



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. SIVONEY CONDORI HUARACHI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO
ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:


Bach. SIVONEY CONDORI HUARACHI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESORA DE TESIS

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : MEDICINA HUMANA - P09

**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N° 1226 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 27 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 12069 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del bachiller: **CONDORI HUARACHI SIVONEY** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

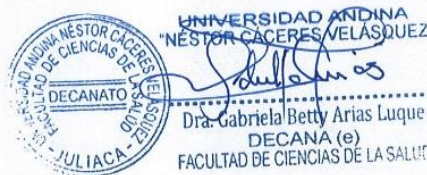
DIA : LUNES 01 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA : 15:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)





UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1071 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 06 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 3129-2025 de fecha 30 de octubre del 2025, presentado por la Bachiller: **CONDORI HUARACHI SIVONEY** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

- * **Asesor (a)** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN**., presentado por el (la) bachiller : **CONDORI HUARACHI SIVONEY** para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO** con el tema titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA CLINICA P09**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

* **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N°955 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 09 de octubre del 2025

VISTOS: Expediente. 2025-CU-8435 presentada por el (la) Bachiller **CONDORI HUARACHI SIVONEY** quien solicita el cambio del asesor de la propuesta de investigación de tesis para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N° 307 -2025-D-FCS-UANCV, se aprueba de la propuesta de Tesis: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACOR
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor** : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 012-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del asesor por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando con la opinión favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le concede la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto modificado 2020 de la UANCV, aprobado con resolución N°0018 -2020 –UANCV –AU- R-

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del ASESOR (A) designados a él (la) Bachiller: **CONDORI HUARACHI SIVONEY** del tema Titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** Debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACOR
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

RESOLUCIÓN DECANAL N° 307 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 14 de mayo del 2025

VISTOS:

El Informe N° 026 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 09 de mayo de la E.P. de Medicina Humana a folio 000084;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **CONDORI HUARACHI SIVONEY** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA CLINICA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- **1er. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA
- **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 650 2025-UANCV FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO - APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **CONDORI HUARACHI SIVONEY** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** : titulado **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud

ARTICULO SEGUNDO - RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(ta) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Mgr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

ARTICULO TERCERO - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana a quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana Secretaría Académica Archivo



19% 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

- 13% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 18% 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

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	SIVONEY CONDORI HUARACHI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70118423
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-1675-9024
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA P-09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.48186 Longitud: -70.12074 https://maps.app.goo.gl/rrSDrUdh3iALjqMx7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2025 - Noviembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mary Concepción Figuerola Vilca
Dra. Mary Concepción Figuerola Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD



Yo **SIVONEY CONDORI HUARACHI**, identificado con DNI Nro. 70118423, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
- Programa de Segunda Especialidad,**
- Programa de Maestría o Doctorado**

MEDICINA HUMANA

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

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Asesorado por: **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

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 __02__ de diciembre del 2025

Firma del Asesor
(obligatoria)

Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante. A mi madre, por su amor incondicional, sacrificio y fortaleza que me inspiraron a seguir adelante. A mi familia, por su apoyo en cada etapa. Y a quienes confiaron en mí, gracias por alentarme a no rendirme. Este logro es también de ustedes.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por brindarme una sólida formación académica. A la Escuela Profesional de Medicina Humana, por sus instalaciones y plana de docentes, que dejaron huellas de aprendizaje y nutrieron mi amor por la Medicina. Al Hospital Carlos Monge Medrano, por facilitar el acceso a la información necesaria. A mi asesora y miembros del jurado, que con sus valiosos aportes y paciencia lograron la culminación de este trabajo de tesis.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. Problema general	4
1.1.2. Problemas específicos:	4
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	4
1.2.1. Justificación teórica	4
1.2.2. Justificación practica	5
1.2.3. Justificación metodológica	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8



1.4. HIPÓTESIS	8
1.4.1. Hipótesis general.....	8
1.4.2. Hipótesis específicas.....	8
1.5. VARIABLES	9
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.1.1. A nivel internacional	11
2.1.2. A nivel nacional	15
2.1.3. A nivel regional.....	21
2.2. MARCO TEÓRICO.....	25
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	30

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
3.4.1. Población:.....	33
3.4.2. Muestra:.....	33



3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN..... 34

3.5.1. Técnica 34

3.5.2. Instrumento..... 34

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS..... 35

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS 35

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 36

3.8.1. Validez..... 36

3.8.2. Confiabilidad..... 36

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 37

CONCLUSIONES 64

RECOMENDACIONES..... 66

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 68

ANEXOS 76

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS 77

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA 81

ANEXO 3: INSTRUMENTOS 83

ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO..... 84

ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN.... 90



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación entre la edad materna y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	34
Tabla 2.	Relación entre el estado civil y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	37
Tabla 3.	Relación entre el lugar de procedencia y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	40
Tabla 4.	Relación entre el grado de instrucción y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	43
Tabla 5.	Relación entre el número de gestaciones y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	46
Tabla 6.	Relación entre abortos previos y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	49
Tabla 7.	Relación entre anomalías cromosómicas y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	52
Tabla 8.	Relación entre hábitos nocivos y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	55
Tabla 9.	Frecuencia de las formas clínicas de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	58



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Relación entre la edad materna y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	35
Figura 2.	Relación entre el estado civil y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	38
Figura 3.	Relación entre el lugar de procedencia y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	41
Figura 4.	Relación entre el grado de instrucción y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	44
Figura 5.	Relación entre el número de gestaciones y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	47
Figura 6.	Relación entre abortos previos y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	50
Figura 7.	Relación entre anomalías cromosómicas y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	53
Figura 8.	Relación entre hábitos nocivos y la forma clínica de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	56
Figura 9.	Frecuencia de las formas clínicas de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024... ..	58



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados con el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2024. **Metodología:** Estudio básico, relacional, no experimental, con enfoque cuantitativo e hipotético-deductivo, retrospectivo. La muestra fue de 80 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo. Se empleó la técnica de análisis documental y como instrumento una ficha de recolección de datos. El análisis se realizó con chi cuadrado, considerando $p < 0,05$. **Resultados:** Se encontró que algunos factores sí mostraron relación significativa: número de gestaciones (53,75% multigestas; $p=0,012$), antecedentes de abortos previos (43,75% sin antecedentes y 36,25% con uno previo; $p=0,001$), anomalías cromosómicas (77,50% muerte fetal intrauterina; $p=0,002$) y hábitos nocivos (27,50% consumo de alcohol y 18,75% coca; $p=0,036$). En contraste, no se halló relación con factores maternos como edad (68,75% entre 18-34 años; $p=0,409$), estado civil (56,25% convivientes; $p=0,347$), procedencia (80% urbana; $p=0,426$) y grado de instrucción (50% secundaria; $p=0,373$). Respecto a las formas clínicas, predominó el aborto incompleto con 72,50%, seguido del inevitable (12,50%), el completo (7,50%) y el retenido (7,50%). **Conclusión:** Los factores maternos, genéticos y de estilo de vida mostraron asociación significativa con el aborto espontáneo, mientras que edad, estado civil, procedencia y nivel educativo no tuvieron influencia determinante. Estos hallazgos resaltan la importancia de la prevención y atención integral en mujeres con antecedentes de riesgo, contribuyendo a reducir complicaciones obstétricas y mejorar la calidad de la atención en salud materna.

Palabras clave: Factores de riesgo, aborto espontáneo, gestantes, Juliaca.



ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with spontaneous abortion in patients treated at Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca, 2024.

Methodology: A basic, relational, non-experimental study with a quantitative, hypothetical-deductive, retrospective design was carried out. The sample consisted of 80 patients diagnosed with spontaneous abortion. The technique applied was documentary analysis, and the data collection instrument was a structured data sheet. Statistical analysis was performed using the chi-square test, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** It was found that some factors showed a statistically significant relationship: number of pregnancies (53.75% multigravida; $p = 0.012$), history of previous miscarriages (43.75% with no history and 36.25% with one previous; $p = 0.001$), chromosomal abnormalities (77.50% intrauterine fetal death; $p = 0.002$), and harmful habits (27.50% alcohol consumption and 18.75% coca use; $p = 0.036$). In contrast, no association was found with maternal factors such as age (68.75% between 18–34 years; $p = 0.409$), marital status (56.25% cohabiting; $p = 0.347$), origin (80% urban; $p = 0.426$), or educational level (50% secondary education; $p = 0.373$). Regarding the clinical forms, incomplete miscarriage predominated with 72.50%, followed by inevitable (12.50%), complete (7.50%), and retained (7.50%) miscarriage. **Conclusion:** maternal, genetic, and lifestyle risk factors showed a significant association with spontaneous abortion, while age, marital status, residence, and education did not have a determining influence. These findings highlight the need to strengthen prevention and comprehensive care for women with risk factors, thereby reducing obstetric complications and improving the quality of maternal health services.

Keywords: Risk factors, spontaneous abortion, pregnant women, Juliaca.



INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo constituye al planteamiento de una enorme problemática involucrando a la sanidad en el sector público siendo de una relevancia importante dado que afecta a un porcentaje considerable en féminas que atraviesan por su periodo de fertilidad . En base del contexto de la información que proporciona la OMS se estima que entre un 10% y 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo, representando una causa importante de morbilidad materna. En el Perú, este fenómeno se presenta con frecuencia en las primeras fechas de desarrollo del embrión en el embarazo, con consecuencias físicas y emocionales para las mujeres, especialmente en contextos donde las limitaciones conforme a la accesibilidad a los cuidados de los centros médicos que agravan la problemática.

Tomando un punto de vista local, la ciudad de Juliaca muestra cifras preocupantes. Reportes de la DIRESA indican que aproximadamente un 30% de las adolescentes han experimentado alguna forma de aborto espontáneo, situación que se ve agravada por el ocultamiento del embarazo y la búsqueda de atención en centros no autorizados.

La tesis se estructura en cuatro capítulos: CAPÍTULO I: Planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y variables. CAPÍTULO II: Marco teórico y conceptual. CAPÍTULO III: Diseño metodológico, población, técnicas e instrumentos. CAPÍTULO IV: Resultados, análisis estadístico, conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional

Mediante la indagación ejecutada por la OMS que fue publicada en Ginebra el 9 del tercer mes del año 2023, en el entorno latinoamericano y caribeña registra aproximadamente 18 millones de gestaciones al año, donde más de la mitad (59%) ocurren sin planificación previa. De estos embarazos no deseados, una cuarta parte concluye en interrupción del embarazo. Anualmente se realizan cerca de 3,9 millones de procedimientos abortivos en condiciones de riesgo, los cuales generan una tasa de mortalidad de 470 fallecimientos por cada 100.000 intervenciones. Los procedimientos realizados sin garantías sanitarias constituyen el 18% de los factores que provocan fallecimientos maternos en el periodo gestacional y postparto, equivaliendo a aproximadamente 64.000 mujeres que pierden la vida anualmente. Conforme la OMS Presenta en la fecha actual nuevas recomendaciones técnicas relacionadas con el cuidado durante la interrupción del embarazo, orientadas a resguardar el bienestar de mujeres y jóvenes, además de contribuir a evitar los más de 25 millones de procedimientos abortivos riesgosos que ocurren anualmente en el mundo. 'Acceder a una interrupción gestacional en condiciones seguras constituye un componente



esencial del cuidado médico', señaló Craig Lissner, responsable provisional del área de Salud Sexual y Reproductiva junto con Investigaciones Asociadas en la OMS. La totalidad de fallecimientos y daños derivados de procedimientos inseguros pueden prevenirse completamente. En consecuencia, planteamos que las féminas en la edad madura y que transcursan por la etapa de embarazo cuenten con acceso a atención en interrupción gestacional y control de la fecundidad al precisarlo. Sustentadas en la evidencia científica actual, estas guías integradas presentan más de cincuenta recomendaciones que abarcan desde la práctica asistencial, la oferta de servicios médicos, hasta medidas legislativas y de política pública encaminadas a promover una atención óptima en procesos abortivos (1)

A nivel nacional

De acuerdo con lo reportado por el Instituto de Democracia y Derechos Humanos, dentro del contexto peruano, el aborto espontáneo constituye un evento biológico de carácter natural, exento de manipulación médica o de intervención antropogénica. Se proyecta que, para el año 2024, entre un 15% y un 20% de las gestaciones culminaron en interrupciones espontáneas, fenómeno que se manifiesta con mayor recurrencia durante las fases iniciales del periodo gestacional. (2)

ChatGPT Plus

Disertar acerca del aborto espontáneo en el Perú al igual que en aquellas naciones donde su práctica se encuentra proscrita supone adentrarse en una realidad esquivada, lacerante y encubierta que impacta a decenas de millares de



mujeres. Este fenómeno no solo conlleva un elevado costo en vidas humanas, sino que también ocasiona secuelas persistentes y afecciones irreversibles en la salud integral y en la funcionalidad reproductiva de un sector considerable de la población femenina. (2)

A nivel local

Estadísticas de la DIRESA, muestran que el 30% de adolescentes en Puno y Juliaca, alguna vez paso por la experiencia de tener un aborto espontáneo. planteamos que mujeres y adolescentes cuenten con acceso a atención en interrupción gestacional y control de la fecundidad al precisarlo. Sustentadas en la evidencia científica actual, estas guías integradas presentan más de cincuenta recomendaciones que abarcan desde la práctica asistencial, la oferta de servicios médicos, hasta medidas legislativas y de política pública encaminadas a promover una atención óptima en procesos abortivos. (3)

El proceso de aborto por inducción posee una extensa trayectoria histórica. En la mayoría de los casos, los embarazos particularmente en adolescentes no son confirmados oportunamente, debido a que, por múltiples razones, las jóvenes tienden a ocultar su estado gestacional. Esta conducta encubridora agrava de manera significativa la problemática, pues en su afán de disimular la gestación, muchas recurren, de forma precipitada y riesgosa, a establecimientos carentes de condiciones sanitarias y respaldo profesional. Resulta imprescindible que toda práctica de interrupción inducida del embarazo sea ejecutada únicamente después de una confirmación médica rigurosa. Habitualmente, la determinación de la edad gestacional se efectúa a través de estudios ecográficos; sin embargo, en ocasiones, dicha estimación se realiza con base en los antecedentes clínicos

y la exploración física durante el primer trimestre de gestación. La problemática del aborto en la ciudad de Juliaca reviste una gravedad alarmante, debido a la proliferación de establecimientos informales que, carentes de supervisión sanitaria y ética profesional, llevan a cabo procedimientos de naturaleza inhumana y de alto riesgo para la salud y la vida de las mujeres. (3)

1.1.1. Problema general

PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas específicos:

PE1.- ¿Cuál es la relación entre los factores maternos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

PE2.- ¿Cuál es la relación entre los factores genéticos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

PE3.- ¿Cuál es la relación entre los factores de estilos de vida y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

PE4.- ¿Cómo se presentan las formas clínicas del aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.2.1. Justificación teórica

Los abortos generados por circunstancias naturales constituyen una ocurrencia muy extendida. Entre aquellas que han confirmado su embarazo, una proporción aproximada de seis de cada cien presenta la terminación involuntaria de la gestación. Igualmente, es típico que diversas mujeres experimenten pérdidas en



momentos tan precoces del desarrollo embrionario que carecen de cualquier noción sobre su estado grávido al producirse el acontecimiento. No obstante, de manera lamentable, únicamente cerca del cincuenta por ciento de los procedimientos abortivos se ejecutan bajo condiciones sanitarias adecuadas, mientras que los abortos practicados en contextos inseguros generan aproximadamente 39 000 decesos anuales y provocan la hospitalización de millones de mujeres a causa de severas complicaciones clínicas derivadas de tales prácticas. y porque deseamos sugerir la mejor atención para las mujeres que tengan aborto espontáneo de parte de los profesionales de salud, con ética, bioética, con empatía y sobre todo con calidad humana; aplicando los protocolos correspondientes. La complicación de un aborto espontáneo incompleto muchas veces por no recibir la atención oportuna y adecuada llega a ser irreversible. La mayor parte de estas muertes se concentran en los sectores de ingreso bajo más del 60% en zona rural y el 40% en zona urbana, y entre quienes viven en las situaciones más vulnerables. Los hallazgos de este estudio buscan establecer orientaciones acerca de diversas acciones básicas en el primer nivel asistencial que optimicen la calidad del cuidado en pérdidas gestacionales naturales, prestación brindada a féminas en edad fértil y jóvenes. Dentro de estas medidas se incluyen la distribución de responsabilidades entre un espectro más amplio de profesionales sanitarios; posibilitar el acceso a la interrupción gestacional mediante fármacos, lo cual implica que más mujeres pueden recibir servicios seguros; y garantizar que todas las gestantes y jóvenes tengan disponibilidad de datos precisos respecto al cuidado que requieran; en tanto cuenten con la autorización legal pertinente.



