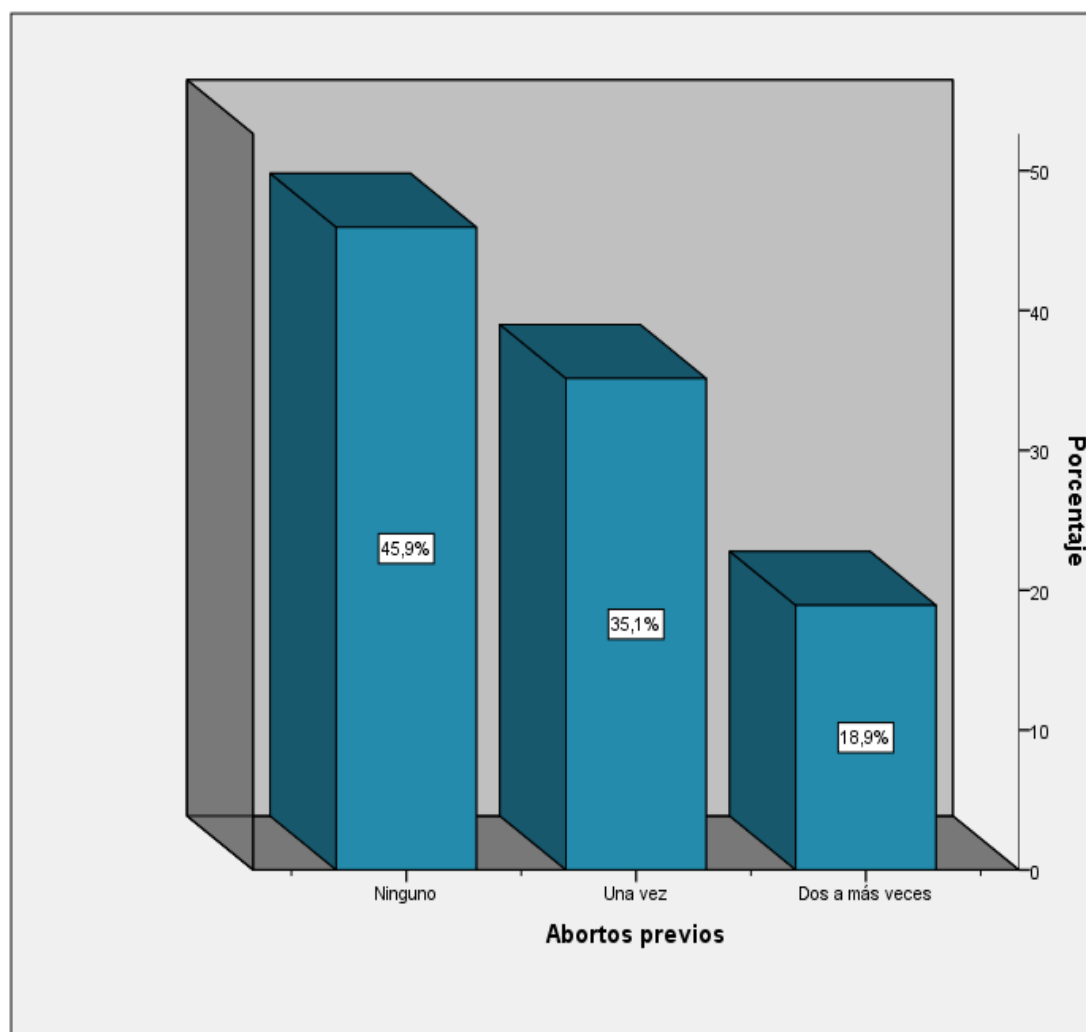
Abortos previos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	34	45,9	45,9	45,9
Una vez	26	35,1	35,1	81,1
Válido Dos a más veces	14	18,9	18,9	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 3.

Abortos previos



Fuente: Encuesta desarrollada

De acuerdo a la tabla 4, los datos reflejan la distribución de las madres pacientes de ginecología según el número de abortos que han tenido antes del embarazo actual. El 45,9% de las pacientes no han tenido ningún aborto previo, lo que constituye la mayoría de las pacientes. Este dato sugiere que casi la mitad de las mujeres atendidas en ginecología están experimentando su primer embarazo sin antecedentes de aborto.

El 35,1% de las pacientes han tenido un aborto previo, indicando que una proporción significativa de las mujeres han enfrentado al menos una interrupción del embarazo antes de su embarazo actual. Esto subraya la importancia de brindar apoyo y atención especializada a este grupo, que puede tener necesidades y preocupaciones particulares.

Por último, el 18,9% de las pacientes han tenido dos o más abortos previos. Aunque este es el grupo más pequeño en términos de proporción, su presencia destaca la necesidad de atención específica y posiblemente más intensiva para mujeres con antecedentes de múltiples abortos.

De manera que, los datos evidencian que la mayoría de las pacientes de ginecología no han tenido abortos previos, mientras que una parte considerable ha tenido uno o más abortos. Estos resultados subrayan la diversidad en los antecedentes reproductivos entre las pacientes y la importancia de ofrecer servicios ginecológicos que aborden las necesidades específicas de cada grupo.

Tabla 5.

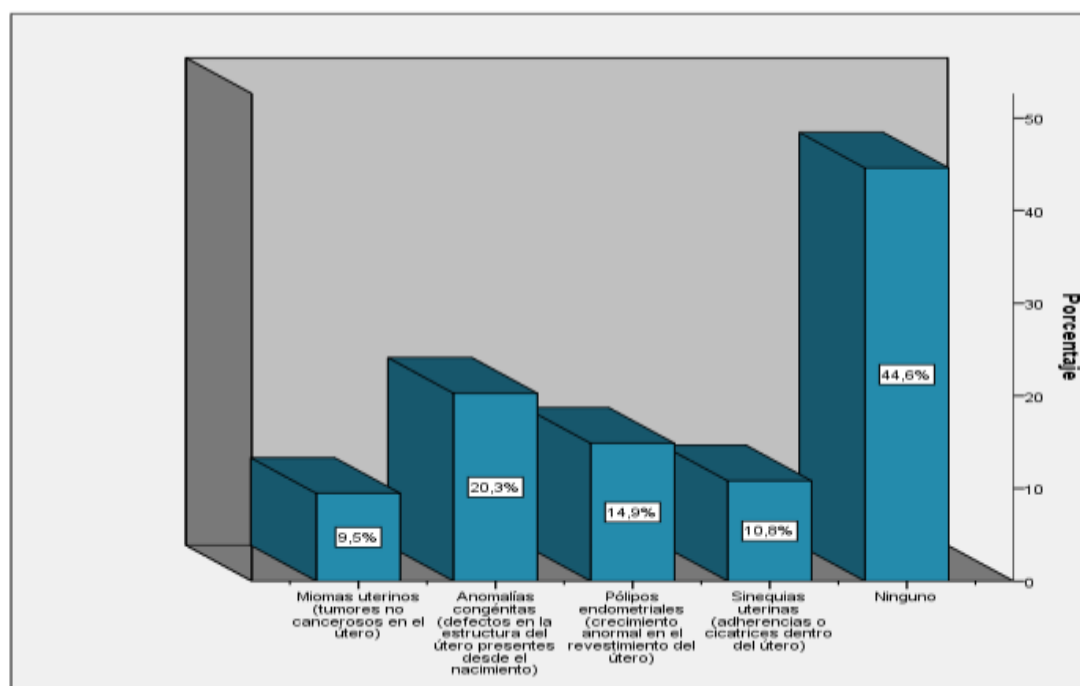
Condición uterina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Miomas uterinos (tumores no cancerosos en el útero)	7	9,5	9,5	9,5
Anomalías congénitas (defectos en la estructura del útero presentes desde el nacimiento)	15	20,3	20,3	29,7
Válido: Pólipos endometriales (crecimiento anormal en el revestimiento del útero)	11	14,9	14,9	44,6
Sinequias uterinas (adherencias o cicatrices dentro del útero)	8	10,8	10,8	55,4
Ninguno	33	44,6	44,6	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 4.

Condición uterina



Fuente: Encuesta desarrollada

De acuerdo a la tabla 5, los datos reflejan la prevalencia de condiciones o enfermedades que afectan la cavidad uterina entre las madres pacientes de ginecología. El 44,6% de las pacientes no presentan ninguna condición o enfermedad que afecte su útero, lo que constituye la mayoría. Este dato sugiere que casi la mitad de las mujeres atendidas no tienen problemas conocidos en la cavidad uterina.

Entre las pacientes con condiciones específicas, las anomalías congénitas, que son defectos en la estructura del útero presentes desde el nacimiento, afectan al 20,3% de las pacientes. Este grupo representa la mayor proporción de condiciones específicas, subrayando la importancia de detectar y tratar estas anomalías desde una etapa temprana. Los pólipos endometriales, que son crecimientos anormales en el revestimiento del útero, están presentes en el 14,9% de las pacientes. Esta condición, aunque menos común que las anomalías congénitas, también representa una parte significativa de las pacientes con problemas uterinos. Las sinequias uterinas, que son adherencias o cicatrices dentro del útero, afectan al 10,8% de las pacientes. Esta condición puede ser consecuencia de procedimientos previos o infecciones y requiere atención específica. Los miomas uterinos, que son tumores no cancerosos en el útero, están presentes en el 9,5% de las pacientes. Aunque es el grupo más pequeño en términos de proporción, los miomas pueden causar síntomas significativos y afectar la calidad de vida de las pacientes.

De manera que, los datos evidencian que una parte considerable de las pacientes de ginecología presentan alguna condición que afecta la cavidad uterina, con las anomalías congénitas siendo las más comunes entre las condiciones específicas. La diversidad de estas condiciones subraya la importancia de diagnósticos precisos y tratamientos adecuados para abordar las necesidades de cada paciente.

Tabla 6.