1.2.2. Justificación practica

Aparte de las directrices terapéuticas que se busca consolidar y de las sugerencias orientadas al personal sanitario respecto a la optimización en la provisión de servicios con estándares de excelencia, se pretende también exhortar al cumplimiento riguroso de las disposiciones establecidas. Paralelamente, se plantea la supresión de trabas normativas que resulten médicamente infundadas, con el propósito de garantizar que, en los casos de aborto espontáneo, el procedimiento sea ejecutado bajo condiciones de seguridad y control clínico adecuados. Consideramos indispensable que la actuación del servicio de asistencia social se ejecute con carácter oportuno, a fin de prevenir impedimentos tales como la criminalización del procedimiento, los periodos de espera impuestos de manera obligatoria, la exigencia de autorizaciones provenientes de terceros como la pareja, familiares o entidades institucionales, así como las restricciones relacionadas con la etapa gestacional en la que pueda efectuarse la interrupción del embarazo, entre otros condicionamientos similares. Estos obstáculos pueden generar demoras cruciales en el acceso a la asistencia médica y sitúan a las mujeres y jóvenes en una posición de mayor vulnerabilidad frente a procedimientos riesgosos. Con el propósito de erradicar la discriminación y las afectaciones a la salud femenina, al mismo tiempo que se reducen las interrupciones en su formación académica y su desempeño laboral. Para garantizar una atención óptima a la mujer, exploramos en este estudio las alternativas que permitan optimizar el cuidado, en beneficio de ella, su núcleo familiar y el conjunto social.



1.2.3. Justificación metodológica

Es crucial que el aborto no provocado reciba manejo clínico seguro. Con las conclusiones derivadas de esta indagación se aspira a proporcionar directrices que coadyuven a la minimización de condicionantes de riesgo y al fortalecimiento de la asistencia holística en episodios de pérdida espontánea. Ante este escenario, se vuelve fundamental asegurar un cuidado temprano y protegido, honrando en todo momento las elecciones y requerimientos de mujeres y jóvenes, garantizando que reciban trato digno y libre de discriminación o señalamientos. Toda persona gestante debe estar protegida contra violaciones o perjuicios, tales como denuncias policiales o detención por solicitar o acceder a servicios relacionados con abortos no provocados. La evidencia demuestra que obstaculizar el acceso a atención adecuada no aminora las tasas de interrupción gestacional; más bien, aumenta los métodos peligrosos. Para alcanzar un cuidado óptimo, se plantea requerir a las instancias competentes del Hospital Carlos Monge Medrano, especialmente al jefe del servicio de Ginecología, que planifiquen capacitaciones integrales con especialistas del Ministerio de Salud, dirigidas al personal del servicio. Consideramos que la mejor manera de atender a las mujeres que cursan con abortos espontáneos es contar con un equipo de salud previamente capacitado y sensibilizado en el tema. La evidencia demuestra que en países con mayores restricciones al aborto solo 1 de cada 4 procedimientos es seguro, mientras que en aquellos donde está ampliamente legalizado la proporción asciende a casi 9 de cada 10. Por ello, garantizar el bienestar de las mujeres constituye una responsabilidad esencial de todo profesional de salud.



1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. – Determinar los factores de riesgo relacionados con el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1.- Identificar la relación entre los factores maternos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

OE2.- Analizar la relación entre los factores genéticos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

OE3.- Evaluar la relación entre los factores de estilos de vida y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

OE4.- Describir las formas clínicas de aborto espontáneo que se presentan en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. – Los factores de riesgo maternos, genéticos, estilos de vida están relacionados con el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

HE1.- Los factores maternos se relacionan significativamente con el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.



HE2.- Los factores genéticos se relacionan significativamente con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

HE3.- Los factores de estilos de vida se relacionan significativamente con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

HE4.- Las formas clínicas del aborto espontáneo presentan diferentes frecuencias de aparición en las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

1.5. VARIABLES

VARIABLE1: Factores de riesgo.

VARIABLE 2: Aborto espontáneo.

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1.- Factores de riesgo	1.1 Materno	1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 34 años c.- > de 34 años	Ordinal
		1.1.2 Estado civil	a.- Soltera b.- Conviviente c.- Casada d.- Viuda	
		1.1.3 Procedencia	a.- Rural b.- Urbana	
		1.1.4 Grado de instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	Nominal
		1.1.5 Gestaciones	a.- Primigesta b.- Multigesta c.- Gran multigesta	
		1.1.6 Abortos	a.- Ninguno b.- 1 aborto c.- Más de 2 abortos d.- Aborto habitual	
	1.2 Factor genético	1.2.1 Anomalías cromosómicas	a.- Anembrionario b.- Embarazo molar c.- Muerte fetal intrauterino	
	1.3 Factores de estilos de vida	1.3.1 Hábitos nocivos	a.- Niega b.- Coca c.- Alcohol d.- Drogas	
	2. Aborto espontaneo.	2.1 Formas de aborto espontaneo		a.- Inevitable b.- Incompleto c.- Completo d.- Retenido



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Freema. (4) “La ignorancia estratégica en torno a las prácticas de aborto en América Latina”, London, 2024. Este estudio aborda la persistencia del aborto inseguro en contextos rurales y de bajos ingresos en América Latina, destacando cómo la desigualdad social y sobre todo la carencia con respecto de la accesibilidad a consultas con especialistas pertinentes del medio aumentan los riesgos para las mujeres. Objetivo: Analizar cómo las prácticas de “ignorancia estratégica” por parte de instituciones y actores sociales perpetúan el aborto inseguro en determinados sectores de la población latinoamericana. Resultados: Se identificó que las mujeres de comunidades marginadas particularmente rurales, de bajos recursos y grupos racializados enfrentan mayores obstáculos para acceder a servicios seguros, viéndose forzadas a recurrir a intervenciones que son de un origen clandestinos donde se pone en un alto riesgo las condiciones de vida de la madre y con probabilidades de secuelas en la salud. Conclusión: El trabajo de Freeman resalta que la falta de políticas inclusivas y el desinterés institucional frente a estas realidades contribuyen a mantener la



inequidad en la salud reproductiva de la región. Este hallazgo constituye un insumo valioso para comprender las dinámicas sociales y políticas que sostienen el aborto inseguro en América Latina y su impacto diferencial en poblaciones vulnerables.

Nigeria. (5) "Alteraciones de la salud mental de la mujer como consecuencia del aborto espontáneo en Cali Colombia, 2024". El surgimiento o no de alteraciones mentales en la población femenina tras un procedimiento abortivo configura, actualmente, un punto de controversia ampliamente debatido, puesto que, en tanto algunos profesionales defienden enfáticamente la ocurrencia de tales consecuencias psicológicas, otros expertos mantienen una perspectiva radicalmente diferente, descartando por completo ese vínculo causal. Objetivo: Precisar las repercusiones en la salud psicológica de las féminas que atraviesan por un periodo de fertilidad y se les genera un aborto no provocado en Cali, Colombia, 2024. Resultados: Con el propósito de explorar esta temática hemos analizado varias de las revisiones más actuales que nos resultaron de solidez metodológica verificada, junto con diversos artículos de publicación reciente. Podemos determinar que no existe como tal un cuadro clínico posaborto definido, sin embargo, sí se manifiestan perturbaciones psicológicas consecuentes a la interrupción gestacional. Finalmente, reflexionamos acerca de cómo el remordimiento que la paciente pueda sentir por haber terminado su embarazo influiría en el desarrollo o no de trastornos emocionales tras el evento

Andaluz. (6) "Despenalización del aborto espontáneo en la actualidad, como dilema del milenio, México, 2024". El debate concerniente a la despenalización del aborto constituye en la actualidad un tema de notable vigencia, no solo en el



contexto mexicano, sino también en el ámbito internacional, donde continúa generando amplias reflexiones jurídicas, éticas y sociales. Objetivo: evaluar la percepción de las pacientes que recibieron un procedimiento de evacuación endometrial posterior a una interrupción involuntaria del embarazo frente a la regulación de la interrupción voluntaria de la gestación. Para la ejecución de dicha indagación se vio por competente usar una encuesta a modo de técnica instrumental para la extracción de información pertinente. Resultados: Los hallazgos muestran que el 39.7 % de las participantes se pronunciaron a favor de la despenalización de la interrupción del embarazo, en tanto que un 19.8 % mostró su aprobación solamente en circunstancias particulares. Sin embargo, un 47.9 % defendió que tal acción debería permanecer sancionada legalmente, aun cuando ellas ya hubieran experimentado anteriormente un proceso de esta naturaleza. Conclusión: La postura femenina frente a la legalización del aborto experimenta variaciones en función del rango etario; en la presente muestra se evidencia que, a medida que aumenta la edad, se incrementa proporcionalmente la propensión a manifestar apoyo hacia la legalización de dicha práctica

Contreras. (7) "Estudio de las Leyes sobre el aborto con libre decisión como persona con derechos, en América Latina, 2023". Las normativas que regulan la interrupción voluntaria del embarazo presentan un carácter predominantemente permisivo en la mayoría de las naciones industrializadas; sin embargo, en los Estados en vías de desarrollo, especialmente dentro del contexto latinoamericano, dichas disposiciones adquieren un matiz marcadamente restrictivo y limitante en su aplicación. Objetivo: Examinar la investigación sobre las normativas acerca de la interrupción del embarazo con respecto a la autonomía decisional como individuo con garantías jurídicas que validen la



integridad de la fémina, las disposiciones legales continúan siendo sumamente restrictivas en la mayoría de los países latinoamericanos, donde persiste la concepción equívoca de que la flexibilización normativa conduciría a un incremento en la incidencia de abortos, una situación que la mayoría de la sociedad procura eludir o minimizar. Resultados: De igual modo, se asume que una proporción considerable de la población se opone a la liberalización de la normativa, aunque un análisis más profundo revela que la mayoría rechaza, en realidad, la criminalización de la mujer que interrumpe su embarazo. El equívoco central radica en suponer que existen individuos partidarios del aborto, cuando en verdad ni siquiera la propia mujer que se somete al procedimiento lo hace por convicción o complacencia, sino como consecuencia de circunstancias complejas y adversas. Conclusión: La divergencia esencial radica en la percepción de que la prohibición constituye una vía resolutive del problema, frente a la comprensión basada en evidencias que demuestra que la ampliación del acceso a procedimientos abortivos seguros no solo atenúa el sufrimiento y la mortalidad asociada, sino que, paradójicamente, coadyuva a la disminución de la incidencia total de abortos.

Miranda. (8) "Factores sociales, demográficos y antecedentes Gineco-Obstétricos relacionados al aborto espontáneo en Bolivia, entre 2023- 2024".
Objetivo: Establecer cuáles son los componentes y antecedentes en salud reproductiva que se vinculan con la interrupción involuntaria del embarazo
Metodología: para la ejecución del presente proyecto se vio por conveniente realizar la extracción de datos por la táctica de la observación y realizando un estructuración de forma descriptiva con una dirección de naturaleza retrospectiva. Resultados: El 79% se encuentra en el rango etario de 22 a 35

años, mientras que el 37.2% tiene entre 16 y 21 en edades. El 47.8% cuenta con formación universitaria, y el 33.5% ha completado la educación secundaria. Respecto a los métodos anticonceptivos, el 49% empleó exclusivamente aquellos de alta efectividad, en tanto que el 57% recurría a opciones de eficacia muy reducida. La mayoría de quienes señalaron una marcada presión social pertenece al grupo de 21 a 35 años, siendo el 50% de estos casos estudiantes con diversos niveles educativos alcanzados. El 98.6% de las féminas satisfechas con su anhelo maternal carecen de descendencia. Conclusiones: En el escenario boliviano, la mayoría de las mujeres que optaron por la terminación electiva de su gestación son personas sin vínculo marital, con rangos de edad entre 21 y 35, que continúan su trayectoria educativa, no tienen hijos y tampoco expresan el deseo de procrear actualmente. Entre las franjas etarias más juveniles, la elección de interrumpir el embarazo tiende a tomarse en conjunto con la pareja, evidenciándose que en cerca de la mitad de las situaciones se había utilizado un método contraceptivo considerado efectivo, que no obstante resultó en una concepción no deseada. Durante los primeros tres meses de gestación, el medicamento más comúnmente empleado para provocar la interrupción es el misoprostol.

2.1.2. A nivel nacional

Gomez. (9) "Acciones colectivas por derecho al aborto espontáneo en Puente Piedra, Lima. 2022", Los movimientos sociales en favor de la interrupción voluntaria del embarazo estuvieron respaldados por la construcción de fundamentos consistentes provenientes de diversas disciplinas académicas. El objetivo : Construir un registro de los estudios vinculados a la interrupción espontánea de la gestación. A partir de la revisión de la literatura especializada

y su organización del conocimiento revela una amplia trayectoria de investigaciones sobre la interrupción del embarazo en el país, la diversidad de enfoques teóricos empleados para su análisis y ciertos aspectos aún no explorados en este ámbito del conocimiento. El documento muestra los descubrimientos provenientes de una indagación universitaria que explora cómo los espacios informativos nacionales manejan y construyen discursivamente el asunto de la terminación gestacional. Conclusión: Se efectuó un examen sistemático del contenido para identificar los marcos interpretativos, las temáticas y los informantes empleados en 200 materiales difundidos durante el período de 2022.

Prado. (10) "Participación policial en abortos clandestinos en Santa Anita, Lima Perú, 2022". La práctica de denunciar ante instancias policiales las situaciones de mujeres que experimentaron una interrupción provocada del embarazo constituye un hecho frecuente, ocasionando así la introducción de consecuencias legales y mecanismos punitivos complementarios que intensifican la condición adversa de estas usuarias. Objetivo: Indagar las representaciones, valoraciones, entendimientos, disposiciones y acciones de los profesionales en ginecoobstetricia en relación con denunciar a los cuerpos de seguridad los eventos de usuarias con aborto voluntario. Metodología : La indagación mostrada muestra ser un estudio de dirección cualitativo de un enfoque que es participativo y cuantitativo aplicando una táctica observacional para la extracción de datos de una sola medición prospectivo ejecutándose en 3 unidades médicas diferentes. donde se eligió a 70 Profesionales especializados en ginecoobstetricia fueron seleccionados como participantes, a quienes se les efectuó una entrevista exhaustiva de carácter cualitativo, con el propósito de



obtener apreciaciones detalladas y perspectivas clínicas profundamente fundamentadas como unidad de muestra. Resultados: El 98,7 % de los especialistas consultados reconoció la existencia de una regulación que obliga a informar a las instancias policiales sobre situaciones de interrupción provocada del embarazo. Sin embargo, el 47,9 % mostró su oposición a tal mandato, en tanto que el 78 % respaldó el principio de confidencialidad médica. Pese a esto, el 93,7 % de los facultativos admitió haber comunicado a las fuerzas del orden el episodio más reciente de terminación gestacional inducida que atendieron, siendo los motivos principales el acatamiento riguroso de la normativa y el recelo a ser señalado como cómplice, sumado a las posibles consecuencias jurídicas provenientes de tal inacción. Conclusiones: Reportar a los cuerpos de seguridad un episodio de terminación gestacional inducida implicaría una violación manifiesta del deber de confidencialidad propio del ejercicio médico, lesionando así la conexión de confianza y los compromisos deontológicos entre el profesional asistencial y quien consulta

Collado. (11) "Decisiones de adolescentes sobre el conocimiento y las actitudes del aborto espontáneo, Hospital Belén de Lambayeque, 2023". La comprensión y las disposiciones actitudinales respecto al aborto pueden ejercer una influencia determinante en las decisiones que adoptan los adolescentes ante embarazos no planificados, generando potenciales repercusiones tanto fisiológicas como psicológicas, particularmente en aquellos contextos nacionales donde la interrupción del embarazo aún no ha sido legalmente autorizada. Objetivo: Evaluar la correlación entre el bagaje de conocimientos y las perspectivas hacia la terminación espontánea de la gestación, en menores de edad. Metodología: Pesquisa muestra posee una estructuración de orientación cuantitativa con una



formulación de naturaleza descriptiva-correlacional de momento único de la medición de data. La unidad de muestra total incluyó 80 menores de 14 a 19 años atendidas en urgencias del Hospital Docente Belén Lambayeque que cumplieron los filtros de selección. Se aplicaron dos instrumentos diseñados por los autores: un test cognitivo y una escala Likert para medir posturas frente al aborto. Resultados: Los menores evidenciaron un grado regular de aprehensión conceptual respecto a la terminación gestacional, alcanzando un 59 % en los índices de conocimiento. Dominó una inclinación actitudinal receptiva hacia dicha cuestión, verificada en el 87 % del grupo estudiado, al tiempo que solamente un 4 % exteriorizó una postura crítica. Se detectó, igualmente, una correlación favorable y con significancia estadística entre ambas dimensiones ($p < 0.05$), lo cual apunta a una interdependencia robusta entre el capital cognitivo y la disposición adoptada. Conclusiones: La población examinada de adolescentes féminas mostró posturas de aprobación, contemplando por ende la terminación gestacional como recurso ante embarazos imprevistos. La comprensión sobre esta cuestión alcanza un nivel intermedio, resultando indispensable implementar acciones pedagógicas para incrementarlo

Jaramillo. (12) "Características maternas y manejo del aborto espontáneo y terapéutico en mujeres atendidas en un Hospital nivel III de Perú, 2022".
Objetivo: Exponer las particularidades de las progenitoras y el tratamiento de la terminación natural e indicada del embarazo en mujeres que recibieron atención.
Materiales y Métodos: para la indagación que se revelo se vio en la necesidad de ejecutar una formulación de dirección descriptiva y una naturaleza cuantitativa aplicado una estructuración de forma retrospectiva sin la interferencia de investigador con respecto a la variante causal poseyendo a 500 féminas con este



pronóstico como unidad de muestra. Resultados: El 49 % de las consultantes correspondía a primigestas sin historia obstétrica, al tiempo que el 57 % mostraba una edad de gestación situada entre las 18 y 20 semanas. Los fundamentos que justificaron la interrupción incluyeron, en un 7,9 %, el riesgo letal para la portadora, y en un 92,5 %, la vulneración de su salud somática o psíquica. Paralelamente, el 40 % de los eventos revelaron conceptos con alteraciones morfológicas diversas. Concerniente a las modalidades terapéuticas, el 89 % de las actuaciones consistió en legrado endometrial, el 19,6 % en aspiración por vacío endouterina, y se registraron seis ocasiones con incisión abdominal del órgano gestante. Conclusiones: La mayoría de las intervenciones correspondientes a la interrupción terapéutica del embarazo se efectuaron con la finalidad de prevenir potenciales riesgos que comprometieran la integridad física o el equilibrio psíquico de la gestante. En una proporción considerable de los casos, los fetos evidenciaron anomalías congénitas de diversa complejidad. Los procedimientos ejecutados mostraron una incidencia mínima de complicaciones maternas, reflejando así una adecuada seguridad clínica en su aplicación.

Pomalca. (13) "Razones que justificarían la necesidad de despenalizar el aborto en casos de violación sexual, en Perú, 2023". Este estudio surge de una situación vigente y tangible en nuestro contexto social; tanto en territorio peruano como a nivel global, escasas temáticas resultan tan polémicas como la interrupción del embarazo. Nuestra indagación acepta el desafío de analizar esta cuestión debatida y se propone: identificar los fundamentos que respaldarían la conveniencia de eliminar la sanción penal del aborto en situaciones de agresión sexual. Este estudio se fundamenta en la protección de la libre determinación,



honor y plan vital de mujeres agredidas sexualmente, quienes se enfrentan a un marco normativo restrictivo de naturaleza machista que les niega la posibilidad de elegir respecto a la prosecución de su gestación, razón por la cual la finalidad principal radica en argumentar la eliminación de sanciones penales del aborto en tales circunstancias como reconocimiento válido de la autodeterminación sobre el cuerpo y el bienestar sanitario, equiparando así el ordenamiento jurídico peruano con parámetros globales más progresistas, para lo cual la investigación se organiza del siguiente modo: el capítulo inicial sitúa temporal e históricamente la agresión sexual y revisa la interrupción del embarazo, comprendiendo su tratamiento normativo nacional con especial atención en gestaciones producto de violación; el capítulo segundo estudia las prerrogativas esenciales femeninas tales como capacidad de elección, integridad personal, bienestar físico y dominio sobre su propio organismo; el capítulo tercero examina la prerrogativa a la existencia del ser en gestación y su condición jurídica; por último, el capítulo cuarto analiza marcos legales foráneos de naciones que han descriminalizado la interrupción gestacional bajo estos supuestos. Conclusión: mediante la indagación se puede evidenciar que la eliminación de sanciones penales de la interrupción del embarazo en situaciones de agresión sexual, mientras que en el capítulo sexto se analiza la hermenéutica constitucional respecto al conflicto de prerrogativas tanto de la mujer como del ser en gestación, en tanto que los capítulos séptimo, octavo y noveno exponen la problemática y los componentes metodológicos del análisis desarrollado en la investigación, para finalmente, en los capítulos décimo y undécimo, formular las inferencias y sugerencias orientadas a descriminalizar la terminación gestacional en contextos de violación sexual.



2.1.3. A nivel regional

Coila. (14) "La despenalización del aborto en caso de violaciones sexuales en la Región Puno, 2022". Objetivo: Aprobar la eliminación de sanciones penales para la terminación de gestaciones resultantes de violencia sexual, procedimiento conocido como interrupción por motivos éticos, facilitando que las puneñas, Procedimiento metodológico: La indagación realizada muestra una formulación de un tipo no experimental donde posee una estructuración de naturaleza descriptiva con una característica de grado básico ejecutando el proyecto de manera deductiva. Resultado: se logró evidenciar que el acceso a ejercer una garantía fundamental es la autonomía para determinar sobre su integridad física y reproductiva. El fin medular del presente trabajo investigativo reside en abogar por la inserción, en el sistema normativo penal vigente, de un precepto legal que habilite a las agredidas sexualmente que quedaron encintas tras el ataque, a decidir por sí mismas sobre mantener o cesar la gestación consecuente, evitando que tal determinación sea clasificada como un acto sancionable penalmente. Conclusión: Incorporar protocolos para abortos por razones psicológicas al marco legal representaría un progreso significativo para nuestro sistema normativo, al reducir el sufrimiento corporal y anímico de la mujer embarazada y del embrión en desarrollo, protegiendo el bienestar integral y la estabilidad emocional de ambos.

Arpasi. (15) "Aborto y su implicancia en la sociedad con repercusiones en la mujer puneña, 2023". Es una cuestión que abarca a varios sectores cuya actitud demuestra negligencia o resistencia para aceptar la gravedad del fenómeno, que debería entenderse como un tema de sanidad comunitaria con efectos perjudiciales sobre los derechos de féminas puneñas. La meta fundamental de



este análisis es evaluar comparativamente la rentabilidad de los procedimientos abortivos ejecutados en establecimientos de la seguridad social, la red pública de salud y mediante asistencia virtual, frente a los costos asociados al manejo de interrupciones gestacionales realizadas en la clandestinidad durante 2023. Procedimiento metodológico: La investigación que se llegó a ejecutar muestra poseer una estructuración de forma cuantitativa con una dirección descriptiva desempeñado una estructuración retrospectiva sin la necesidad de la manipulación intencionada de una variante donde para en sujeto de estudio se vio por pertinente aplicar el estudio en féminas que pasaban por proceso de gestación a las 20 semanas y una pérdida espontánea con un número de muestra de 20 féminas sin culminación de gestación. Resultado: Se examinaron 2000 archivos médicos de la seguridad social, 400 de centros ministeriales y 100 atendidos virtualmente; además, se amplió la indagación hacia 4000 casos de abortos ilegales, cifras recolectadas de bases de datos existentes. Con base en esto, se estableció que el portal WOW muestra una Eficacia Clínica Medible (ECM) muy baja comparada con otras instituciones de salud. Paralelamente, la atención de interrupciones clandestinas demostró una ECM notablemente parecida a la de los centros hospitalarios tradicionales, superando por mucho los resultados del portal WOW

Ancashi. (16) "Factores de riesgo relacionados con el tipo de aborto en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno enero – marzo del 2024". Objetivo: "Hallar los elementos que llegan a generar complicaciones y se ven vinculados a la variante de interrupción del embarazo en usuarias ginecológicas". Material y métodos: El estudio refleja una estructuración de manera cuantitativa, empleando una medición, a su vez se vio



vio por conveniente usar una técnica de entrevista detallada como unidad de muestra se usó un total de 200 féminas que padecieron por dicha situación

Resultados: Este estudio demostró que la mayor parte de las 180 usuarias corresponde a féminas que estaban entre 14 y 35 en edad , predominantemente sin vínculo matrimonial o en unión de hecho, originarias principalmente del ámbito campesino y pertenecientes a estructuras familiares extensas. Sobresale la formación educativa de nivel medio y el empleo en instituciones estatales. En términos reproductivos, prevalecen aquellas con dos o un parto previo, sin historial de interrupciones gestacionales, aunque un segmento considerable sí registra estos antecedentes, y escasas emplean recursos de planificación familiar. Las interrupciones se concentraron primordialmente entre las semanas iniciales del embarazo, siendo la mayoría inducidas, aunque también se documentaron pérdidas involuntarias. Conclusiones: Los elementos de riesgo vinculados con el aborto en mujeres del servicio obstétrico fueron: años de vida, vínculo marital, zona de residencia, estructura del hogar, escolaridad, empleo, cantidad de gestaciones previas, antecedentes abortivos, fibromas, práctica anticonceptiva y semanas de gestación; estos resultados demostraron significancia estadística con P inferior a 0.05.

Román. (17) "Perfiles epidemiológicos de las adolescentes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón, 2022". Objetivo: Analizar las características epidemiológicas de las adolescentes que se muestran en el proceso de gestación provocando abortos inducidos. Método. Se muestra que el estudio trabajo con una formulación de estilo retrospectiva, con una dirección de naturaleza descriptiva, con una medición unida en tiempo de ejecución empleado una táctica inductivo, revelando una ejecución de desarrollo



de un esquema descriptivo simple.; con el cálculo de unidad muestral de un total de 88 sujetos de estudios. Resultados. Las características de las jóvenes con pérdida gestacional involuntaria revelan una notable fragilidad sociosanitaria y sexual: predominan aquellas residentes en áreas periurbanas empobrecidas, con formación escolar media inconclusa, sin vínculo matrimonial y cuya actividad principal son los estudios o tareas domésticas. Exhiben inicio menstrual y debut sexual prematuro, escaso empleo de recursos contraceptivos y carecen mayormente de experiencia gestacional previa. Las interrupciones ocurrieron principalmente durante el primer trimestre y de manera incompleta, vinculadas a déficit hemoglobínico ligero o intermedio y patologías preexistentes, aunque minoritariamente evolucionaron hacia cuadros adversos. En síntesis, los datos describen una población con deficiente preparación en salud sexual y considerable susceptibilidad a riesgos gestacionales. Conclusiones. Prevalcieron adolescentes de 15 a 17 años, con índice ponderal normativo, en situación académica activa, residentes en áreas urbano-marginadas con escolaridad secundaria trunca, sin compromiso conyugal, con menarquía igual o inferior a 13 años, sin adopción de recursos de planificación familiar, en su primera gestación, con registro de adversidades obstétricas previas, hipohemoglobinemia y comorbilidades adicionales. Mayoritariamente evidenciaron pérdida gestacional incompleta, del primer cuatrimestre y con secuelas post-abortivas.

Huarancca. (18) "Familiaridad con el tema del aborto espontáneo e inducido en estudiantes de Juliaca, de 4° y 5° básico de secundaria de Perú Birt en el año 2022". Objetivo: Explorar el nivel de familiarización con la temática de la interrupción gestacional involuntaria y deliberada en adolescentes de los dos



últimos cursos de educación media de Juliaca. Proceso metodológico: Utilizando una formulación que tenía una dirección transversal y sin el requerimiento de la manipulación intencionada de una variante causal se formuló una indagación de enfoque descriptivo y de una manera cuantitativa, para la aplicación de los instrumento previstos se tenía una unidad poblacional de 400 educandos en la y se extrajo la da de 200 como la unidad muestral Resultados: La valoración del bagaje cognitivo de las menores evidenció que el 97,9% logró un estándar intermedio globalmente, destacándose que apenas el 38,0% reflejó competencia en nociones básicas y el 70,9% reveló entendimiento medio acerca de los protocolos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo. Conclusión: De lo anterior se desprende que la comprensión de las adolescentes respecto al aborto inducido se mantiene en un nivel intermedio, reflejando un conocimiento moderadamente adecuado, ni deficiente ni completamente consolidado.

2.2. MARCO TEÓRICO

a) Materno

Edad

La edad materna corresponde al intervalo cronológico de la mujer al momento de la concepción o a lo largo del embarazo. Constituye un factor crucial en la salud reproductiva, dado que condiciona la actividad ovárica, la integridad y viabilidad de los ovocitos, así como las características del endometrio que facilitan la implantación embrionaria y el adecuado desarrollo fetal. (19).

Se considera que la franja etaria más favorable para la gestación se sitúa entre los 20 y 34 años, dado que los extremos reproductivos, menores de 18 y mayores

de 35 años, se vinculan con una mayor incidencia de complicaciones obstétricas, incluyendo aborto espontáneo, preeclampsia y partos prematuros. (20).

En féminas cuya edad supera los 35 años, se observa una prevalencia incrementada de pérdida gestacional, atribuible principalmente a anomalías cromosómicas embrionarias que se correlacionan directamente con la senescencia ovocitaria y la disminución progresiva de la calidad gamética. (21).

Estado civil

El estado civil es la condición legal y social que describe la situación conyugal de una persona, pudiendo ser soltera, casada, conviviente o viuda. En el contexto materno, se considera un determinante social de la salud, pues influye en la estabilidad emocional, el soporte familiar y el acceso a servicios de salud durante la gestación (22).

Conforme a lo establecido por el INEI, las féminas que poseen una unión sentimental estable muestran mayor precocidad en el acceso a vigilancia prenatal y evidencian reducida prevalencia de complicaciones obstétricas, aspecto vinculado al acompañamiento psicológico y recursos económicos disponibles durante el periodo gestacional (23).

La OMS Se reconoce al apoyo social como un factor protector frente al estrés durante la gestación, contribuyendo a la mitigación de desenlaces obstétricos adversos, entre los cuales se incluye la ocurrencia de aborto espontáneo. (24).

Procedencia

El origen geográfico alude al sitio de proveniencia o domicilio permanente de la mujer embarazada, bien sea en zonas citadinas o campestres. Esta variable



permite identificar desigualdades en cuanto al acceso educativo, asistencia médica, infraestructura sanitaria y cuidado gestacional adecuado (25).

En base a lo establecido por el MINSA Las gestantes de procedencia rural afrontan impedimentos relacionados con la lejanía y las limitaciones monetarias que dificultan su ingreso a servicios de atención prenatal, acrecentando consecuentemente la posibilidad de experimentar complicaciones obstétricas (26).

Grado de instrucción

El grado que el individuo llega a alcanzar en cuando a lo académico se llega a conceptualizar con la finalización de la etapa formativa lograda por la fémina, clasificándose en básica, media o universitaria. Esta variante desempeña un rol esencial en el entendimiento de la salud sexual y reproductiva, la incorporación de métodos anticonceptivos y el desarrollo de prácticas de cuidado personal durante el embarazo, determinando así la salud materna y del producto de la concepción (27).

El INEI revela información que evidencia que las gestantes con niveles educativos más bajos enfrentan un riesgo elevado de mortalidad materna y de complicaciones obstétricas, situación atribuible tanto al acceso restringido a información sanitaria como a la escasa autonomía en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud. (28).

Gestaciones

El número de gestaciones corresponde a la cantidad de procesos de embarazos llevados por una fémina, sin importar cómo terminaron. Se clasifica como primigesta (primer embarazo), multigesta (dos o más) y gran multigesta (cinco o



más). El peligro de una complicación de abortos inducidos muestra un gran crecimiento en féminas que atraviesan por múltiples embarazos previos, debido a la posibilidad de incompetencia cervical, miomatosis uterina o alteraciones endometriales que comprometen la implantación embrionaria. La multigestación también puede generar desgaste del aparato reproductor y aumento de complicaciones, como placenta previa o hemorragias uterinas (29).

Abortos

Los antecedentes de abortos comprenden las pérdidas gestacionales previas que ha tenido la mujer antes de la gestación actual. Se considera un factor clínico relevante, pues la recurrencia de abortos puede indicar alteraciones anatómicas, inmunológicas, hormonales o genéticas subyacentes (30).

El aborto que se muestra con una frecuencia constante entre 3 hasta más antes de la semana 20, y sugiere que las causas más frecuentes son los defectos uterinos y las anomalías cromosómicas. Una evaluación integral en mujeres con antecedentes de aborto recurrente, que incluya estudios endocrinos, genéticos y autoinmunes, a fin de prevenir nuevos episodios (31).

b) Factor genético

Anomalías cromosómicas

Las alteraciones en el número o la arquitectura de los cromosomas en el producto de la concepción interfieren con la progresión normal del embarazo y constituyen la causa principal de las interrupciones gestacionales durante los tres primeros meses. Alrededor del 60 % de estos eventos se vinculan con desbalances en la dotación cromosómica del embrión, siendo más frecuentes la

presencia de un cromosoma extra en los pares 16 y 21, además de la ausencia de uno de los cromosomas sexuales (32).

c) Factores de estilos de vida

Hábitos nocivos

Los hábitos nocivos se definen como comportamientos o conductas que perjudican la salud materna y fetal. Entre los más relevantes se encuentran el consumo de alcohol, tabaco, cocaína, cafeína en exceso y otras drogas (33).