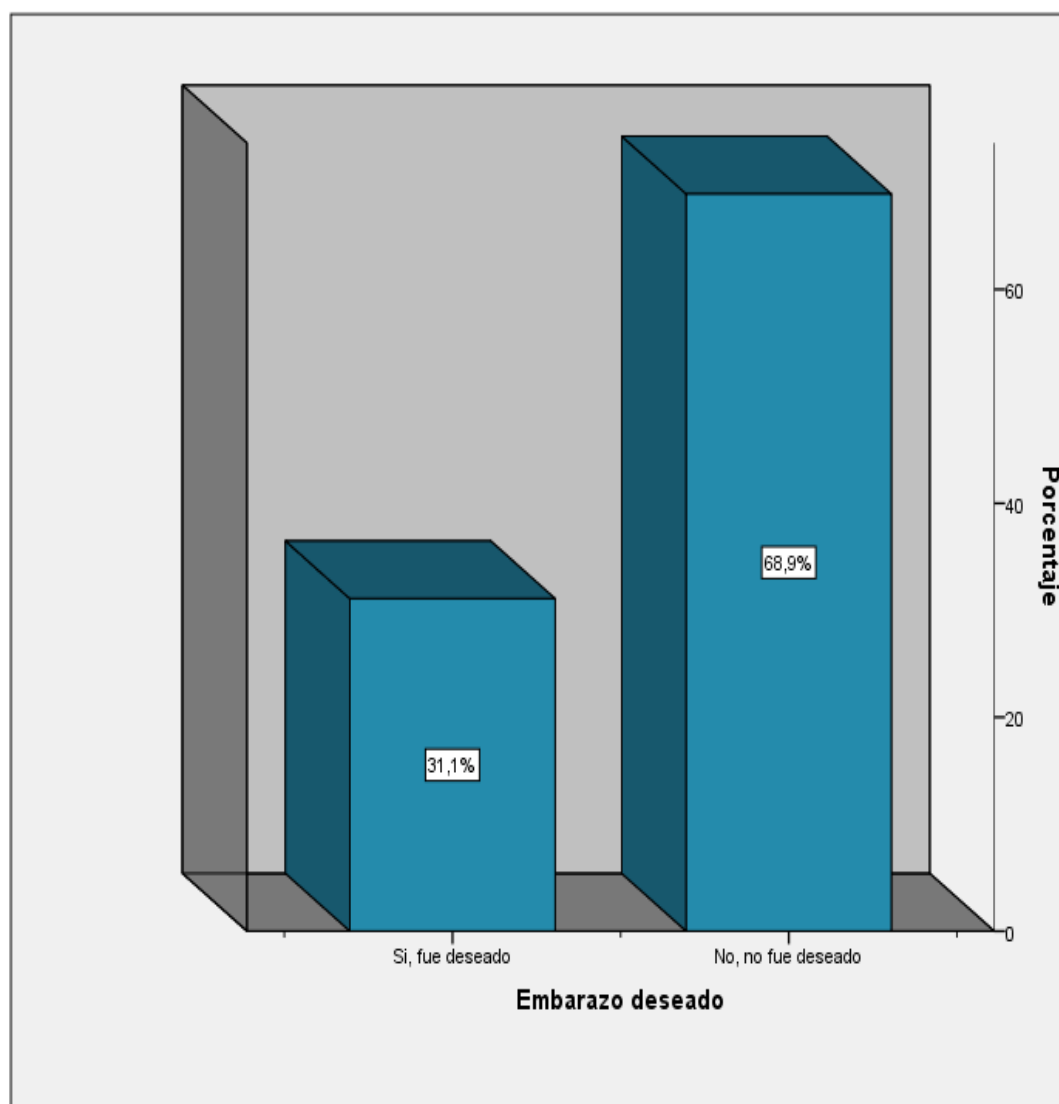
Embarazo deseado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si, fue deseado	23	31,1	31,1	31,1
	No, no fue deseado	51	68,9	68,9	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 5.

Embarazo deseado



Fuente: Encuesta desarrollada



Los datos reflejan la proporción de embarazos deseados entre las madres pacientes de ginecología. Un 31,1% de las pacientes indicó que su embarazo fue deseado, mientras que un 68,9% señaló que no fue deseado.

Esta información revela que la mayoría de las pacientes, casi siete de cada diez, no planeaban su embarazo. Este dato resalta la importancia de la educación y el acceso a métodos anticonceptivos para ayudar a las mujeres a planificar sus familias de acuerdo con sus deseos y circunstancias.

El 31,1% de las pacientes que tuvieron embarazos deseados sugiere que una parte significativa de las mujeres sí planifican y desean su embarazo, subrayando la necesidad de apoyo y recursos para aquellas que están llevando a cabo un embarazo planificado.

En resumen, los datos destacan una alta proporción de embarazos no deseados entre las pacientes de ginecología, lo que subraya la necesidad de mejorar la educación y los recursos en planificación familiar y salud reproductiva.

Tabla 7.

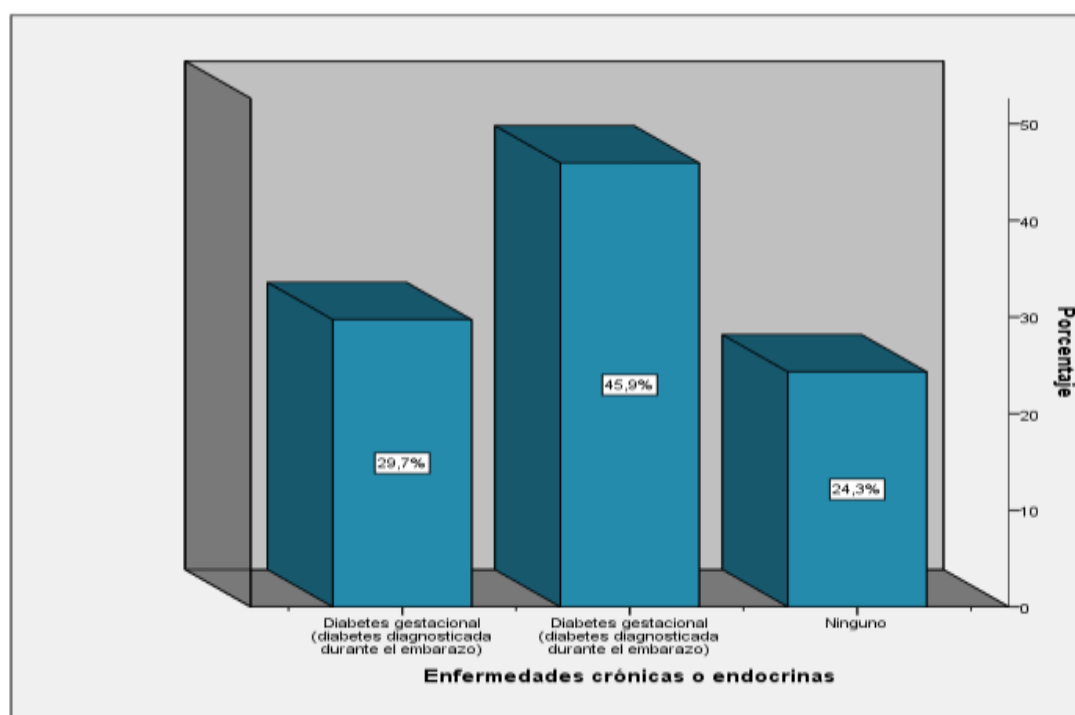
Enfermedades crónicas o endocrinas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo)	22	29,7	29,7	29,7
Válido Diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo)	34	45,9	45,9	75,7
Ninguno	18	24,3	24,3	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 6.

Enfermedades crónicas o endocrinas



Fuente: Encuesta desarrollada

De acuerdo a la tabla 7, los datos reflejan la prevalencia de enfermedades crónicas o endocrinas diagnosticadas durante el embarazo entre las madres pacientes de ginecología. La preeclampsia, caracterizada por presión arterial alta y signos de daño a otros órganos durante el embarazo, es la más común, afectando al 45,9% de las pacientes. Este dato subraya la importancia de la vigilancia y el manejo cuidadoso de la presión arterial en mujeres embarazadas, ya que la preeclampsia puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el bebé.

La diabetes gestacional, una forma de diabetes diagnosticada durante el embarazo, afecta al 29,7% de las pacientes. Este porcentaje significativo indica la necesidad de monitoreo y control de los niveles de azúcar en sangre durante el embarazo para prevenir complicaciones.

Finalmente, el 24,3% de las pacientes no presentan ninguna enfermedad crónica o endocrina diagnosticada durante el embarazo. Aunque este es el grupo más pequeño, su presencia destaca que no todas las mujeres experimentan estas complicaciones y pueden tener un embarazo relativamente libre de problemas médicos graves.

De manera que, los datos evidencian que una parte considerable de las pacientes de ginecología desarrolla preeclampsia o diabetes gestacional durante el embarazo, resaltando la necesidad de cuidados prenatales intensivos para gestionar estas condiciones y garantizar la salud materna y fetal.

Tabla 8.

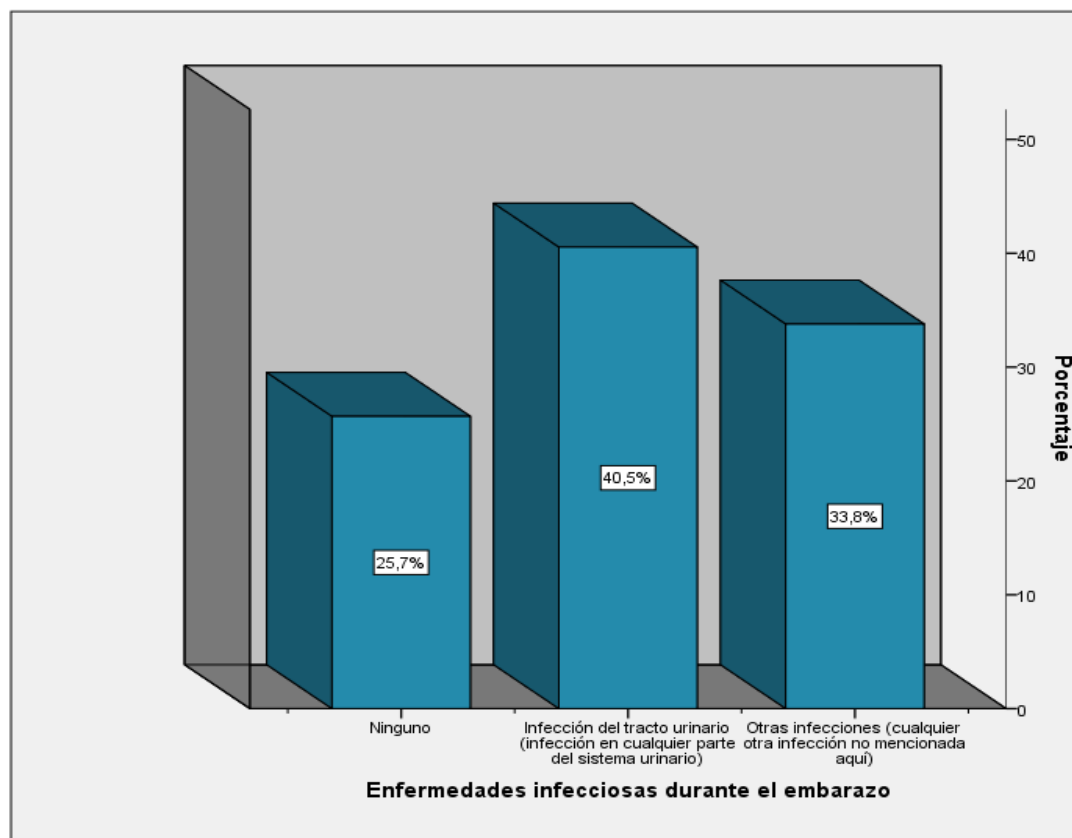
Enfermedades infecciosas durante el embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	19	25,7	25,7	25,7
Infección del tracto urinario (infección en cualquier parte del sistema	30	40,5	40,5	66,2
Válido urinario) Otras infecciones (cualquier otra infección no mencionada aquí)	25	33,8	33,8	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 7.

Enfermedades infecciosas durante el embarazo



Fuente: Encuesta desarrollada



De acuerdo a la tabla 8, los datos revelan la prevalencia de enfermedades infecciosas entre las madres atendidas en ginecología durante el embarazo.

El 40,5% de las pacientes sufrió de infección del tracto urinario, una condición relativamente común que requiere tratamiento para evitar complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

Además, el 33,8% experimentó otras infecciones durante este periodo, las cuales pueden variar en naturaleza y severidad, demandando atención médica específica según el caso.

Por otro lado, el 25,7% de las pacientes no presentó ninguna enfermedad infecciosa durante su embarazo.

Estos resultados subrayan la importancia de una vigilancia cuidadosa y tratamiento efectivo de las infecciones durante el embarazo para proteger la salud materna y fetal, resaltando la necesidad de un cuidado prenatal adecuado y atención médica oportuna para asegurar el bienestar durante esta fase crucial del desarrollo.

Tabla 9.

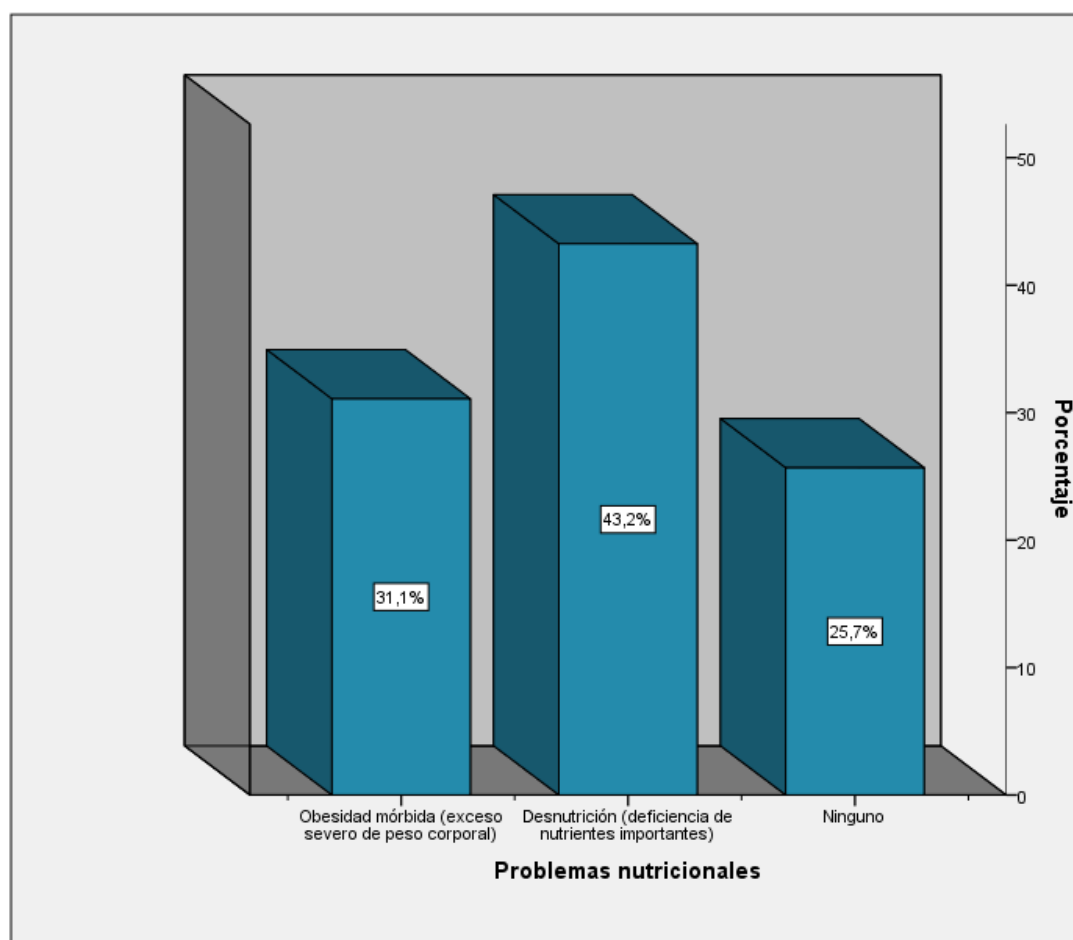
Problemas nutricionales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Obesidad mórbida (exceso severo de peso corporal)	23	31,1	31,1	31,1
Desnutrición (deficiencia de nutrientes importantes)	32	43,2	43,2	74,3
Ninguno	19	25,7	25,7	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 8.

Problemas nutricionales



Fuente: Encuesta desarrollada



De acuerdo a la tabla 9, los datos muestran la incidencia de problemas nutricionales experimentados durante el embarazo entre las madres pacientes de ginecología. El 43,2% de las pacientes ha experimentado desnutrición, caracterizada por deficiencia de nutrientes importantes durante este periodo. Esta condición resalta la importancia de asegurar una adecuada ingesta de nutrientes durante el embarazo para el bienestar materno y fetal.

El 31,1% de las pacientes ha experimentado obesidad mórbida, indicando un exceso severo de peso corporal que puede tener implicaciones significativas para la salud materna y fetal. Este dato subraya la necesidad de manejar adecuadamente el peso y la dieta durante el embarazo para mitigar riesgos asociados.

Un 25,7% de las pacientes no ha experimentado problemas nutricionales durante este embarazo, representando una proporción significativa que no enfrentó dificultades nutricionales específicas durante esta etapa.

De manera que, estos datos enfatizan la importancia de la nutrición adecuada durante el embarazo para prevenir y manejar problemas como la desnutrición y la obesidad mórbida, asegurando así el bienestar tanto de la madre como del bebé.

Tabla 10.

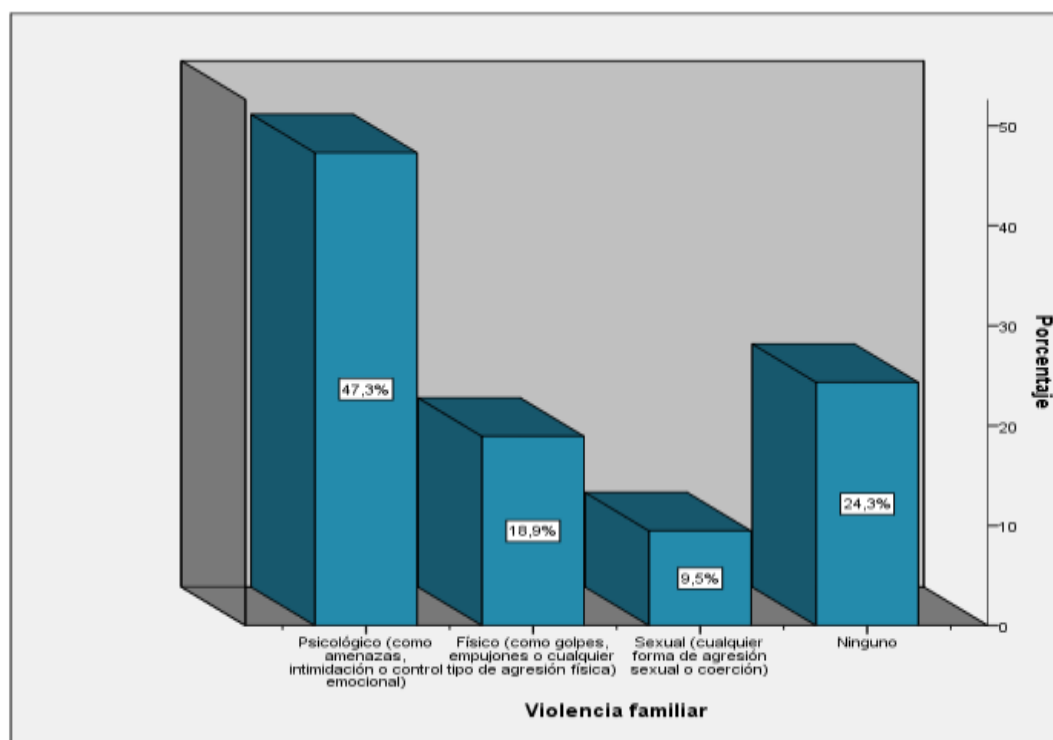
Violencia familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Psicológico (como amenazas, intimidación o control emocional)	35	47,3	47,3	47,3
Físico (como golpes, empujones o cualquier tipo de agresión física)	14	18,9	18,9	66,2
Sexual (cualquier forma de agresión sexual o coerción)	7	9,5	9,5	75,7
Ninguno	18	24,3	24,3	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 9.