El consumo de alcohol durante el primer trimestre altera la implantación y aumenta el riesgo de aborto espontáneo. Asimismo, la exposición a la nicotina y la cocaína genera vasoconstricción uterina y reducción del flujo placentario, afectando el desarrollo embrionario (34).

d) Formas de aborto espontáneo

Aborto inevitable:

Se caracteriza por sangrado vaginal y dilatación cervical antes de la semana 20 de gestación, sin posibilidad de continuar el embarazo (35).

Aborto incompleto:

Ocurre cuando parte del tejido gestacional permanece en el útero, pudiendo ocasionar infecciones y hemorragias si no se trata adecuadamente (36).

Aborto completo:

Se produce cuando se expulsa todo el contenido uterino, generalmente sin necesidad de intervención adicional (37).

Aborto retenido:

Denominado igualmente aborto retenido, se caracteriza por el cese de la vitalidad del producto gestacional sin que ocurra su salida espontánea de la cavidad endometrial. Se confirma a través del estudio ultrasonográfico, apoyado en la detección de una disminución continua de la concentración plasmática de la hormona gonadotrofina coriónica (38).

2.3. MARCO CONCEPTUAL**a) Aborto**

La OMS se define como la interrupción anticipada del embarazo durante un período en el cual el producto de la concepción no ha alcanzado la madurez fisiológica requerida para mantener la vida extrauterina de forma autónoma (39).

b) Aborto espontaneo

Representa la interrupción espontánea de la gestación antes de alcanzar las veinte semanas de evolución embrionaria desde el punto de vista clínico, se caracteriza por sangrado genital, molestias pélvicas de diversa magnitud y, ocasionalmente, evacuación de restos ovulares, esta entidad afecta aproximadamente entre el 10 % y el 20 % de las gestaciones reconocidas médicamente. (40).

c) Factores de riesgo

Son circunstancias biológicas, cromosómicas, de hábitos o contextuales que elevan la vulnerabilidad de presentar condiciones desfavorables para la integridad física o emocional (41). En la indagación se logra clasificar en:

- **Factores maternos:** Se pueden considerar como variables sociodemográficas y obstétricas primordiales la antigüedad cronológica

de la gestante, su condición conyugal, el origen geográfico o procedencia territorial, el nivel académico alcanzado, así como la cantidad total de gestaciones previas y los episodios abortivos antecedentes, constituyendo todos ellos parámetros esenciales para el perfil clínico y epidemiológico materno

- **Factores genéticos:** Anomalías en el material genético y la dotación cromosómica que se expresan como saco gestacional sin embrión, enfermedad trofoblástica y muerte del producto in útero, constituyendo situaciones obstétricas de detención precoz o avanzada del crecimiento prenatal, con ausencia de signos vitales fetales, reflejando trastornos hereditarios de base que impiden la progresión gestacional.
- **Factores de estilos de vida:** sobre la adquisición de hábitos que llegan a ser perjudiciales donde generan un mayor porcentaje de contraer donde en el presente ya que un evento que es adverso en la sanidad (41). donde la indagación muestra una conceptualización con respecto a la clasificación

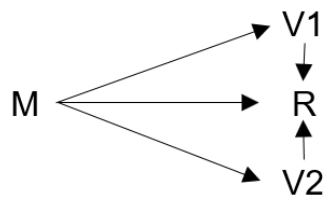
d) Formas de aborto espontáneo

- **Inevitable:** Sangrado en el área vaginal asociado a modificaciones cervicales con ensanchamiento del orificio que determina la interrupción irreversible del proceso grávido. (42).
- **Incompleto:** Expulsión fraccionada del material embrionario. (43).
- **Completo:** Vaciamiento completo de la cavidad endometrial
- **Retenido:** Interrupción de funciones vitales fetales sin eliminación posterior del contenido gestacional (44).

CAPÍTULO III METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Investigación no experimental, por que únicamente se recolectó información de un fenómeno en el contexto en el que sucede, es decir no existe modificación de las variables.



Donde:

M: Muestra

1: Variable 1: Factores de riesgo.

R: Tipo y grado de relación existente

2: Variable 2: Aborto espontaneo.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación corresponde a un tipo básico, de nivel relacional y de corte transversal.

3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método hipotético-deductivo con enfoque cuantitativo, el cual partió de la formulación de hipótesis que posteriormente fueron contrastadas con la evidencia empírica obtenida a partir de las historias clínicas. Se aplicó un análisis correlacional transversal, que permitió establecer si existió una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y el aborto espontáneo.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población:

La población elegida estuvo conformada por 80 pacientes, con diagnóstico de aborto espontáneo, en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Enero - Diciembre 2024.

Fuente: Archivos de la Unidad de Estadística e Informática, Redes San Román – Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

3.4.2. Muestra:

La muestra estuvo constituida por el 100% de la población, es decir, por 80 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.

Fuente: Archivos de la Unidad de Estadística e Informática, Redes San Román – Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.



Criterios de exclusión

- Pacientes sin diagnóstico de aborto espontáneo, atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

Ámbito de estudio:

El estudio se desarrolló en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Una vez aprobada la propuesta, su ejecución se realizó en un periodo de 60 días calendario, comprendidos entre mayo y junio de 2025, culminando con la elaboración del informe final.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. Técnica

Se aplicó la técnica de análisis documental, la cual consistente en la revisión de historias clínicas para recolectar los datos necesarios.

- Variable 1 (Factores de riesgo): Análisis documental.
- Variable 2 (Aborto espontaneo): Análisis documental.

3.5.2. Instrumento

Se utilizó una ficha de recolección de datos estructurada, la cual incluyó las variables, dimensiones e indicadores definidos en la operacionalización. Esta ficha fue aplicada de manera directa sobre las historias clínicas seleccionadas.

- Variable 1: Ficha de recolección de datos
- Variable 2: Ficha de recolección de datos

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Recolección de datos

La recolección de la información se realizó mediante la ficha de recolección de datos, previamente validada, aplicada a las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. La ficha incluyó las variables e indicadores definidos en la matriz de consistencia, lo que permitió obtener información uniforme y confiable.

Procesamiento de datos

Una vez recolectada la información, los datos fueron codificados e ingresados en el programa estadístico SPSS versión 25, donde se efectuó la depuración, tabulación y análisis. Para la estadística descriptiva se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que para la estadística inferencial se aplicó la prueba de chi cuadrado (χ^2) con un nivel de significancia de $p < 0,05$, lo que permitió contrastar las hipótesis planteadas y determinar la existencia de asociación entre los factores de riesgo y el aborto espontáneo

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la contrastación de las hipótesis de investigación se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado (χ^2), que permitió analizar la posible asociación entre las variables independientes (factores maternos, genéticos y de estilos de vida) y la variable dependiente (aborto espontáneo) en las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.

Se consideró un nivel de significancia de $p < 0,05$, lo cual indicó que existía relación estadísticamente significativa cuando el valor de p fue menor al umbral

establecido. En cambio, valores de p superiores a 0,05 demostraron la ausencia de asociación entre las variables.

El procedimiento consistió en la formulación de hipótesis nula (H_0), que asumía la inexistencia de relación entre las variables, y de hipótesis alterna (H_1), que planteaba la existencia de asociación. Los resultados obtenidos en el análisis estadístico permitieron aceptar o rechazar la hipótesis nula de acuerdo con los valores de χ^2 calculados y los p -valores obtenidos.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

La validez del instrumento se aseguró a través del juicio de expertos, realizado por tres profesionales especialistas en Ginecología y Obstetricia, quienes evaluaron la pertinencia, claridad, relevancia y coherencia de cada ítem de la ficha de recolección de datos en relación con los objetivos e indicadores de la investigación. Los criterios de valoración se centraron en la correspondencia entre los ítems y las variables de estudio, así como en la claridad de redacción y la facilidad de aplicación en la práctica clínica. Posteriormente, se realizaron los ajustes recomendados por los especialistas, lo que permitió contar con un instrumento pertinente y aplicable.

3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad se determinó mediante la aplicación de una prueba piloto en 10 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente, con el propósito de identificar posibles ambigüedades en los ítems y garantizar la consistencia en la aplicación del instrumento. Con los datos recolectados se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor superior a 0,71, lo que evidenció una consistencia interna aceptable del instrumento.



CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las 80 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. La información recolectada fue organizada en tablas y figuras, de acuerdo con las variables e indicadores planteados en la matriz de consistencia.

Los resultados se exponen en dos niveles:

- Descripción de la población estudiada, considerando factores maternos, genéticos y de estilos de vida.
- Contraste estadístico mediante la prueba de chi cuadrado (χ^2), con un nivel de significancia de $p < 0,05$, que permitió identificar las asociaciones entre los factores de riesgo y la forma clínica de aborto espontáneo.

De esta manera, se presentan los hallazgos que responden a los objetivos específicos de la investigación, detallando tanto las variables que mostraron relación significativa como aquellas que no tuvieron asociación estadísticamente comprobada.

TABLA 1. RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Edad	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
< de 18 años	0	0.00	3	3.75	0	0.00	0	0.00	3	3.75
de 18 a 34 años	5	6.25	40	50.00	6	7.50	4	5.00	55	68.75
> de 34 años	5	6.25	15	18.75	0	0.00	2	2.50	22	27.50
Total	10	12.50	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 6,127$$

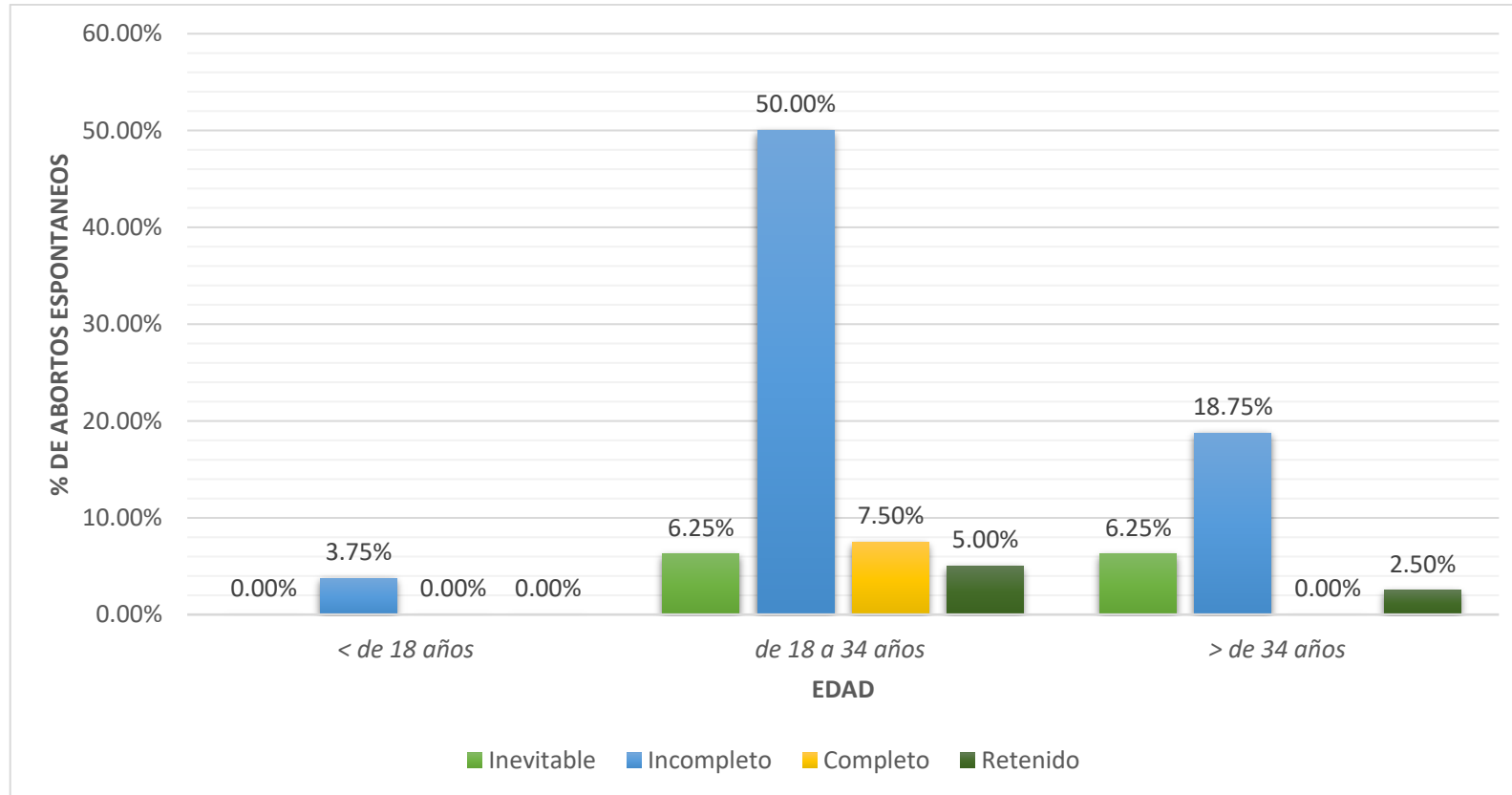
$$Ns = 0,409$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 12,59$$

$$G/ = 6$$

FIGURA 1. RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 1



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 1, se analizó la relación entre la edad materna y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que el 68,8% de las pacientes se encontraban entre los 18 a 34 años, predominando el aborto incompleto con un 50%. En las mayores de 34 años (27,50%), destacó también el aborto incompleto con 18,75%, mientras que en las menores de 18 años (3,75%) los casos fueron poco frecuentes.

En cuanto al análisis estadístico, la prueba de chi cuadrado arrojó un valor de $X^2_{cal}=6,127$ con $gl=6$, siendo menor que el valor crítico $X^2_{tab}=12,59$ y un nivel de significancia de $p=0,409$. Esto indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad materna y la forma clínica de aborto espontáneo en esta muestra.

De acuerdo con **Miranda** (8), en su estudio en Bolivia, la mayor proporción de abortos espontáneos se presentó también en mujeres jóvenes entre 22 y 35 años, lo que coincide parcialmente con nuestros resultados. De la misma manera, **Ancashi** (16) encontró que el grupo etario más afectado fue el de 14 a 35 años, asociándose significativamente con la ocurrencia de aborto.

Desde la teoría, se reconoce que la edad avanzada constituye un factor de riesgo debido a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas en la concepción (24). Sin embargo, en esta muestra, los hallazgos sugieren que la edad por sí sola no se asoció de manera significativa con la forma clínica del aborto espontáneo, lo que podría explicarse por la homogeneidad de la población estudiada o por la predominancia de otros factores de riesgo más influyentes.