Violencia familiar



Fuente: Encuesta desarrollada



De acuerdo a la tabla 10, los datos revelan la prevalencia de violencia familiar experimentada durante el embarazo entre las madres pacientes de ginecología. El 47,3% de las pacientes ha experimentado violencia psicológica, que incluye amenazas, intimidación o control emocional durante este periodo. Esta forma de violencia puede tener efectos profundos en la salud emocional y física de la madre y requiere atención y apoyo adecuados. Un 24,3% de las pacientes reportaron no haber experimentado ningún tipo de violencia familiar durante su embarazo, representando una proporción significativa que no enfrentó estas dificultades específicas durante esta etapa. La violencia física, que incluye golpes, empujones u otras formas de agresión física, afectó al 18,9% de las pacientes. Esta forma de violencia también puede tener consecuencias graves y requiere intervención para proteger la seguridad de la madre y el bebé. La violencia sexual, que abarca cualquier forma de agresión sexual o coerción, fue experimentada por el 9,5% de las pacientes. Esta situación subraya la importancia de abordar la seguridad y el bienestar de las mujeres embarazadas en situaciones de vulnerabilidad. De manera que, estos datos resaltan la alta incidencia de violencia psicológica y otros tipos de violencia familiar durante el embarazo, destacando la necesidad urgente de apoyo integral y protección para las mujeres embarazadas que enfrentan estas situaciones.

4.1. RESULTADOS RIESGOS CLÍNICOS

Tabla 11.

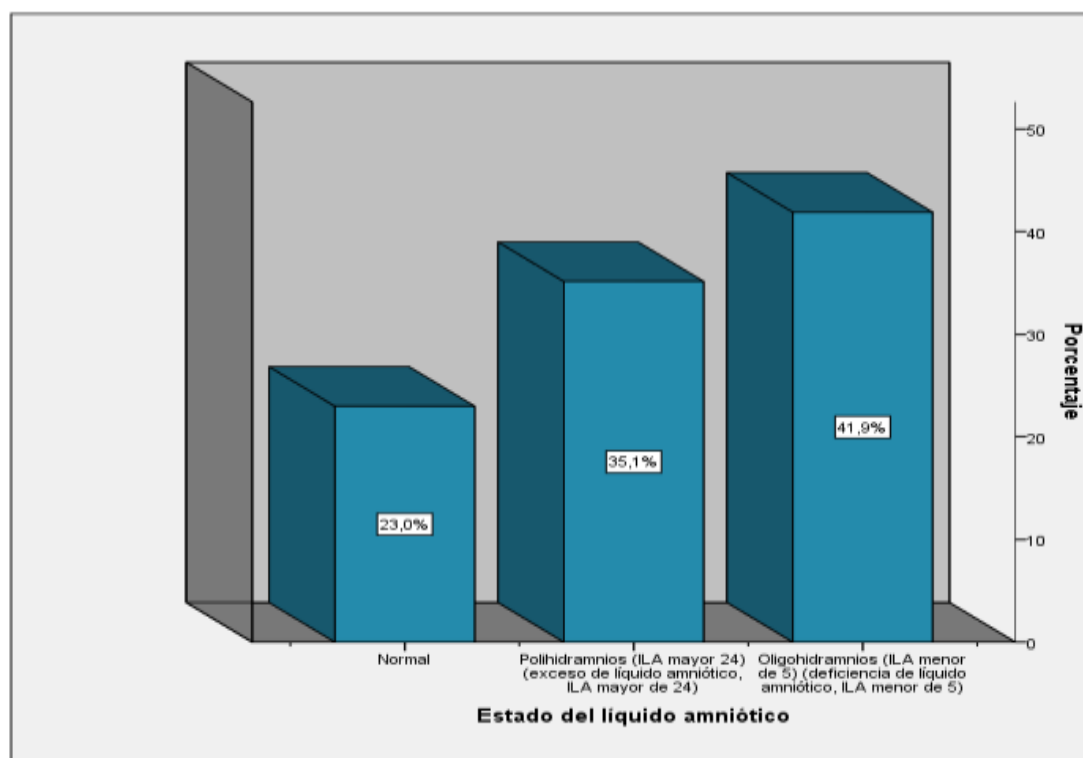
Estado del líquido amniótico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	17	23,0	23,0	23,0
Polihidramnios (ILA mayor 24) (exceso de líquido amniótico, ILA mayor de 24)	26	35,1	35,1	58,1
Oligohidramnios (ILA menor de 5) (deficiencia de líquido amniótico, ILA menor de 5)	31	41,9	41,9	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 10.

Estado del líquido amniótico



Fuente: Encuesta desarrollada



De acuerdo a la tabla 11, los datos muestran el estado del líquido amniótico según el diagnóstico actual de las madres pacientes de ginecología.

El 31% de las pacientes han sido diagnosticadas con oligohidramnios, lo que indica una deficiencia de líquido amniótico con un índice de líquido amniótico (ILA) menor de 5. Esta condición puede tener implicaciones en el desarrollo fetal y requerir monitoreo y manejo cuidadoso durante el embarazo.

El 26% de las pacientes han sido diagnosticadas con polihidramnios, caracterizado por un exceso de líquido amniótico con un ILA mayor de 24. Esta condición también puede afectar el bienestar fetal y puede estar asociada con diversas causas que necesitan evaluación y seguimiento médico.

El 17% de las pacientes tienen un diagnóstico de líquido amniótico dentro de los parámetros normales, lo que indica una cantidad adecuada de líquido amniótico para el desarrollo saludable del feto.

De manera que los datos subrayan la importancia de la evaluación regular del líquido amniótico durante el embarazo para detectar y gestionar posibles complicaciones que puedan afectar la salud fetal y materna.

Tabla 12.

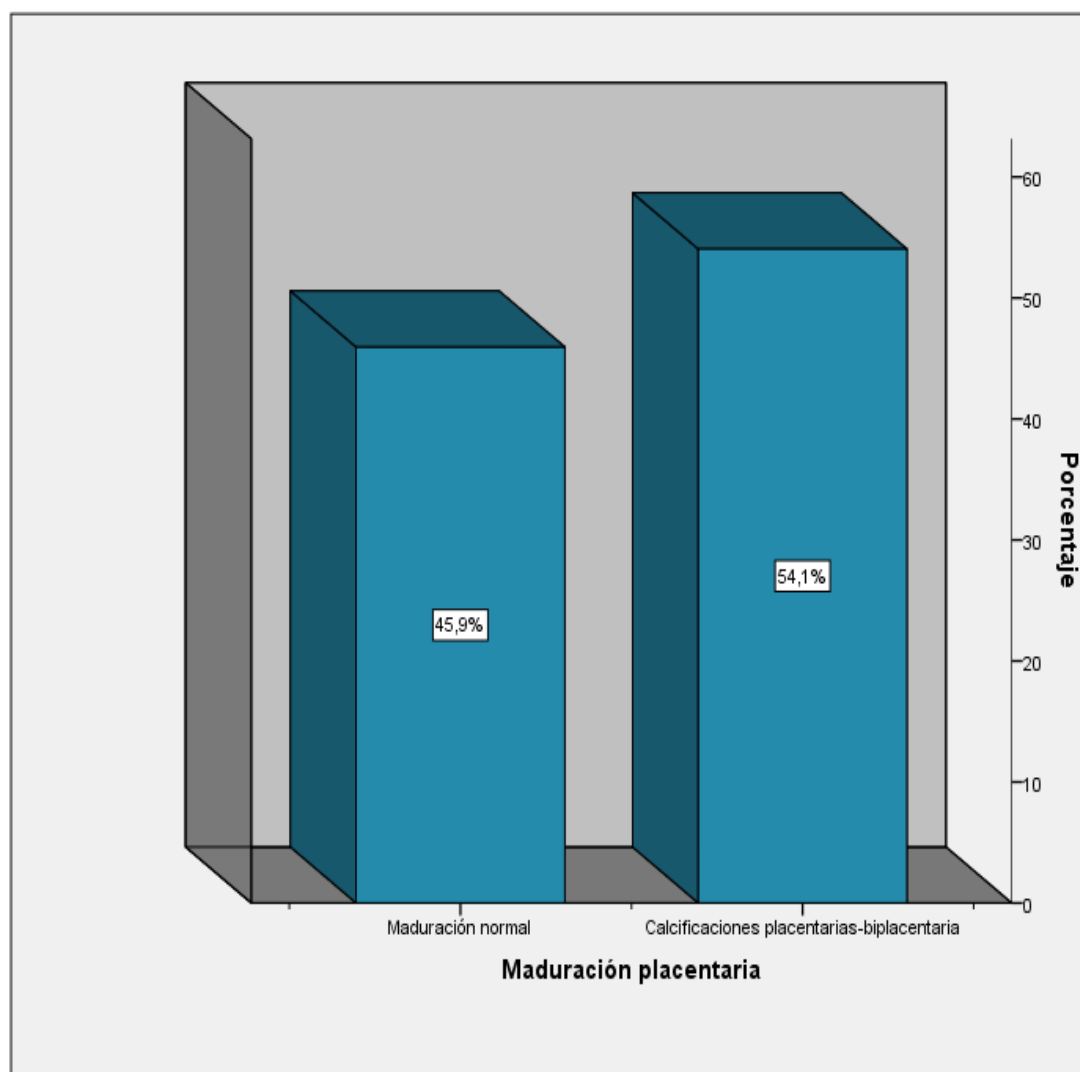
Maduración placentaria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Maduración normal	34	45,9	45,9	45,9
	Calcificaciones placentarias-bi-placentaria	40	54,1	54,1	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 11.