TABLA 2. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Estado Civil	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Soltera	2	2.50	14	17.50	0	0.00	2	2.50	18	22.50
Conviviente	3	3.75	34	42.50	4	5.00	4	5.00	45	56.25
Casada	4	5.00	8	10.00	2	2.50	0	0.00	14	17.50
Viuda	1	1.25	2	2.50	0	0.00	0	0.00	3	3.75
Total	10	12.50	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 10,038$$

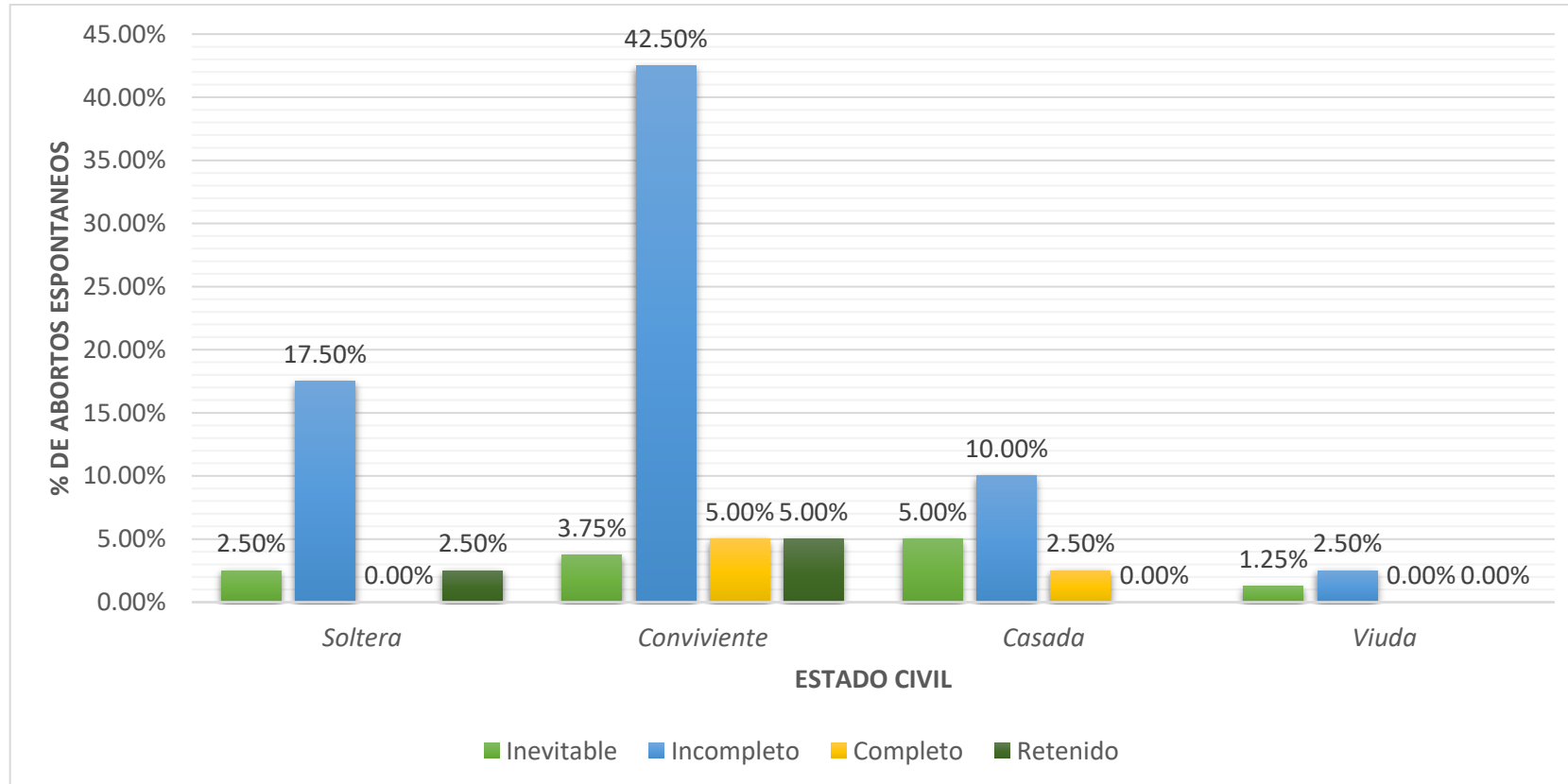
$$Ns = 0,347$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 16,92$$

$$G/ = 9$$

FIGURA 2. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 2

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 2, se analizó la relación entre el estado civil y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que el 56,25% de las pacientes eran convivientes, de las cuales el 42,50% presentó aborto incompleto. Le siguieron las solteras con 22,50%, predominando también el aborto incompleto con 17,5%. Las casadas representaron el 17,5%, con una proporción importante de aborto incompleto (10%), mientras que las viudas tuvieron una menor frecuencia 3,75%.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, se obtuvo un valor de $X^2_{cal}=10,038$ con $gl=9$, inferior al valor crítico de $X^2_{tab}=16,92$, con un nivel de significancia $p=0,347$. Esto indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la forma clínica de aborto espontáneo en esta población estudiada.

De acuerdo con **Román** (17), en su estudio sobre adolescentes en Puno, la mayoría de pacientes fueron solteras y estudiantes, predominando el aborto incompleto; lo cual concuerda en parte con nuestros resultados, aunque en nuestra muestra fueron más frecuentes los casos en convivientes. De la misma manera, **Collado** (11) halló que las actitudes frente al aborto varían según la condición social y marital de las adolescentes, influyendo indirectamente en la toma de decisiones respecto al embarazo.

Estos hallazgos sugieren que el estado civil por sí solo no determina la forma clínica del aborto espontáneo, pero podría actuar como factor indirecto asociado a condiciones sociales, económicas o de apoyo familiar que influyen en la atención oportuna y en la evolución clínica del aborto espontáneo.

TABLA 3. RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE PROCEDENCIA Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Procedencia	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Rural	1	1.25	14	17.50	1	1.25	0	0.00	16	20.00
Urbana	9	11.25	44	55.00	5	6.25	6	7.50	64	80.00
Total	10	12.50	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 2,787$$

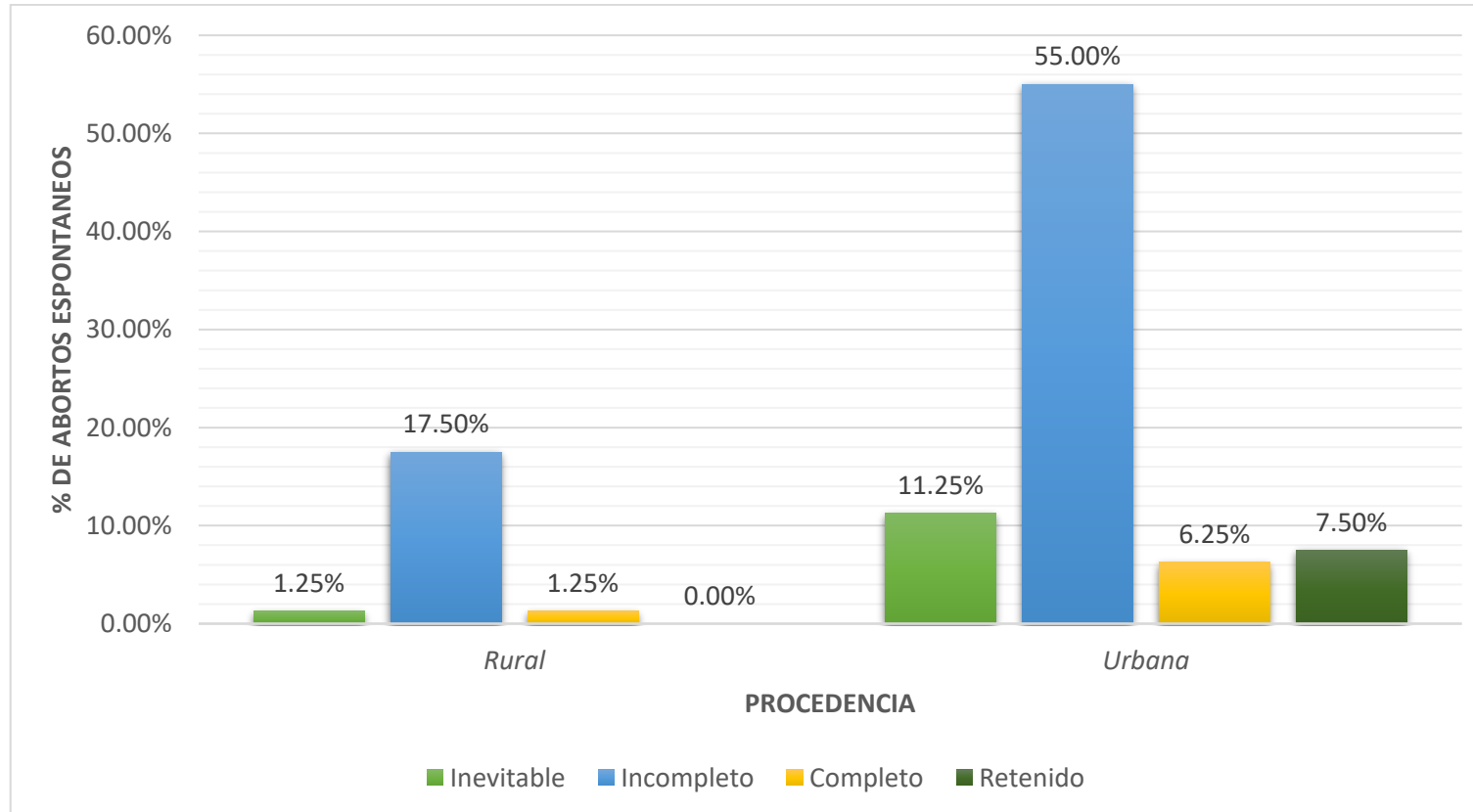
$$Ns = 0,426$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 7,82$$

$$Gf = 3$$

FIGURA 3. RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE PROCEDENCIA Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 3

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 3, se analizó la relación entre el lugar de procedencia y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que el 80% de las pacientes provenían del área urbana, de las cuales el 55% presentó aborto incompleto. En contraste, el 20% procedía del área rural, destacando nuevamente el aborto incompleto con 17,50%. En menor proporción se identificaron casos de aborto inevitable y completo en ambas procedencias.

La prueba de chi cuadrado arrojó un valor de $X^2_{cal}=2,787$ con $gl=3$, siendo menor al valor crítico $X^2_{tab}=7,82$, con un nivel de significancia $p=0,426$. Esto demuestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre la procedencia y la forma clínica de aborto espontáneo en la población estudiada.

De acuerdo con **Ancashi** (16), la procedencia rural se asoció significativamente con mayor riesgo de aborto en Puno, lo cual difiere de nuestros resultados. De manera similar, **Miranda** (8) encontró en Bolivia que la influencia del entorno social y el acceso a servicios de salud condicionaban las decisiones sobre el manejo del embarazo y su desenlace.

En esta muestra, los hallazgos sugieren que la procedencia geográfica no fue un factor determinante en la forma clínica del aborto espontáneo. Teóricamente, se reconoce que las mujeres de áreas rurales suelen tener mayores barreras de acceso a servicios de salud, lo cual podría influir en la evolución clínica; sin embargo, en este estudio predominó la población urbana, lo que podría explicar la ausencia de significancia estadística.

TABLA 4. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Grado de Instrucción	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Primaria	2	2.50	13	16.25	0	0.00	0	0.00	15	18.75
Secundaria	6	7.50	28	35.00	4	5.00	2	2.50	40	50.00
Superior	2	2.50	17	21.25	2	2.50	4	5.00	25	31.25
Total	10	12.50	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 6,466$$

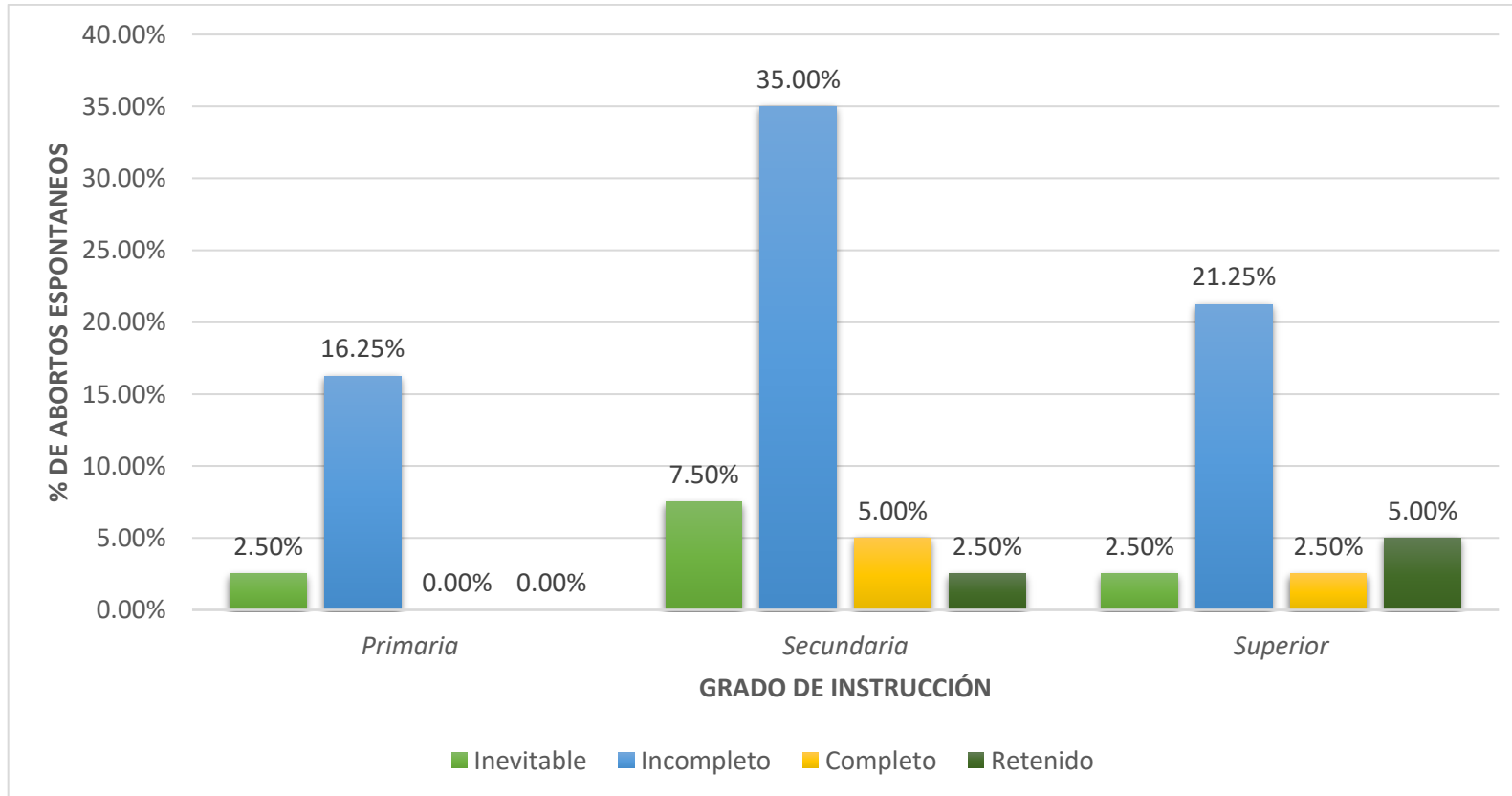
$$Ns = 0,373$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 12,59$$

$$G/ = 6$$

FIGURA 4. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 4

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 4, se analizó la relación entre el grado de instrucción y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que el 50% de las pacientes tenían instrucción secundaria, predominando el aborto incompleto con 35%. En las pacientes con nivel superior (31,25%) también prevaleció el aborto incompleto con 21,25%. Finalmente, las pacientes con nivel primario representaron el 18,75%, de las cuales el 16,25% presentó aborto incompleto.

Al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $X^2_{cal}=6,466$ con $gl=6$, siendo menor al valor crítico $X^2_{tab}=12,59$, con un nivel de significancia $p=0,373$. Por lo tanto, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la forma clínica de aborto espontáneo en la muestra estudiada.

De acuerdo con **Collado** (11), el nivel de conocimientos sobre el aborto en adolescentes influye en las actitudes y decisiones frente al embarazo, lo que indirectamente podría relacionarse con los desenlaces clínicos. De manera similar, **Miranda** (8) reportó que el nivel educativo condiciona el acceso a métodos anticonceptivos y a información sobre salud reproductiva, afectando la incidencia de abortos.

En esta muestra, los hallazgos sugieren que el nivel de instrucción no determinó directamente la forma clínica del aborto espontáneo. Teóricamente, un mayor grado educativo debería favorecer la búsqueda de atención temprana y reducir complicaciones; sin embargo, la homogeneidad de la población en este aspecto podría explicar la falta de asociación significativa.