Maduración placentaria



Fuente: Encuesta desarrollada



De acuerdo a la tabla 12, los datos muestran la descripción de la maduración de la placenta según los resultados actuales de las madres pacientes de ginecología.

El 54,1% de las pacientes han sido diagnosticadas con calcificaciones placentarias, Este hallazgo puede indicar un proceso de envejecimiento de la placenta que puede tener implicaciones en el bienestar fetal y puede requerir monitoreo adicional durante el embarazo.

El 45,9% de las pacientes tienen un diagnóstico de maduración normal de la placenta, lo cual es un resultado positivo que sugiere un desarrollo adecuado y saludable de este órgano crucial para el soporte fetal durante el embarazo.

De manera que los datos resaltan la importancia de la evaluación regular de la placenta para detectar posibles complicaciones que puedan afectar el curso del embarazo y la salud del bebé en desarrollo.

Tabla 13.

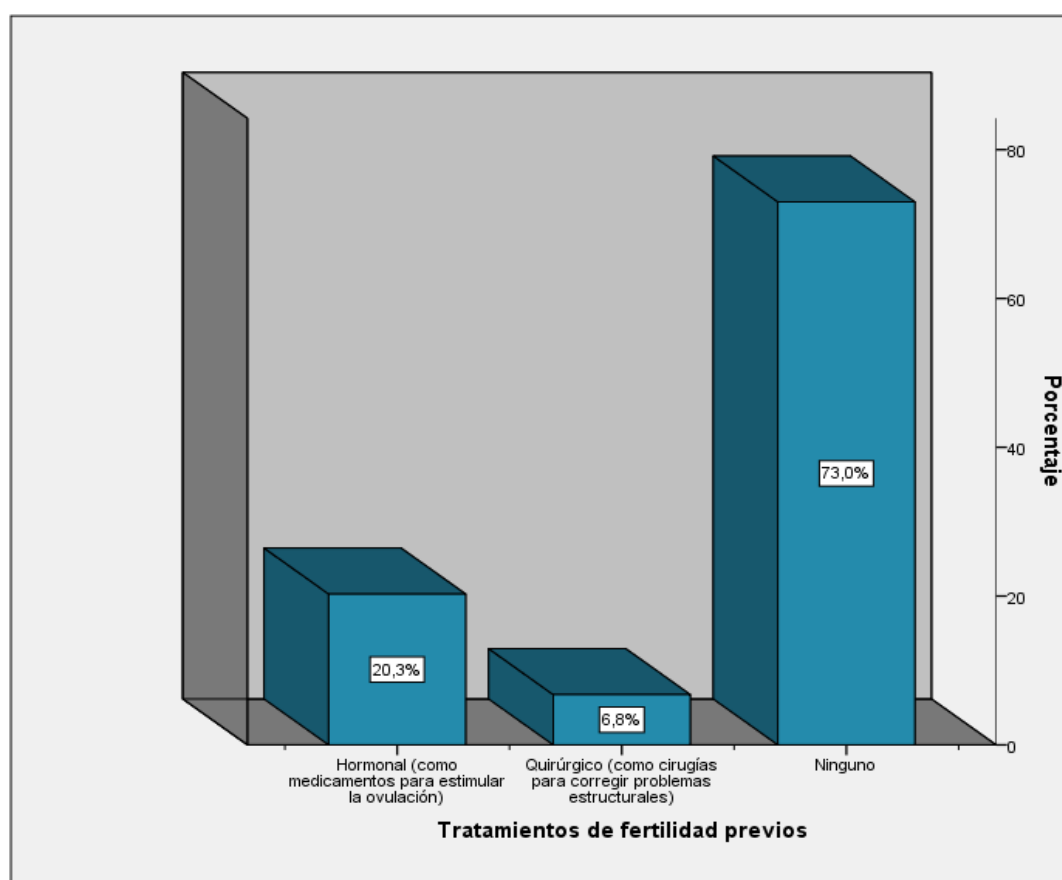
Tratamientos de fertilidad previos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hormonal (como medicamentos para estimular la ovulación)	15	20,3	20,3	20,3
Quirúrgico (como cirugías para corregir problemas estructurales)	5	6,8	6,8	27,0
Ninguno	54	73,0	73,0	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 12.

Tratamientos de fertilidad previos



Fuente: Encuesta desarrollada



Los datos muestran el tipo de tratamiento para la fertilidad recibido por las madres pacientes de ginecología antes del actual embarazo: El 73,0% de las pacientes no ha recibido ningún tipo de tratamiento para la fertilidad antes de este embarazo. Esto indica que la mayoría de las mujeres concibieron de manera natural sin necesidad de intervenciones médicas para mejorar la fertilidad.

El 20,3% de las pacientes ha recibido tratamiento hormonal, como medicamentos para estimular la ovulación, antes de este embarazo. Estos tratamientos son comunes para mujeres que experimentan dificultades para concebir de manera natural y buscan aumentar sus posibilidades de embarazo mediante la regulación hormonal.

El 6,8% de las pacientes ha recibido tratamiento quirúrgico, como cirugías para corregir problemas estructurales que afectan la fertilidad, antes de este embarazo. Este tipo de intervención es menos frecuente, pero puede ser necesaria para corregir condiciones como bloqueos en las trompas de Falopio o problemas uterinos que obstaculizan la concepción.

Estos datos resaltan las diversas estrategias utilizadas por las pacientes para abordar la fertilidad antes de concebir, destacando la prevalencia de tratamientos hormonales y, en menor medida, tratamientos quirúrgicos como opciones para mejorar las posibilidades de embarazo.

Tabla 14.

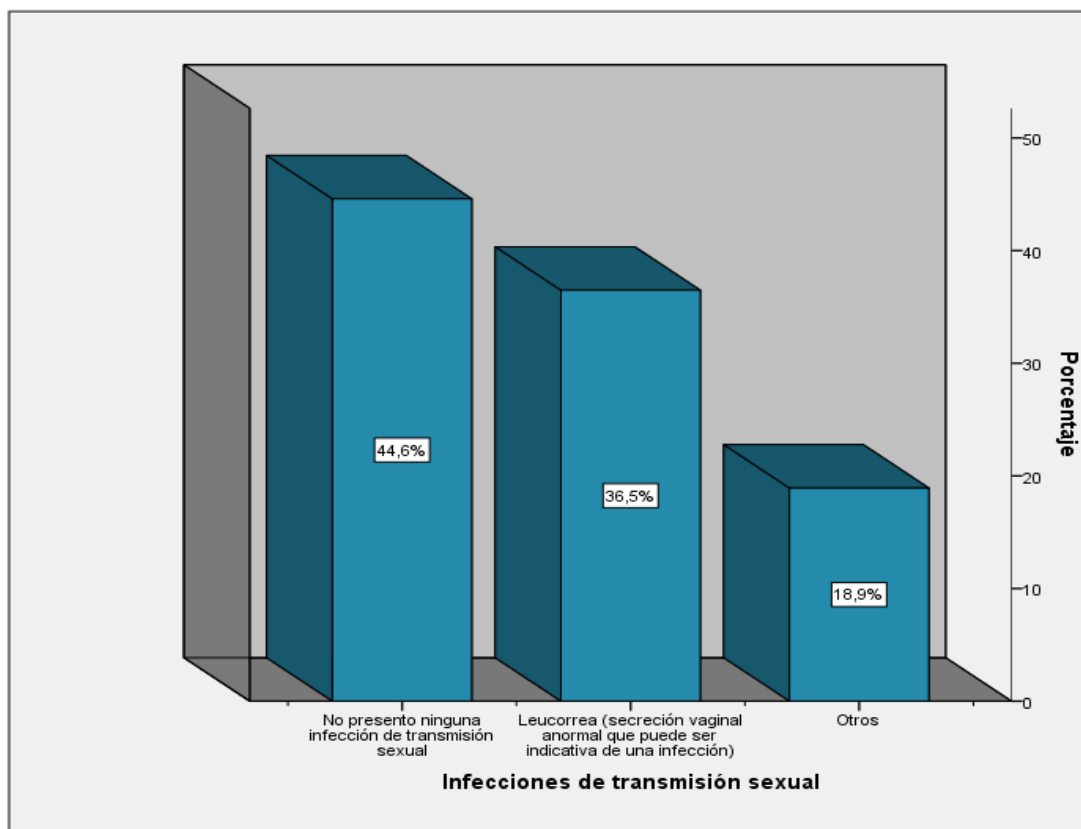
Infecciones de transmisión sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presento ninguna infección de transmisión sexual	33	44,6	44,6	44,6
Válido Leucorrea (secreción vaginal anormal que puede ser indicativa de una infección)	27	36,5	36,5	81,1
Otros	14	18,9	18,9	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 13.

Infecciones de transmisión sexual



Fuente: Encuesta desarrollada



De acuerdo a la tabla 14, los datos muestran la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el embarazo entre las madres pacientes de ginecología: El 44,6% de las pacientes no presentó ninguna infección de transmisión sexual durante este embarazo. Esto indica que una proporción significativa de mujeres no experimentó ITS durante este periodo, lo cual es positivo para la salud materna y fetal.

El 36,5% de las pacientes experimentó leucorrea, una secreción vaginal anormal que puede ser un síntoma de infección vaginal, aunque no exclusivamente de ITS. Este hallazgo destaca la necesidad de evaluación médica para determinar la causa subyacente y asegurar un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones durante el embarazo.

El 18,9% de las pacientes reportaron otros tipos de infecciones que no fueron especificadas en las opciones anteriores. Esto subraya la variedad de condiciones que pueden afectar la salud vaginal durante el embarazo y la importancia de un manejo médico apropiado para cada caso particular.

De manera que, los datos enfatizan la importancia de la vigilancia prenatal y el manejo adecuado de las condiciones que afectan la salud vaginal durante el embarazo. Detectar y tratar infecciones de manera oportuna no solo promueve el bienestar materno, sino que también ayuda a proteger la salud del bebé en desarrollo.

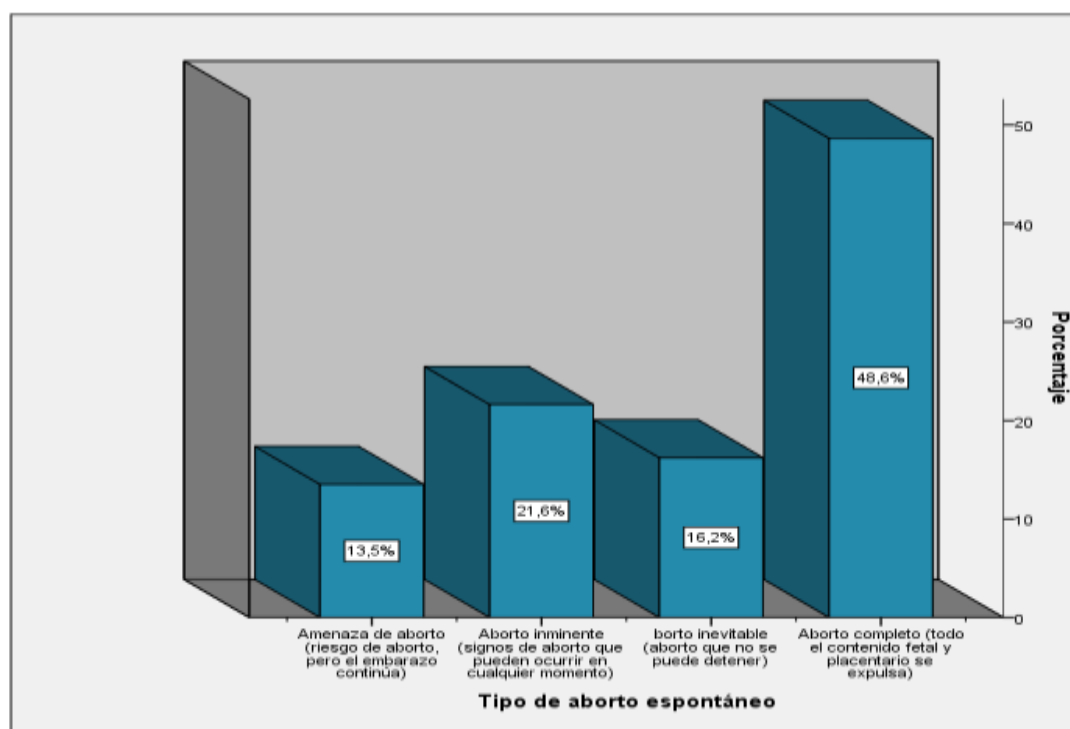
4.2. RESULTADOS ABORTO

Tabla 15.

Tipo de aborto espontáneo

	Frecuen cia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Amenaza de aborto (riesgo de aborto, pero el embarazo continúa)	10	13,5	13,5	13,5
Aborto inminente (signos de aborto que pueden ocurrir en cualquier momento)	16	21,6	21,6	35,1
Aborto inevitable (aborto que no se puede detener)	12	16,2	16,2	51,4
Aborto completo (todo el contenido fetal y placentario se expulsa)	36	48,6	48,6	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 14.*Tipo de aborto espontáneo*

Fuente: Encuesta desarrollada

De acuerdo a la tabla 15, los datos muestran los diferentes tipos de aborto espontáneo experimentados según el diagnóstico médico actual entre las madres pacientes de ginecología. El 48,6% de las pacientes han experimentado un aborto completo, donde todo el contenido fetal y placentario se expulsa del útero, indicando una pérdida total del embarazo.

Un 21,6% ha experimentado un aborto inminente, caracterizado por signos que indican un alto riesgo de aborto que puede ocurrir en cualquier momento sin intervención médica.

Un 16,2% ha tenido un aborto inevitable, donde una vez iniciado no se puede detener, requiriendo manejo médico para evacuar el útero de manera segura.

Además, un 13,5% ha enfrentado amenaza de aborto, con riesgo significativo, pero con el embarazo aún en curso con intervenciones médicas para intentar preservarlo.

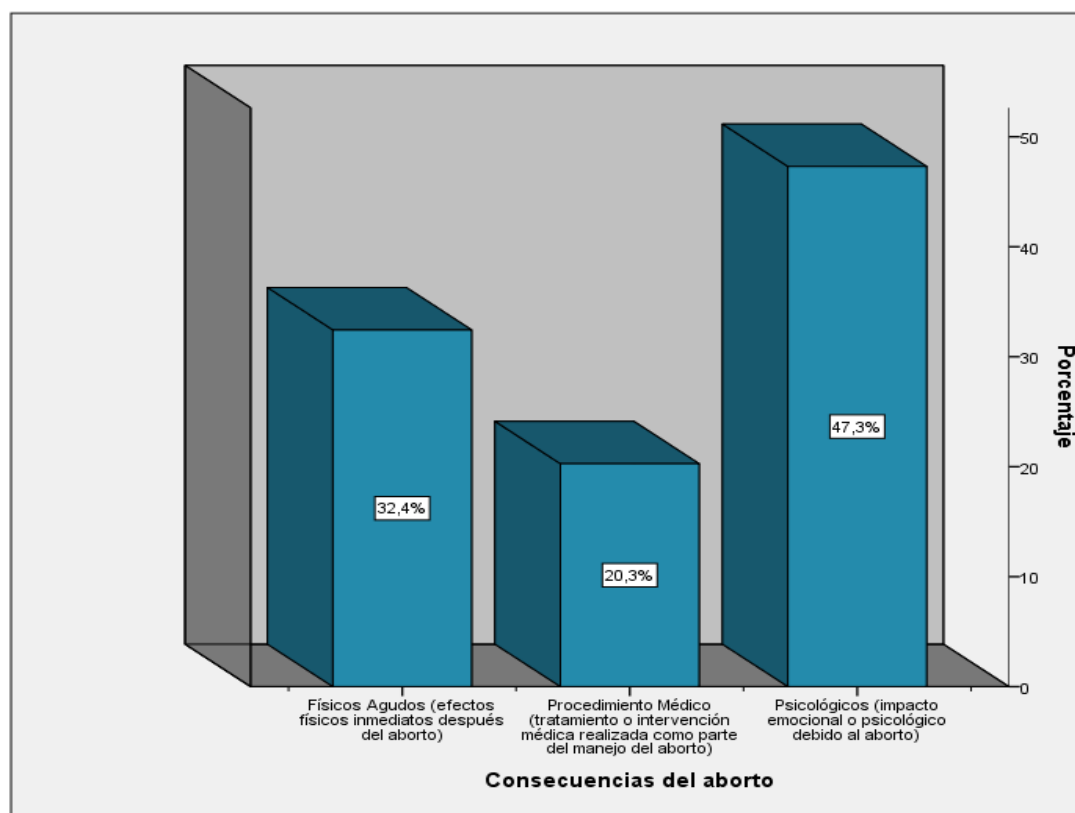
De manera que, los datos subrayan la complejidad de las situaciones durante un aborto espontáneo y la importancia de la evaluación y manejo médico adecuado para cada caso para minimizar riesgos y proporcionar el apoyo necesario a las pacientes.

Tabla 16.

Consecuencias del aborto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Físicos (efectos inmediatos del aborto)	24	32,4	32,4	32,4
	Agudos físicos después del aborto)				
	Procedimiento Médico (tratamiento o intervención médica realizada como parte del manejo del aborto)	15	20,3	20,3	52,7
	Psicológicos (impacto emocional o psicológico debido al aborto)	35	47,3	47,3	100,0
Total		74	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta desarrollada

Figura 15.*Consecuencias del aborto*

Fuente: Encuesta desarrollada

Los datos muestran las consecuencias experimentadas como resultado del aborto entre las madres pacientes de ginecología. El 47,3% de las pacientes reportaron impactos psicológicos, refiriéndose al efecto emocional o psicológico debido al aborto. Esto resalta la carga emocional significativa asociada a esta experiencia y la necesidad de apoyo psicológico adecuado. Para el 32,4% de las pacientes, se observaron efectos físicos agudos, que incluyen síntomas físicos inmediatos después del aborto. Estos pueden variar desde dolor abdominal hasta complicaciones más graves que requieren atención médica inmediata. Un 20,3% de las pacientes mencionaron haber recibido tratamientos médicos como parte del manejo del aborto. Esto puede incluir procedimientos



quirúrgicos o administración de medicamentos necesarios para completar el proceso de manera segura y efectiva.

Estos hallazgos destacan la variedad de impactos tanto emocionales como físicos que pueden surgir como consecuencia de un aborto, subrayando la importancia de una atención integral que aborde tanto las necesidades médicas como las emocionales de las pacientes durante y después de esta experiencia.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.-** La presencia de riesgos inminentes muestra una relación positiva significativa con el aborto entre las pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazábal Pauca de Huancané en 2023. Esto se evidencia en la prueba de correlación de Rho de Spearman, que arroja un coeficiente positivo de 0,835 con un valor de significancia de 0,000 ($p < 0,05$). Los riesgos inevitables y los factores clínicos asociados han resultado en abortos completos, impactando significativamente a nivel psicológico con repercusiones emocionales.
- SEGUNDA.-** Los riesgos inevitables están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané en 2023, como indica la prueba de correlación de Rho de Spearman con un coeficiente positivo de 0,836 y un valor de significancia de 0,000 ($p < 0,05$). La mayoría de las mujeres en estudio se encuentran en el rango de edad entre 17 y 35 años, son primíparas y no han tenido abortos anteriores, además de no presentar enfermedades que afecten la cavidad del útero. Sin embargo, a pesar de estos factores, los embarazos no fueron deseados y se diagnosticaron con condiciones como preeclampsia, infección de tracto urinario, y desnutrición, mientras que algunas enfrentaron violencia psicológica. Estos factores han contribuido a la ocurrencia de abortos espontáneos completos, generando un impacto emocional significativo en las pacientes.