TABLA 5. RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE GESTACIONES Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Gestaciones	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primigesta	2	2.50	22	27.50	2	2.50	4	5.00	30	37.50
Multigesta	4	5.00	33	41.25	4	5.00	2	2.50	43	53.75
Gran Multigesta	4	5.00	3	3.75	0	0.00	0	0.00	7	8.75
Total	10	12.5	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 16,378$$

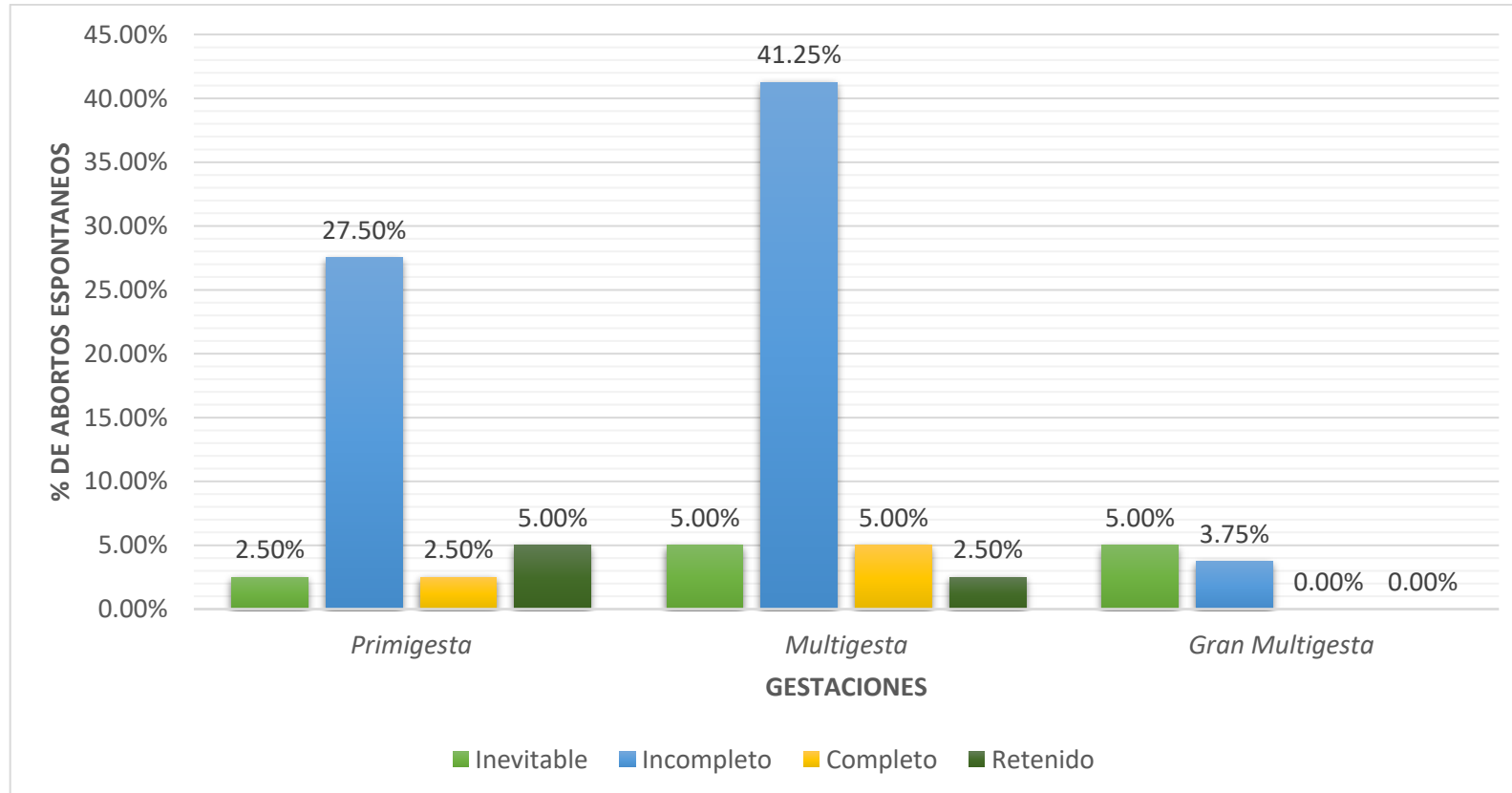
$$Ns = 0,012$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 12,59$$

$$Gf = 6$$

FIGURA 5. RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE GESTACIONES Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 5



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 5, se analizó la relación entre el número de gestaciones y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que el 53,75% de las pacientes eran multigestas, predominando en ellas el aborto incompleto con 41,25%. Las primigestas representaron el 37,50%, destacando igualmente el aborto incompleto con 27,50%. Finalmente, las gran multigestas fueron el 8,75%, donde predominó el aborto inevitable con 5,00%.

La prueba de chi cuadrado arrojó un valor de $X^2_{cal}=16,378$ con $gl=6$, superior al valor crítico $X^2_{tab}=12,59$ y con un nivel de significancia $p=0,012$. Esto indica que sí existe una relación estadísticamente significativa entre el número de gestaciones y la forma clínica de aborto espontáneo en esta muestra.

De acuerdo con **Miranda** (8), las características gineco-obstétricas, incluyendo el número de embarazos previos, influyen directamente en la frecuencia de abortos espontáneos, coincidiendo con nuestros resultados. Asimismo, **Ancashi** (16) en Puno halló que la paridad se asocia significativamente al riesgo de aborto, reforzando la evidencia de que la multigestación incrementa la vulnerabilidad obstétrica.

En esta muestra, este hallazgo confirma que el número de gestaciones constituye un factor de riesgo relevante en la evolución clínica del aborto espontáneo. Teóricamente, a mayor número de gestaciones, mayor es el desgaste del aparato reproductor y la probabilidad de complicaciones uterinas, lo que puede favorecer la presentación de formas clínicas más graves del aborto.

TABLA 6. RELACIÓN ENTRE ABORTOS PREVIOS Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Abortos Previos	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguno	2	2.50	27	33.75	2	2.50	4	5.00	35	43.75
1 aborto	0	0.00	23	28.75	4	5.00	2	2.50	29	36.25
Más de 2 abortos	5	6.25	5	6.25	0	0.00	0	0.00	10	12.50
Aborto habitual	3	3.75	3	3.75	0	0.00	0	0.00	6	7.50
Total	10	12.50	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 29,136$

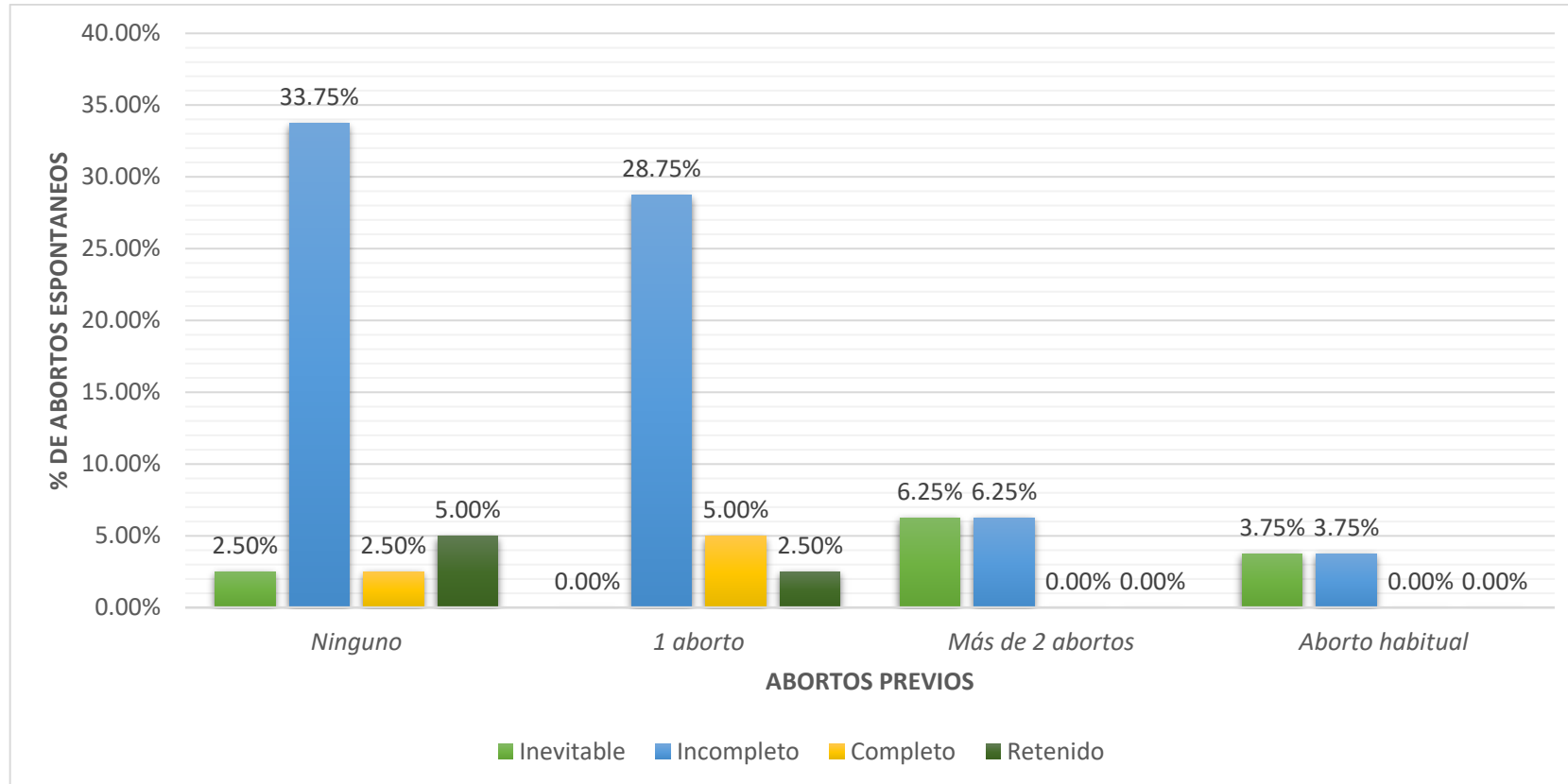
$Ns = 0,001$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 16,92$

$G/ = 9$

FIGURA 6. RELACIÓN ENTRE ABORTOS PREVIOS Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 6

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 6, se analizó la relación entre los antecedentes de abortos previos y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que el 43,75% de las pacientes no tenía antecedentes de aborto, predominando en este grupo el aborto incompleto (33,75%). Sin embargo, en las pacientes con un aborto previo 36,25%, también se encontró un porcentaje considerable de aborto incompleto (28,75%). En aquellas con más de dos abortos previos 12,50%, se destacó tanto el aborto inevitable con 6,25%, como el aborto incompleto con 6,25%, con similar resultado las pacientes con aborto habitual 7,5% presentaron tanto aborto inevitable como incompleto en proporciones similares (3,75%).

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, se obtuvo un valor de $X^2_{cal}=29,136$ con $gl=9$, superior al valor crítico $X^2_{tab}=16,92$ y con un nivel de significancia $p=0,001$. Esto demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre los antecedentes de abortos previos y la forma clínica de aborto espontáneo.

De acuerdo con **Román** (17), los antecedentes obstétricos como abortos previos constituyen factores de riesgo relevantes para nuevos episodios, lo que coincide con nuestros hallazgos. De la misma manera, **Ancashi** (16) evidenció que la recurrencia de abortos aumenta la probabilidad de complicaciones en gestaciones posteriores, reforzando la importancia de este factor clínico.

En esta muestra, este hallazgo confirma que los abortos previos predisponen a la aparición de nuevas pérdidas gestacionales y condicionan la forma clínica en que se presentan. Teóricamente, esto se explica porque los abortos recurrentes pueden generar alteraciones anatómicas o funcionales en el útero, que dificultan la viabilidad de embarazos posteriores y favorecen la evolución hacia formas clínicas más severas.

TABLA 7. RELACIÓN ENTRE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Anomalías Cromosómicas	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Anembrionario	2	2.50	6	7.50	4	5.00	0	0.00	12	15.00
Embarazo molar	0	0.00	4	5.00	0	0.00	2	2.50	6	7.50
Muerte fetal intrauterino	8	10.00	48	60.00	2	2.50	4	5.00	62	77.50
Total	10	12.50	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 20,966$$

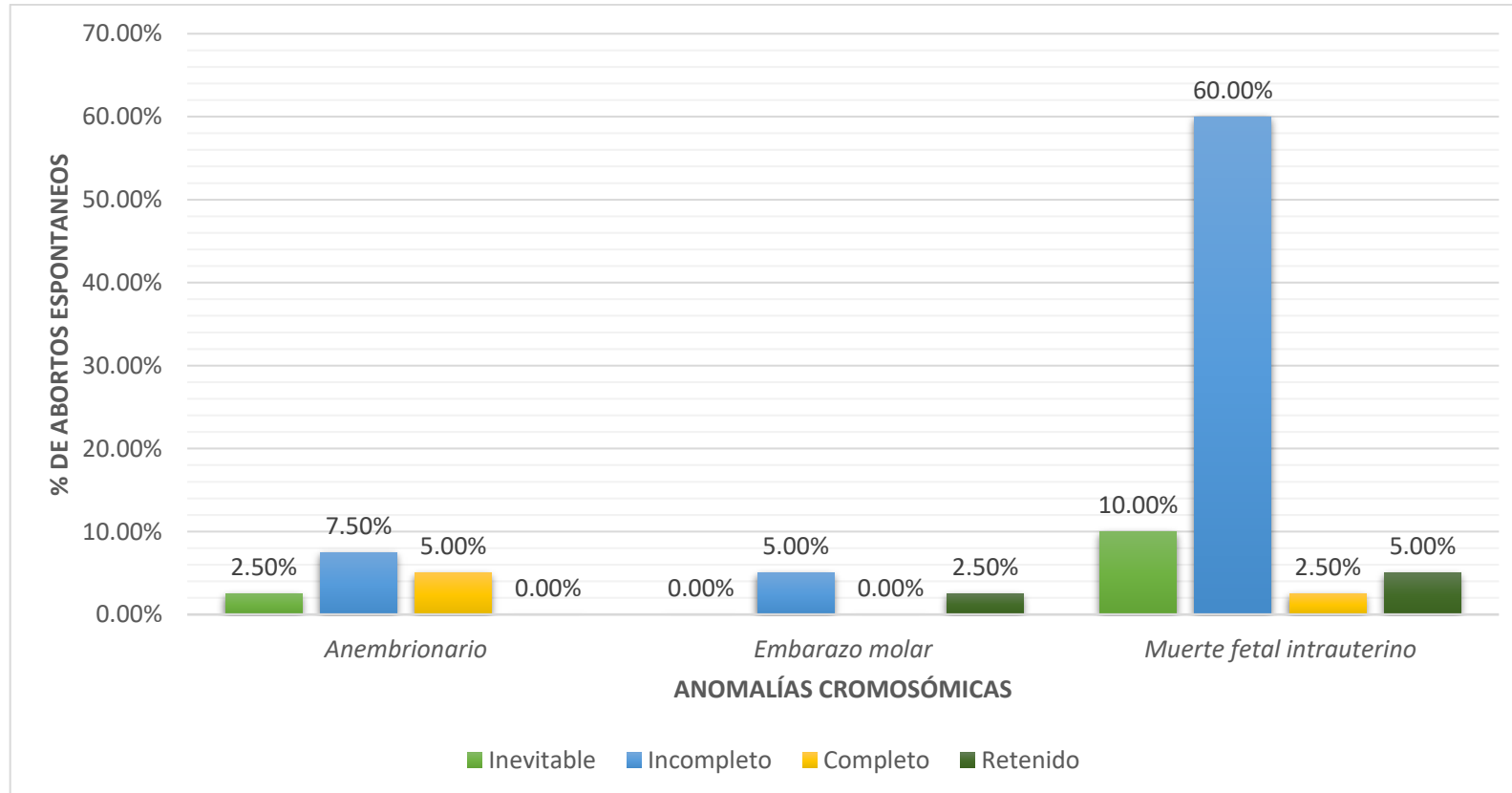
$$Ns = 0,002$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 12,59$$

$$G/ = 6$$

FIGURA 7. RELACIÓN ENTRE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 7

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 7, se analizó la relación entre las anomalías cromosómicas y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que la mayoría de los casos correspondió a muerte fetal intrauterina (77,50%), predominando el aborto incompleto con 60%. En menor proporción, el embarazo anembrionario representó el 15% de los casos, asociado principalmente a aborto completo (5%) e incompleto (7,50%). Finalmente, el embarazo molar se presentó en 7,50%, distribuyéndose entre aborto incompleto (5%) y retenido (2,50%).

La prueba de chi cuadrado arrojó un valor de $X^2_{cal}=20,966$ con $gl=6$, mayor al valor crítico $X^2_{tab}=12,59$ y con un nivel de significancia $p=0,002$. Esto demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre las anomalías cromosómicas y la forma clínica de aborto espontáneo.

De acuerdo con la **OMS** (24), más de la mitad de los abortos espontáneos en el primer trimestre están vinculados a alteraciones cromosómicas fetales, lo que respalda nuestros hallazgos. De manera similar, **Ancashi** (16) reportó que las causas genéticas constituyen factores determinantes en la ocurrencia y en la presentación clínica del aborto.

En esta muestra, este hallazgo confirma que las anomalías cromosómicas son un factor de riesgo central en la aparición del aborto espontáneo. Teóricamente, los desórdenes genéticos como aneuploidías, trisomías o traslocaciones impiden el desarrollo adecuado del embrión o feto, lo que se traduce en una mayor probabilidad de aborto incompleto o retenido.