TERCERA.- Los riesgos clínicos están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023. Ello evidencia la prueba de correlación de Rho de Spearman, que muestra un coeficiente positivo de 0,828 con un valor de significancia de 0,000 ($p < 0,05$). La mayoría de las pacientes presentaron condiciones como oligohidramnios y calcificaciones placentarias . Además, no recibieron tratamiento para la fertilidad y a pesar de que no experimentaron infecciones de transmisión sexual durante el embarazo. Presentaron abortos espontáneos completos, los cuales han tenido un impacto emocional considerable en las pacientes.

SUGERENCIAS

PRIMERA.- Al director del Hospital del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané, implementar programas de educación continua para el personal médico y de enfermería, centrados en la identificación temprana y gestión de riesgos obstétricos. Este enfoque debería incluir la capacitación avanzada en la detección precoz de condiciones como preeclampsia, infecciones del tracto urinario y desnutrición, así como en la provisión de apoyo emocional integral a las pacientes.

SEGUNDA.- Al jefe de ginecoobstetricia del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané, desarrollar y actualizar protocolos clínicos para el manejo de embarazos no deseados y condiciones de alto riesgo, como preeclampsia y oligohidramnios. Es fundamental asegurar que todo el personal esté debidamente capacitado para implementar estos protocolos, con el objetivo de reducir significativamente la incidencia de abortos espontáneos completos y mejorar los resultados obstétricos.

TERCERA.- Al área de atención psicológica del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané, ampliar los servicios especializados en apoyo psicológico y emocional para las pacientes que han experimentado abortos espontáneos y aquellas en riesgo. Se debe promover un entorno de atención que aborde proactivamente las repercusiones emocionales, asegurando un cuidado sensible y efectivo para mejorar el bienestar integral de las pacientes ginecológicas.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tuncalp A, Beavin C. Embarazo no deseado y aborto por ingreso, región y estado legal del aborto: estimaciones de un modelo integral para 1990–2019. *Lancet Salud Glob.* 2020;8(9):1152–61.
2. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C. Clasificación global, regional y subregional de abortos por seguridad, 2010-2014. estimaciones un Model jerárquico bayesiano. 2017;8(7):186–93.
3. Ituarte M, Lopez A. Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *ARTIGO.* 2021;37(2):108–21.
4. Castillo M. Complicaciones asociadas al manejo del aborto en pacientes asistidas en el hospital universitario maternidad Nuestra Señora de la Altagracia marzo, 2021- marzo, 2022 [Internet]. Tesis de doctorado, universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña; 2022. Available from: [https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/4929/Complicaciones asociadas al manejo del aborto en pacientes asistidas en el hospital universitario maternidad nuestra señora de la altagracia.marzo%2C 2021- marzo%2C 2022.pdf?sequence=1&isAll](https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/4929/Complicaciones%20asociadas%20al%20manejo%20del%20aborto%20en%20pacientes%20asistidas%20en%20el%20hospital%20universitario%20maternidad%20nuestra%20se%C3%B1ora%20de%20la%20altagracia.marzo%2C%202021-%20marzo%2C%202022.pdf?sequence=1&isAll)
5. Melendez R. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del Cantón el Carmen- Manabí, Mayo-Septiembre 2019 [Internet]. Tesis de pregrado, universidad Tecnica de Babahoyo; 2019. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6491/P-UTB-FCS-ENF-000147.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



6. Jimenez J. Prevalencia de aborto en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro enero - abril 2019 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2019. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/10976>
7. Palomino M, Gonzales M, Quintana D, Sanchez I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Multimed [Internet]. 2020;24(6):1120–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349
8. Lavayen J, Culque E. Factores de riesgo que influyen en la presentación de hemorragia post parto. Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Milagro; 2019.
9. Paredes M. Características clínico epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, años 2020 - 2021 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12306>
10. Corrales J. Características Gineco Obstétricas de las Gestantes con Aborto Antendidad en el Hospital II-1 de Atención General "JFS" Cangallo 2019 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Huancavelica; 2021. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3563>
11. Ticlla L. Características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota. 2019 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/3692>



12. Sorjano G, Venturo K. Antecedentes personales y hemorragia posparto en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2021 [Internet]. 2022. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4570>
13. Nieto M, Rojas R. Factores de riesgo obstétrico y causas de hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Huánuco - Amarilis, febrero - diciembre, 2019. [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2019. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/6120>
14. Flores C. Anemia gestacional asociado a las Hemorragias Post-parto en puérperas atendidas del Hospital II-I llave 2019. Tesis de pregrado, Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez; 2020.
15. Vilcarana M. Causas que producen la Hemorragia Post parto en Pacientes Atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2018 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez; 2019. Available from: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4526>
16. Sumi D. Agentes Predictivos Maternos de una Hemorragia Post parto en Puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca - 2018. Tesis de pregrado, Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez; 2018.
17. Huiñocana L. Factores de riesgo asociados a hemorragia Post parto en Pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2018. Tesis de pregrado, Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez; 2020.
18. Huaroto C, Kon K, Falcon G, Ticse R. Descripción de la actividad quirúrgica y mortalidad de cirugías oncológicas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante la pandemia por SARS-CoV-



2. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2022;39(1).
19. Bastarachea M, Rodríguez A, Morales D, García B. El paciente de riesgo quirúrgico en la carrera de Estomatología. Educ Médica Super [Internet]. 2021;35(3):1–19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000300009
20. Costa E, Samantha R, Yaba M, Brittany M, Cheri P. La microeconomía del aborto: una revisión del alcance y un análisis de las consecuencias económicas para quienes buscan servicios de aborto. Pulmed. 2021;16(6).
21. González G, Moreno D, Grass D. Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. Salud UIS. 2021;53:1–11.
22. Reyes C, Gavilan O, Mallma T. Aborto terapeutico en el Peru: Una revision sobre el enfoque actual. Rev med panacea [Internet]. 2018;7(2):74–7. Available from: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/31/263>
23. Rojas G. Factores sociales, demográficos y gineco-obstétricos asociados al aborto inducido en mujeres bolivianas, periodo 2018-2022. Gac Med Bol. 2022;45(2):128–34.
24. Meregildo E. Exámenes preoperatorios en cirugías electivas no cardiacas de riesgo bajo e intermedio: revisión sistemática y análisis costo-efectividad. Horiz Médico. 2021;21(3):1–8.
25. Palma D, Luyo D, Cardenas J, Borneo E, Valentin A. Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari, Huánuco, 2018-2020. Rev Peru Ciencias la Salud [Internet].

2020;3(1):115–21.

Available

from:

<http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/240e>

26. Monteverde M, Tarragona S. Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018. *Salud Colect.* 2019;15(24).
27. Ochoa Y, Rodríguez Y. Aborto en la adolescencia, un reto como problema biopsicosocial actual para la Atención Primaria de Salud. *Multimed.* 2021;25(3):1–19.
28. Tarducci M. Escenas claves de la lucha por el derecho al aborto en Argentina. *Salud Colect.* 2018;14(3):425–32.
29. Ponce R, Ochoa Y, Pilco N. Consideraciones éticas del aborto en el contexto de la salud pública de América Latina. *Cart al Ed.* 2022;15(1):1–3.
30. Granel J, Blanco M, Bautista J, Laguna M, Vazquez N. Hallazgos ecográficos y tomográficos en aborto séptico. *Medicina (B Aires).* 2023;83(4):652–5.
31. Ruiz H. Manejo Conservador de Retención de Productos de la Concepción con Anticonceptivos Orales Combinados. *Arch Med.* 2021;21(1):215–24.
32. Mastarreno M, Briones A, Sánchez S, Farfán L. Gestión del cuidado en obstetricia y ginecología: Una mirada integral. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida.* 2023;7(3):70–9.
33. Gonzales V. Perinatología y reproducción humana. *Dep Ginecol y Obstet.* 2022;35(3):251–9.
34. Távara L. Aspectos bioéticos del aborto terapéutico en niñas y



- adolescentes menores de 15 años. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2023;69(2):1–10.
35. Rodríguez L, Rios M, Gonzales M, Quintana D, Sanchez I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Multimed. 2020;24(6):1349–65.
36. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Sexta. México D.F., México: McGraw - Hill; 2014.
37. Monje C. Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa – Guía Didáctica. Neiva Colombia: Universidad Sur Colombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Programa de Comunicación Social y Periodismo.; 2011. 217 p.
38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista M del P. Metodología de la Investigación. Sexta. México D.F., México: McGraw - Hill; 2014.
39. Blasco J, Pérez J. Metodologías de investigación en educación física y deporte: Ampliando horizontes. Imprenta G. Alicante, España.: Editorial Club Universitario; 2007.
40. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres P. Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México D.F., México: Mc Graw Hill Education; 2018.
41. Ramirez C, Tulio A. Como hacer un proyecto de investigación. Caracas.: Editor Tulio A. Ramírez C; 1997.



ANEXOS



ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	TÉCNICAS
¿De qué manera se relaciona los riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023?	Establecer la relación de los riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.	Existe una correlación positiva significativa entre la presencia de riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.	Variable Independiente: Riesgos inminentes Variable Dependiente: Aborto en pacientes de ginecología	Enfoque: Cuantitativo Método: Deductivo Diseño: No experimental Tipo de investigación: Correlacional Temporalidad: Transversal	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas			
¿Cómo se relaciona los riesgos inevitables con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023?	Analizar la relación de los riesgos inevitables con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.	Los riesgos inevitables están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané en 2023			
¿Cómo se relaciona los riesgos clínicos con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023?	Determinar la relación de los riesgos clínicos con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.	Los riesgos clínicos están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.			



ANEXO 2 MATRIZ INSTRUMENTAL

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO Y TECNICA	ESCALA DE MEDICION
Las tecnologías de información y comunicación	Riesgos inevitables	Edad	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario	Nominal
		Paridad		
		Antecedente de aborto previo		
		Patología uterina que compromete su cavidad		
		Embarazo no deseado		
		Enfermedades crónicas, endocrinas		
		Enfermedades infecciosas		
		Problemas nutricionales		
		Violencia familiar		
	Riesgos clínicos	Líquido amniótico		
		Maduración placentaria		
		Tratamiento de fertilidad		
		Infecciones de transmisión sexual.		
Aprendizaje virtual	Tipo de aborto espontaneo	Amenaza de aborto	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario	Nominal
		Aborto inminente		
		Aborto inevitable		
		Aborto completo		
	Consecuencias del aborto	Físicos Agudos		
		Procedimiento Médico		
		Psicológicos		



ANEXO 3 INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACION



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD

MENCIÓN: EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene por título "RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ 2023", que tiene por objetivo establecer la relación de los riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazaba Pauca de Huancané 2023.

Instrucciones:

Lee cada pregunta del cuestionario con atención y asegúrate de comprender lo que se está preguntando antes de responder. Agradezco anticipadamente su colaboración.

CUESTIONARIO

VI. RIESGOS INMINENTES

RIESGOS INEVITABLES

1. **¿Cuál es su rango de edad?**
 - a) Menor de 17 años
 - b) De 17 a 35 años
 - c) Mayor de 35 años
2. **¿Cuál es el número de hijos que ha tenido?**
 - a) Nulípara (nunca ha tenido hijos)
 - b) Primípara (ha tenido un solo hijo)
 - c) Multípara (ha tenido entre dos y cuatro hijos)
 - d) Gran multípara (ha tenido cinco o más hijos)
3. **¿Cuántas veces ha tenido un aborto antes de este?**
 - a) Ninguno
 - b) Una vez
 - c) Dos a más veces



4. **¿Tiene alguna condición o enfermedad que afecte la cavidad de su útero?**
 - a) Miomas uterinos (tumores no cancerosos en el útero) 7
 - b) Anomalías congénitas (defectos en la estructura del útero presentes desde el nacimiento)
 - c) Pólipos endometriales (crecimiento anormal en el revestimiento del útero)
 - d) Sinequias uterinas (adherencias o cicatrices dentro del útero)
 - e) Ninguno
5. **¿Este embarazo fue deseado?**
 - a) Si, fue deseado
 - b) No, no fue deseado
6. **¿Tiene alguna enfermedad crónica o endocrina que haya sido diagnosticada durante el embarazo?**
 - a) Diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo) 22
 - b) Pre eclampsia (presión arterial alta y signos de daño a otros órganos durante el embarazo)
 - c) Ninguno
7. **¿Ha tenido alguna enfermedad infecciosa durante el embarazo?**
 - a) Ninguno
 - b) Infección del tracto urinario (infección en cualquier parte del sistema urinario)
 - c) Otras infecciones (cualquier otra infección no mencionada aquí)
8. **¿Ha experimentado problemas nutricionales durante este embarazo?**
 - a) Obesidad mórbida (exceso severo de peso corporal)
 - b) Desnutrición (deficiencia de nutrientes importantes)
 - c) Ninguno
9. **¿Ha experimentado algún tipo de violencia familiar durante este embarazo?**
 - a) Psicológico (como amenazas, intimidación o control emocional)
 - b) Físico (como golpes, empujones o cualquier tipo de agresión física)
 - c) Sexual (cualquier forma de agresión sexual o coerción)
 - d) Ninguno



RIESGOS CLINICOS

10. ¿Cuál es el estado de su líquido amniótico según su diagnóstico actual?

- a) Normal
- b) Polihidramnios (ILA mayor 24) (exceso de líquido amniótico, ILA mayor de 24)
- c) Oligohidramnios (ILA menor de 5) (deficiencia de líquido amniótico, ILA menor de 5)

11. ¿Cómo describiría la maduración de su placenta según los resultados actuales?

- a) Maduración normal
- b) Calcificaciones placentarias

12. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento para la fertilidad antes de este embarazo?

- a) Hormonal (como medicamentos para estimular la ovulación)
- b) Quirúrgico (como cirugías para corregir problemas estructurales)
- c) Ninguno

13. ¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual durante este embarazo?

- a) No presento ninguna infección de transmisión sexual
- b) Leucorrea (secreción vaginal anormal que puede ser indicativa de una infección)
- c) Otros



VARIABLE DEPENDIENTE. ABORTO

14.¿Qué tipo de aborto espontáneo ha experimentado según el diagnóstico médico actual?

- a) Amenaza de aborto (riesgo de aborto, pero el embarazo continúa)
- b) Aborto inminente (signos de aborto que pueden ocurrir en cualquier momento)
- c) Aborto inevitable (aborto que no se puede detener)
- d) Aborto completo (todo el contenido fetal y placentario se expulsa)

15.¿Ha experimentado alguna de las siguientes consecuencias como resultado del aborto?

- a) Físicos Agudos (efectos físicos inmediatos después del aborto)
- b) Procedimiento Médico (tratamiento o intervención médica realizada como parte del manejo del aborto)
- c) Psicológicos (impacto emocional o psicológico debido al aborto)



ANEXO 4 FICHAS DE VALIDEZ DE INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ ESCUELA DE POSGRADO



Título: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN
PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO
ALDAZABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023**

I. REFERENCIAS

1.1. Nombre del experto : Carlos Adolfo Lujan Uruiola
1.2. Profesión :
1.3. Cargo actual :
1.4. Grado académico : Doctor

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1	2	3	4	5
Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

INDICADORES	CRITERIOS	VALORES				
1. CLARIDAD	Esta redactado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en capacidades observables					X
3. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica de los ítems con las variables				X	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad suficiente					X
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para cumplir los objetivos de la investigación				X	
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos					X
8. COHERENCIA	Entre dimensiones, indicadores, ítems e índices					X
9. METODOLOGIA	Responde al propósito de la investigación				X	
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación				X	

COEFICIENTE DE VALORACIÓN PORCENTUAL C = 92%

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

IV. RESOLUCIÓN

Aprobado (C>75% = 0.75)

Desaprobado (C<75% = 0.75)

Firma
DNI° 01213364



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ ESCUELA DE POSGRADO



Título: **RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN
PACIENTES DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO
ALDABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023**

I. REFERENCIAS

- 1.1. Nombre del experto : Segundo Ortiz Cansaya
 1.2. Profesión :
 1.3. Cargo actual :
 1.4. Grado académico : Doctor

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1	2	3	4	5
Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

INDICADORES	CRITERIOS	VALORES				
1. CLARIDAD	Esta redactado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en capacidades observables					X
3. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica de los ítems con las variables				X	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad suficiente				X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para cumplir los objetivos de la investigación				X	
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos					X
8. COHERENCIA	Entre dimensiones, indicadores, ítems e índices				X	
9. METODOLOGIA	Responde al propósito de la investigación					X
10 PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación				X	

COEFICIENTE DE VALORACIÓN PORCENTUAL C = 86%

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

IV. RESOLUCIÓN

Aprobado (C>75% = 0.75)

Desaprobado (C<75% = 0.75)

Firma
 DNI° 29509750



ANEXO 5 CORRELACIONES

Correlaciones objetivo específico 1

			Riesgos inevitables	Aborto
Rho de Spearman	Riesgos inevitables	Coeficiente de correlación	1,000	,836**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	74	74
	Aborto	Coeficiente de correlación	,836**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	74	74

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hi: Los riesgos inevitables están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané en 2023.

H0: Los riesgos inevitables no están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané en 2023.

Podemos determinar que existe una relación positiva significativa entre riesgos inevitables y aborto, y es altamente significativa, ya que en la prueba Correlación de Rho de Spearman (0,836) siendo positiva y encontrando un valor de significancia de 0,000, siendo $p < 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis alterna.



Correlaciones objetivo específico 2

			Riesgos clínicos	Aborto
Rho de Spearman	Riesgos clínicos	Coefficiente de correlación	1,000	,828**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	74	74
	Aborto	Coefficiente de correlación	,828**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	74	74

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hi: Los riesgos clínicos están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.

H0: Los riesgos clínicos no están directamente relacionados con el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané 2023.

Podemos determinar que existe una relación positiva significativa entre riesgos clínicos y aborto, y es altamente significativa, ya que en la prueba Correlación de Rho de Spearman (0,828) siendo positiva y encontrando un valor de significancia de 0,000, siendo $p < 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis alterna.



Correlaciones objetivo general

			Riesgos inminentes	Aborto
Rho de Spearman	Riesgos inminentes	Coefficiente de correlación	1,000	,835**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	74	74
	Aborto	Coefficiente de correlación	,835**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	74	74

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hi: Existe una correlación positiva significativa entre la presencia de riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazábal Pauca de Huancané 2023.

H0: No existe una correlación positiva significativa entre la presencia de riesgos inminentes y el aborto en pacientes de ginecología del Hospital Lucio Aldazábal Pauca de Huancané 2023.

Podemos determinar que existe una relación positiva significativa entre riesgos inminente y aborto, y es altamente significativa, ya que en la prueba Correlación de Rho de Spearman (0,835) siendo positiva y encontrando un valor de significancia de 0,000, siendo $p < 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis alterna.



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 22 - 09 - 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ROSALINE ISELA MONGE SALAS

Dirección: JR. ESCALLANI 125

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 40839810

Teléfono: 995717192

email: mongesalas132@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____

email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: _____

MAESTRÍA EN SALUD

Escuela Profesional o Mención: _____

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Título o Grado Académico a optar: _____

MAGISTER EN SALUD

Asesor: Dr. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐

Tesis ☒

Trabajo de Suficiencia Profesional ☐

Trabajo Académico ☐

Título: RELACIÓN DE LOS RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO EN PACIENTES DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL LUCIO ALDABAL PAUCA DE HUANCANÉ, 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): RELACIÓN RIESGOS INMINENTES CON EL ABORTO

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

1,2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☐ Título ☐ 2da Especialidad ☒ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒ Internacional

☐ Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P43

Firma de Autor



huella digital

22 – SETIEMBRE - 2025

Fecha