TABLA 8. RELACIÓN ENTRE HÁBITOS NOCIVOS Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Hábitos Nocivos	Forma clínica del aborto espontaneo								Total	
	Inevitable		Incompleto		Completo		Retenido		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Niega	2	2.50	22	27.50	4	5.00	6	7.50	34	42.50
Coca	1	1.25	12	15.00	2	2.50	0	0.00	15	18.75
Alcohol	4	5.00	18	22.50	0	0.00	0	0.00	22	27.50
Drogas	3	3.75	6	7.50	0	0.00	0	0.00	9	11.25
Total	10	12.50	58	72.50	6	7.50	6	7.50	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 17,947$$

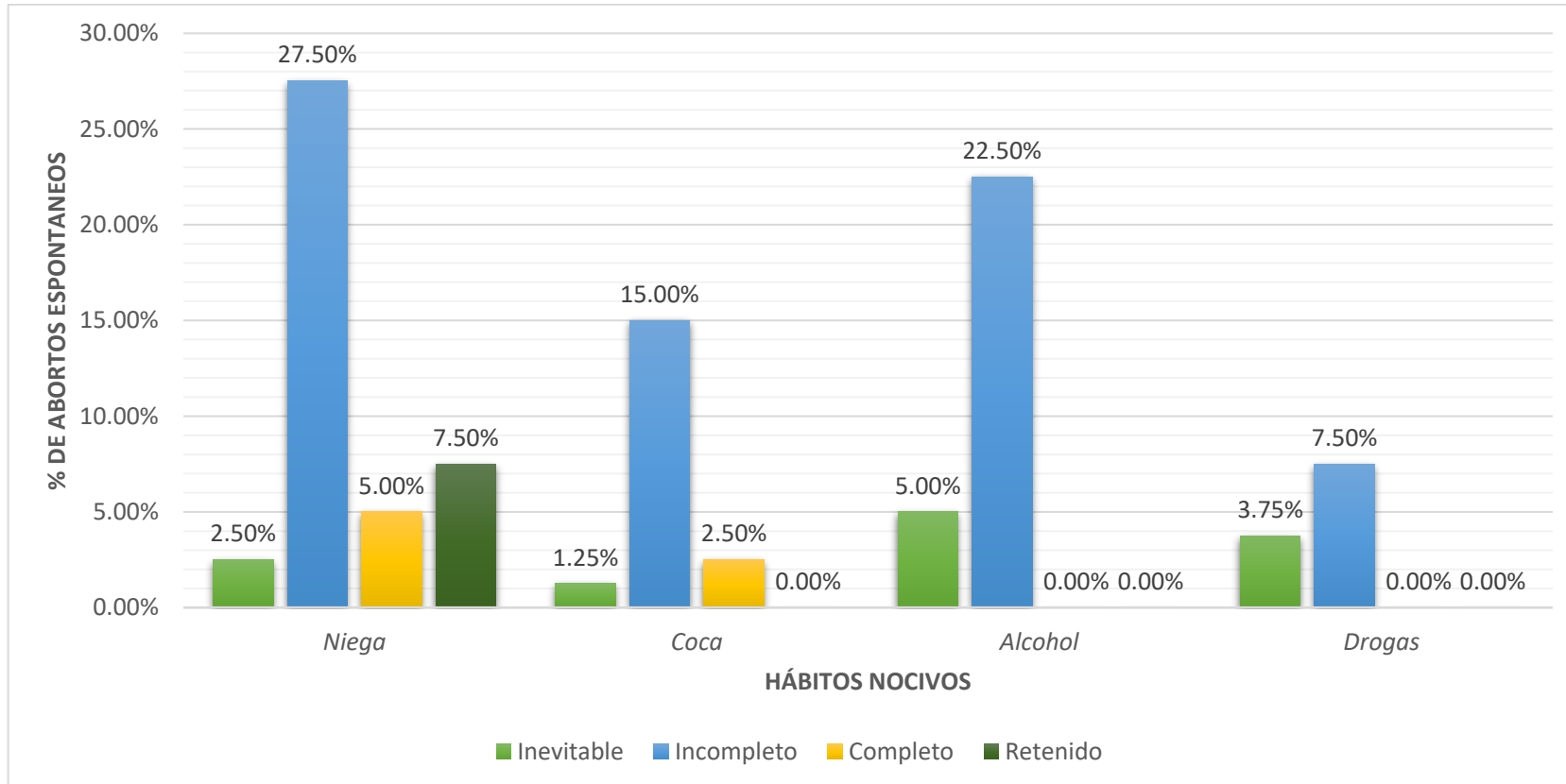
$$Ns = 0,036$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 16,92$$

$$G/ = 9$$

FIGURA 8. RELACIÓN ENTRE HÁBITOS NOCIVOS Y LA FORMA CLÍNICA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 8

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 8, se analizó la relación entre los hábitos nocivos y la forma clínica de aborto espontáneo. Se observó que el 42,50% de las pacientes refirió no presentar hábitos nocivos, de las cuales el 27,50% presentó aborto incompleto. Entre quienes consumían alcohol (27,50%), predominó el aborto incompleto con 22,50%. Las pacientes que consumían coca representaron el 18,75%, destacando nuevamente el aborto incompleto con 15%. Finalmente, el 11,25% consumía drogas, con mayor frecuencia de aborto incompleto (7,50%).

La prueba de chi cuadrado arrojó un valor de $X^2_{cal}=17,947$ con $gl=9$, mayor al valor crítico $X^2_{tab}=16,92$ y con un nivel de significancia $p=0,036$. Esto demuestra que sí existe una relación estadísticamente significativa entre los hábitos nocivos y la forma clínica de aborto espontáneo.

De acuerdo con **Miranda** (8), el consumo de sustancias como alcohol y drogas incrementa el riesgo de aborto y se asocia con complicaciones obstétricas, lo cual concuerda con nuestros resultados. De la misma manera, la **OMS** (1) señala que el tabaquismo, el alcohol y las drogas son factores reconocidos que aumentan la probabilidad de pérdida gestacional y afectan la evolución clínica.

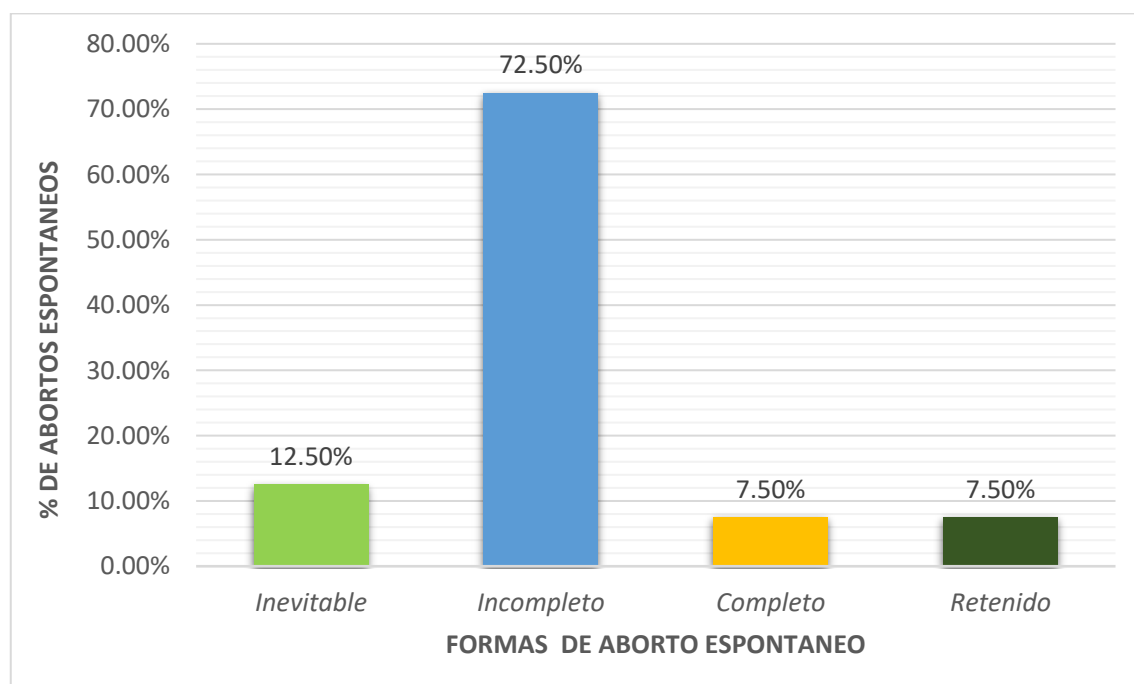
En esta muestra, este hallazgo confirma que los hábitos nocivos influyen directamente en la presentación de las formas clínicas de aborto espontáneo. Teóricamente, estas sustancias alteran el equilibrio hormonal y vascular en la gestación, lo que compromete el desarrollo embrionario o fetal y favorece la ocurrencia de abortos incompletos o inevitables.

TABLA 9. FRECUENCIA DE LAS FORMAS CLÍNICAS DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

Forma clínica del aborto espontaneo	fi	%
Inevitable	10	12.50
Incompleto	58	72.50
Completo	6	7.50
Retenido	6	7.50
Total	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

FIGURA 9. FRECUENCIA DE LAS FORMAS CLÍNICAS DE ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Tabla 9

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 9, se analizó la frecuencia de las formas clínicas de aborto espontáneo. Se observó que el aborto incompleto fue el más frecuente con 72,50%, seguido por el aborto inevitable con 12,50%. El aborto completo y el aborto retenido representaron cada uno el 7,50% del total. Estos resultados evidencian que el aborto incompleto constituye la presentación clínica predominante en la población estudiada.

A diferencia de las tablas anteriores, en esta no se aplicó contraste estadístico, pues se trató de una distribución de frecuencias. Sin embargo, la alta proporción de abortos incompletos resalta la necesidad de fortalecer las medidas de atención inmediata y adecuada en estos casos, ya que se asocian a complicaciones graves como hemorragias e infecciones.

De acuerdo con **Román** (17), el aborto incompleto es también la forma más reportada en adolescentes en Puno, alcanzando más del 90% de los casos. De la misma manera, **Jaramillo** (12) en Lima reportó que el manejo hospitalario se centra en los abortos incompletos, dada su mayor frecuencia y riesgo clínico.

En esta muestra, este hallazgo confirma que el aborto incompleto constituye la forma clínica más común de aborto espontáneo en la población atendida en el Hospital Carlos Monge Medrano. Teóricamente, esto se explica porque en muchos casos la expulsión del tejido gestacional no es total, lo que genera una evolución clínica incompleta que requiere intervención médica para evitar complicaciones posteriores.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Se determinó que los factores de riesgo están relacionados con el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el 2024. Los resultados evidenciaron significancia en el número de gestaciones, los antecedentes de abortos previos, las anomalías cromosómicas y los hábitos nocivos. Con lo que quedan aceptadas las Hipótesis.

SEGUNDA

Se identificó que, el número de gestaciones ($p=0,012$) como los antecedentes de abortos previos ($p=0,001$) tuvieron parcialmente relación significativa con la presentación clínica. Sin embargo, algunos factores maternos, (edad, $p=0.409$; estado civil, $p=0.347$; procedencia $p=0.426$; grado de instrucción $p=0.373$) no guardaron relación estadísticamente significativa con la forma clínica del aborto espontáneo con valores p superiores a $0,05$.

TERCERA

Se analizó la relación entre los factores genéticos y el aborto espontáneo, encontrándose que las anomalías cromosómicas presentaron una asociación estadísticamente significativa ($p=0,002$) con la forma clínica de aborto incompleto. La mayoría de los casos



correspondió a muerte fetal intrauterina (60.0%), seguida de embarazos anembrionarios (7.5%) y molares (5.0%), lo que refleja la importancia de los desórdenes cromosómicos en la pérdida gestacional.

CUARTA

Se evaluó la influencia de los factores nocivos, encontrándose que los hábitos nocivos (alcohol 27.5%, coca 18.75% y drogas 11.25%) se asociaron significativamente con la forma clínica de aborto espontáneo ($p=0,036$). Las pacientes que presentaban este tipo de prácticas mostraron mayor frecuencia de aborto incompleto en comparación con aquellas que negaban consumo de sustancias.

QUINTA

Se describió la frecuencia de las formas clínicas de aborto espontáneo, evidenciándose que el aborto incompleto fue la presentación más frecuente, alcanzando un 72,5% del total de casos, seguido por el aborto inevitable (12,5%), y en menor proporción el aborto completo y retenido (7,5% cada uno). Este resultado confirma que el aborto incompleto constituye el principal problema clínico en el servicio de ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano, lo que implica una mayor carga asistencial debido a las complicaciones asociadas como hemorragias e infecciones.



RECOMENDACIONES

PRIMERA

Al Director del Hospital Carlos Monge Medrano, coordinar con el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica sobre los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo. Esto permitirá identificar oportunamente a las pacientes con mayor vulnerabilidad y establecer protocolos de atención preventiva, mejorando así la calidad de los servicios y reduciendo la incidencia de complicaciones obstétricas.

SEGUNDA

Al Departamento de Obstetricia, coordinar con el Equipo de Salud Materna la realización de controles prenatales diferenciados para mujeres con antecedentes de multigestación o abortos previos. Dichos controles deben incluir un monitoreo más exhaustivo y la aplicación de estrategias de consejería individualizada, con el fin de disminuir la recurrencia de abortos espontáneos y mejorar los desenlaces maternos y perinatales.

TERCERA

Al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, en coordinación con los programas de salud reproductiva y, de ser necesario, mediante referencia a centros especializados de genética médica, fortalecer los programas de tamizaje y consejería para mujeres con antecedentes de pérdidas gestacionales recurrentes. De esta manera



se podrá detectar tempranamente anomalías cromosómicas y brindar orientación oportuna sobre opciones reproductivas seguras, reduciendo el impacto clínico y emocional del aborto espontáneo.

CUARTA

A la Dirección de Promoción de la Salud del hospital, coordinar con el Área de Psicología y Obstetricia el desarrollo de programas educativos dirigidos a mujeres en edad reproductiva, enfocados en la prevención de hábitos nocivos como el consumo de alcohol y drogas. Estas intervenciones deben incluir talleres comunitarios y sesiones de consejería, con el objetivo de reducir los factores de riesgo modificables que incrementan la probabilidad de aborto espontáneo.

QUINTA

Al Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, coordinar con el Comité de Calidad Hospitalaria la actualización y estandarización de protocolos de manejo del aborto incompleto, que fue la forma clínica más frecuente en este estudio. La mejora en los procedimientos de atención inmediata, así como la capacitación continua del personal de salud, contribuirán a disminuir complicaciones graves como hemorragias e infecciones, garantizando una atención oportuna y segura para las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Datos de aborto espontaneo. [Internet] 2024 [consultado: 12/10/2024]; volumen (3): páginas 122 o indicador de extensión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
2. Instituto de Democracia y Derechos Humanos, en Perú. 1 [Internet] 2024[10/2/2024]; volumen (2): 122 páginas o indicador de extensión. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/boletin-eventos/acceso-al-aborto-en-casos-de-embarazo-aborto-en-peru-avances-desafios-y-perspectivas-28711/>
3. Oficina de Estadística de DIRESA, Puno. Datos de aborto espontaneo. [Internet] 2024[1/7/2024]; volumen (3): 150 páginas o indicador de extensión. Disponible en: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45510.pdf>
4. Freeman. The making of clandestinity: Strategic ignorance in abortion practices in Latin America, London 2024. [Internet] 2024 [consultado: 2/7/2024]; International Feminist Journal of Politics, 26(3), 633–656. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14616742.2024.2335643>
5. Nigeria. Alteraciones de la salud mental de la mujer como consecuencia del aborto espontáneo en Cali Colombia, 2024. [Internet] 2024 [consultado 3/4/2024]; volumen 1 páginas 80 Disponible en: <https://repositorio.colombia.ntentedu.pe/server/api/core/bitstreams/fb7d9546-b6d5-442c-a388-9d3878ccea44/c>
6. Andaluz. Despenalización del aborto espontáneo en la actualidad, como dilema del milenio, México, 2024. , [Internet] 2024 [consultado 11/3/2024];

volumen (2):160 páginas o indicador de extensión. Disponible en:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT_6da32762b10dbb93cb7b8d0085b528a0/Details

7. Contreras. Estudio de las Leyes sobre el aborto con libre decisión como persona con derechos, en América Latina, 2023. [Internet] 2023 [consultado:7/7/2023]; volumen (2): 140 páginas o indicador de extensión. Disponible en: <http://tesis.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22070>
8. Miranda. Factores sociales, demográficos y antecedentes Gineco-Obstétricos relacionados al aborto espontáneo en Bolivia, entre 2023-2024. [Internet] 2024 [consultado: 6/10/2024]; volumen (4): 200 páginas o indicador de extensión. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RNAP_176397ee82ab522706f3270e569ed7c8/Details
9. Gómez. Acciones colectivas por derecho al aborto espontáneo en Puente Piedra, Lima. 2022, [Internet] 2022 [consultado:20/8/2022]; volumen (3): 230 páginas o indicador de extensión. Disponible en: <http://tesis.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13562>
10. Prado. Participación policial en abortos clandestinos en Santa Anita, Lima Perú, 2022. [Internet] 2022 [consultado: 2022]; volumen (1): páginas o indicador de extensión. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100007
11. Collado. Decisiones de adolescentes sobre el conocimiento y las actitudes del aborto espontáneo, Hospital Belén de Lambayeque, 2023. [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión.



Disponible en:

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009

12. Jaramillo. Características maternas y manejo del aborto espontáneo y terapéutico en mujeres atendidas en un Hospital nivel III de Perú, 2022. [consultado:12/7/2022]; volumen (1): 80 páginas o indicador de extensión.

Disponible en: <https://es.scribd.com/document/390559834/Aborto-clandestino-en-Juliaca>

13. Pomalca. Razones que justificarían la necesidad de despenalizar el aborto en casos de violación sexual, en Perú, 2023. [Internet] 2023 [consultado:11/11/2023]; volumen (2): páginas o indicador de extensión.

Disponible en:

<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/15d5f35d-fcdc-40b5-b990-d176a68b48df/content>

14. Coila. La despenalización del aborto en caso de violaciones sexuales en la Región Puno, 2022. [Internet] 2022 [consultado:2/2/2022]; volumen (2): 180 páginas o indicador de extensión. Disponible en:

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/1436/Leal%20Rojas%2C%20Ana%20Milagros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Arpasi. Aborto y su implicancia en la sociedad con repercusiones en la mujer puneña, 2023. [Internet] 2023 [consultado:12/10/2023]; volumen (2): 190 páginas o indicador de extensión. Disponible en:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RNAP_176397ee82ab522706f3270e569ed7c8/Details



16. Ancashi. Factores de riesgo relacionados con el tipo de aborto en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno” enero - marzo del 2024. [Internet] 2020 [consultado:12/2/2020]; volumen (3): 150 páginas o indicador de extensión. Disponible en: https://repositorio.google.com.pe/scholar?q=investigacion+aborto+peru&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
17. Román. (17), Perfiles epidemiológicos de las adolescentes con aborto espontáneo atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón, 2022. [Internet] 2023 [consultado:2/7/2023]; volumen (2): 160 páginas o indicador de extensión. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1606.pdf>
18. Huarancca. Familiaridad con el tema del aborto espontáneo e inducido en estudiantes de Juliaca, de 4° y 5° básico de secundaria de Perú Birf en el año 2022. [Internet] 2022 [consultado: 3/8/2022]; volumen (1): páginas o indicador de extensión. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-09332021000200189
19. Sciencedirect. Edad materna [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/maternal-age>
20. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
21. Owen A, Carlson K, Sparzak PB. Age-related fertility decline. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.



22. Conceptos Jurídicos. Estado civil [Internet] 2021 [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/pe/estado-civil/>
23. INEI. Salud materna [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap007.pdf
24. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [citado el 21 de octubre de 2025].
Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
25. Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [citado el 21 de octubre de 2025];87(1):11–8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262022000100011&script=sci_arttext
26. Ministerio de Salud. El 98% de gestantes en el país cumple con sus controles prenatales [Internet]. Gob.pe. [citado el 21 de octubre de 2025].
Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32536-el-98-de-gestantes-en-el-pais-cumple-con-sus-controles-prenatales>
27. Nakandakari M, De La D, Jaramillo J, Bautista J, Médico C, et al. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes [Internet]. Unirioja.es. [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4687235.pdf>



28. Ministerio de Salud. El embarazo adolescente incrementa el riesgo de mortalidad materna y del niño por nacer [Internet]. Gob.pe. [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/19292-minsa-el-embarazo-adolescente-incrementa-el-riesgo-de-mortalidad-materna-y-del-nino-por-nacer>
29. Carbajal J, Palph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
30. Alejandro Manzur Y. Aborto recurrente. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2010;21(3):416–23. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(10\)70553-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(10)70553-8)
31. Pacheco J, de Michelena MI, Orihuela P. Enfoque actual del aborto recurrente. An Fac Med (Lima Peru : 1990) [Internet]. 2009 [citado el 21 de octubre de 2025];70(2):123–34. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000200008
32. Mehta J. ¿Qué son las anomalías cromosómicas en el embarazo? [Internet]. Shreeivfclinic.com. Shree IVF Clinic; 2024 [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en:
<https://www.shreeivfclinic.com/blogs/chromosomal-abnormalities-in-pregnancy/>
33. Gunatilake R, Patil AS. Consumo de sustancias durante el embarazo [Internet]. Manual MSD versión para público general. Manuales MSD; 2023



[citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en:

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/medicaci%C3%B3n-y-consumo-de-sustancias-durante-el-embarazo/consumo-de-sustancias-durante-el-embarazo>

34. Mares. El consumo de alcohol durante el inicio del embarazo: aumento del riesgo de aborto espontáneo [Internet]. Sociedadmarce.org. [citado el 21 de octubre de 2025]. Disponible en:

<https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14468/MARES/el-consumo-alcohol-durante-inicio-embarazo-aumento-riesgo-aborto-espontaneo.htm>

35. Aborto - procedimiento - cuidados posteriores [Internet]. Medlineplus.gov. [consultado: 9/08/2025] Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000658.htm>

36. Aborto inevitable [Internet]. Gpnotebook.com. 2025 [consultado: 11/08/2025]. Disponible en:

<https://gpnotebook.com/es/pages/ginecologia/aborto-inevitable>

37. Aborto incompleto [Internet]. <https://www.cun.es>. [consultado: 12/08/2025].

Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/aborto-incompleto>

38. Barranquero M. ¿Cuántos tipos de aborto espontáneo hay y cómo se diferencian? [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2025 [consultado: 16/08/2025]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/tipos-aborto-espontaneo/>

39. Aborto diferido: qué es, señales, síntomas y causas – Eugin [Internet].

Clínica Eugin. 2023 [consultado: 6/08/2025]. Disponible en:

<https://www.eugin.es/aborto-diferido/>



40. Aborto [Internet]. Who.int. [consultado: 5/08/2025]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
41. Miscarriage [Internet]. Cleveland Clinic. 2023 [consultado: 21/07/2025].
Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9688-miscarriage>
42. Feodor Nilsson S, Andersen PK, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen A-M. Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. BJOG [Internet]. 2014;121(11):1375–84. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12694>
43. Miscarriage: Signs, symptoms, treatment and prevention [Internet].
American Pregnancy Association. 2020 consultado: 20/07/2025]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/getting-pregnant/pregnancy-loss/signs-of-miscarriage/>
44. Sridhar A. Aborto espontáneo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2023 [consultado: 3/08/2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-del-embarazo-temprano/aborto-espont%C3%A1neo>
45. Aborto completo vs. aborto incompleto: Diferencias, síntomas y cuidados [Internet]. Infórmate y Decide. 2024 [consultado: 3/08/2025]. Disponible en: <https://informatydecide.org/aborto-completo-e-incompleto/>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

*BD_AbortoEsp.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 9 de 9 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Grado_instrucción	Gestaciones	Abortos	Anomalías_cromosómicas	Hábitos_nocivos	Diagnostico_ecografico_forma	var
1	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Gran multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
2	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
3	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
4	<de 18 años	Casada	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
5	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
6	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Anembrionario	Drogas	Incompleto	
7	De 18 a 34 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
8	> de 34 años	Casada	Urbano	Primaria	Gran multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Niega	Inevitable	
9	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Anembrionario	Coca	Completo	
10	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Embarazo molar	Niega	Retenido	
11	De 18 a 34 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
12	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
13	De 18 a 34 años	Casada	Urbano	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
14	De 18 a 34 años	Casada	Urbano	Secundaria	Multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Inevitable	
15	> de 34 años	Soltera	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Anembrionario	Coca	Incompleto	
16	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Retenido	
17	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Gran multigesta	Aborto habitual	Muerte fetal intrauterino	Coca	Inevitable	
18	> de 34 años	Conviviente	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
19	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	Más de 2 abortos	Anembrionario	Alcohol	Incompleto	
20	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
21	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
22	<de 18 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_AbortoEsp.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 9 de 9 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Grado_instrucción	Gestaciones	Abortos	Anomalías_cromosómicas	Hábitos_nocivos	Diagnostico_ecografico_forma	var
22	<de 18 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
23	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
24	De 18 a 34 años	Casada	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Completo	
25	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
26	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Anembrionario	Drogas	Inevitable	
27	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
28	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Multigesta	Aborto habitual	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Inevitable	
29	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Anembrionario	Niega	Completo	
30	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Drogas	Incompleto	
31	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Multigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
32	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Retenido	
33	> de 34 años	Casada	Urbano	Secundaria	Multigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
34	> de 34 años	Casada	Rural	Primaria	Multigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Drogas	Incompleto	
35	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
36	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
37	> de 34 años	Conviviente	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
38	> de 34 años	Viuda	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
39	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Gran multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
40	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	Aborto habitual	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
41	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
42	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Multigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
43	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Gran multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_AbortoEsp.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 9 de 9 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Grado_instrucción	Gestaciones	Abortos	Anomalías_cromosómicas	Hábitos_nocivos	Diagnostico_ecografico_forma	var
43	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Gran multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
44	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
45	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
46	De 18 a 34 años	Casada	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
47	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
48	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Anembrionario	Drogas	Incompleto	
49	De 18 a 34 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
50	> de 34 años	Casada	Urbano	Primaria	Gran multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Niega	Inevitable	
51	De 18 a 34 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Anembrionario	Coca	Completo	
52	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Embarazo molar	Niega	Retenido	
53	De 18 a 34 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
54	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
55	De 18 a 34 años	Casada	Urbano	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
56	De 18 a 34 años	Casada	Rural	Secundaria	Multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Inevitable	
57	De 18 a 34 años	Soltera	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Anembrionario	Coca	Incompleto	
58	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Retenido	
59	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Gran multigesta	Aborto habitual	Muerte fetal intrauterino	Drogas	Inevitable	
60	> de 34 años	Conviviente	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
61	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	Más de 2 abortos	Anembrionario	Alcohol	Incompleto	
62	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
63	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
64	<de 18 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_AbortoEsp.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 9 de 9 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Grado_instrucción	Gestaciones	Abortos	Anomalías_cromosómicas	Hábitos_nocivos	Diagnostico_ecografico_forma	var
61	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	Más de 2 abortos	Anembrionario	Alcohol	Incompleto	
62	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
63	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
64	<de 18 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
65	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
66	De 18 a 34 años	Casada	Urbano	Superior	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Niega	Completo	
67	De 18 a 34 años	Conviviente	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
68	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Anembrionario	Drogas	Inevitable	
69	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
70	> de 34 años	Viuda	Urbano	Secundaria	Multigesta	Más de 2 abortos	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Inevitable	
71	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Anembrionario	Niega	Completo	
72	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Drogas	Incompleto	
73	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Multigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
74	De 18 a 34 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Retenido	
75	> de 34 años	Casada	Urbano	Secundaria	Multigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Niega	Incompleto	
76	> de 34 años	Casada	Rural	Primaria	Multigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Drogas	Incompleto	
77	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
78	De 18 a 34 años	Soltera	Urbano	Superior	Primigesta	Ninguno	Muerte fetal intrauterino	Alcohol	Incompleto	
79	> de 34 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
80	> de 34 años	Viuda	Rural	Primaria	Multigesta	1 aborto	Muerte fetal intrauterino	Coca	Incompleto	
81										
82										

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTANEO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGIA
PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024?	OG. – Determinar los factores de riesgo relacionados con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2024.	HG. - Los factores de riesgo maternos, genéticos, estilos de vida están relacionados con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.	1. Factores de riesgo	1.1 Materno	1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 34 años c.- > de 34 años	1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental. 2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN: Es básica, relacional, transversal, retrospectivo. 3.- MÉTODO: Hipotético, deductivo con enfoque cuantitativo. 4.- POBLACIÓN: Conformada por N: 80 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos
					1.1.2 Estado civil	a.- Soltera b.- Conviviente c.- Casada d.- Viuda	
					1.1.3 Procedencia	a.- Rural b.- Urbana	
					1.1.4 Grado de instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	
					1.1.5 Gestaciones	a.- Primigesta b.- Multigesta c.- Gran multigesta	
					1.1.6 Abortos	a.- Ninguno b.- 1 aborto	
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS					
PE1.- ¿Cuál es la relación entre los	OE1.- Identificar la relación entre los	HE1.- Los factores maternos se relacionan					



<p>factores maternos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?</p> <p>PE2.- ¿Cuál es la relación entre los factores genéticos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?</p> <p>PE3.- ¿Cuál es la relación entre los factores de estilos de vida y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?</p> <p>PE4.- ¿Cómo se presentan las formas clínicas del aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?</p>	<p>factores maternos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.</p> <p>OE2.- Analizar la relación entre los factores genéticos y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.</p> <p>OE3.- Evaluar la relación entre los factores de estilos de vida y el aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.</p> <p>OE4.- Describir las formas clínicas de aborto espontáneo que se presentan en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca</p>	<p>con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.</p> <p>HE2.- Los factores genéticos se relacionan con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.</p> <p>HE3.- Los factores de estilos de vida se relacionan con el aborto espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.</p> <p>HE4.- Las formas clínicas del aborto espontáneo presentan diferentes frecuencias de aparición en las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.</p>				c.- Más de 2 abortos d.- Aborto habitual	<p>Monge Medrano de Juliaca, 2024.</p> <p>5.- MUESTRA: Conformada por n: 80 pacientes, se ejecutó un muestreo no probabilístico por utilidad, con un 100%.</p> <p>6.- TÉCNICA: Variable 1: Análisis documental Variable 2: Análisis documental</p> <p>7.- INSTRUMENTOS Variable 1.- Ficha de recolección de datos Variable 2.- Ficha de recolección de datos</p>		
						1.2 Factor genético		1.2.1 Anomalías cromosómicas	a.- Anembrionario b.- Embarazo molar c.- Muerte fetal intrauterino
						1.3 Factores de estilos de vida		1.3.1 Hábitos nocivos	a.- Niega b.- Coca c.- Alcohol d.- Drogas
	2. Aborto espontaneo.	2.1 Formas de aborto espontaneo	a.- Inevitable b.- Incompleto c.- Completo d.- Retenido						

ANEXO 3: INSTRUMENTOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO DEL PACIENTE		DIAGNOSTICO	
1.- FACTORES DE RIESGO			
1.1 Materno	1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 34 años c.- > de 34 años	() () ()
	1.1.2 Estado civil	a.- Soltera b.- Conviviente c.- Casada d.- Viuda	() () () ()
	1.1.3 Procedencia	a.- Rural b.- Urbana	() ()
	1.1.4 Grado de instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	() () ()
	1.1.5 Gestaciones	a.- Primigesta b.- Multigesta c.- Gran multigesta	() () ()
	1.1.6 Abortos	a.- Ninguno b.- 1 aborto c.- Más de 2 abortos d.- Aborto habitual	() () () ()
1.2 Factor genético	1.2.1 Anomalías cromosómicas	a.- Anembrionario b.- Embarazo molar c.- Muerte fetal intrauterino	() () ()
1.3 Factores de estilos de vida	1.3.1 Hábitos nocivos	a.- Niega b.- Coca c.- Alcohol d.- Drogas	() () () ()
2. ABORTO ESPONTANEO			
2.1 Formas de aborto espontaneo	a.- Inevitable b.- Incompleto c.- Completo d.- Retenido		() () () ()



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTANEO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: *Dr. Juan C. Poras Gallagos*

ESPECIALIDAD: *Ginecología y Obstetricia*

COLEGIATURA: *21318* FECHA:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe... Dr. Juan G. Rojas Gallagos
 identificado con DNI N° 02167022 y CMP
 N° 021318 certifico que realice el juicio de experto al
 instrumento diseñado por la estudiante

Bach. SIVONEY CONDORI HUARACHI

Juliaca de del 2025



Dr. Juan G. Rojas Gallagos
 GINECÓLOGO - OBSTETRA
 CMP 2018 RNE 1925



VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTANEO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: *Dr. Felix Choque Mamani*

ESPECIALIDAD: *Ginecología y Obstetricia*

COLEGIATURA: *26979* FECHA:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe... Dr. Félix Choque Mamani
 identificado con DNI N°..... y CMP
 N°...26979..... certifico que realice el juicio de experto al
 instrumento diseñado por la estudiante

Bach. SIVONEY CONDORI HUARACHI

Juliaca de del 2025



Dr. Félix Choque Mamani
 MÉDICO CIRUJANO
 GINECÓLOGO OBSTETRA
 C.M.P. 26979 R.N.E. 16969



VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTANEO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Dra. Eliana U. Cerna Quispe

ESPECIALIDAD: Ginecología y Obstetricia

COLEGIATURA: 32016 FECHA:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Dra. Eliana V. Crama Quispe.....
 identificado con DNI N°..... y CMP
 N° 17102..... certifico que realice el juicio de experto al
 instrumento diseñado por la estudiante

Bach. SIVONEY CONDORI HUARACHI

Juliaca de del 2025


 Dra. Eliana V. Crama Quispe
 C.M.P. 32016 - RNE- 9115
 MÉDICO GINECOOBSTETRA



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 21 de Mayo del 2025

CARTA N° 455 - 2025 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Sr. CONDORI HUARACHI SIVONEY

REGISTRO N° 10251 – 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle a la Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTANEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que la interesada obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información. La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

EUCG/ccf
Cc. Interesado



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
[Signature]
Dr. Efraín U. Carrasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACION
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31001





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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



Formato digital

Fecha de entrega: 02/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: SIVONEY CONDORI HUARACHI

Dirección: Jr. Leoncio Prado N° 304

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70118423

Teléfono: 913007140 email: sivoney102000@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Factores de riesgo, aborto espontáneo, gestantes.

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

1

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, entré 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 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

Nacional

Línea de investigación: **MEDICINA HUMANA - P09**



02 de diciembre del 2025

Firma de Autor

huella digital

Fecha