

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud**



**Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio**

**de Ginecobstetricia de un hospital militar de Lima**

**Metropolitana, 2017**

**Por:**

Magda Jeri Tello

Maribel Quispe Lloque

Lucia Santos Galarza

Flor Adelma Bustamante Morales

**Asesora:**

Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Lima, julio del 2017

### **Presentaciones en eventos científicos**

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

<b>TIEF</b>	Jeri Tello, Magda
<b>2</b>	Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el
<b>J43</b>	Servicio de Ginecobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017. /
<b>2017</b>	Autoras: Magda Jeri Tello, Maribel Quispe Lloque, Lucia Santos Galarza, Flor Adelma Bustamante Morales; Asesora: Mg. Rocío Suárez Rodríguez. Lima, 2017. 102 páginas.
	Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Factores de riesgo. 2. Aborto espontáneo. 3. Gestantes.

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, ROCÍO SUÁREZ RODRÍGUEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017”*, constituye la memoria que presentan las licenciadas: MAGDA JERI TELLO, MARIBEL QUISPE LLOQUE, LUCIA SANTOS GALARZA y FLOR ADELMA BUSTAMANTE MORALES, para aspirar al título de Especialista en Especialista en Enfermería en Gineco Obstetricia, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintisiete días del mes de julio de 2017.

  
Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017.

# TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

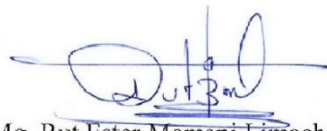
Presentado para optar el título profesional de Especialista en Especialista en Enfermería en Gineco Obstetricia

## JURADO CALIFICADOR



Dra. Flor Lucila Contreras Castro

Presidente



Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Secretario



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Asesor

Lima, 27 de julio de 2017

## Tabla de contenido

Resumen .....	viii
Capítulo I .....	9
Planteamiento del problema .....	9
Identificación del problema .....	9
Formulación del problema .....	13
Problema general. ....	13
Problemas específicos.....	13
Objetivos de la investigación.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos .....	14
Justificación del problema .....	15
Aporte teórico .....	15
Aporte metodológico .....	15
Justificación Práctica y Social .....	15
Presuposición filosófica.....	16
Capítulo II.....	18
Desarrollo de las perspectivas teóricas .....	18
Antecedentes de la investigación.....	18
Bases teóricas.....	23

Teoría de la enfermería .....	53
Definición conceptual de variables.....	55
<i>Factores de riesgo de complicaciones medico ginecoobstétricos</i> .....	55
Capítulo III.....	56
Metodología .....	56
Descripción del lugar de ejecución.....	56
Población y muestra.....	56
Criterios de inclusión .....	57
Exclusión .....	57
Tipo y diseño de la investigación .....	57
Identificación de variables .....	58
Operacionalización de variable.....	58
Técnica e instrumento de recolección de datos .....	63
Proceso y recolección de datos .....	64
Procesamiento y análisis de datos.....	65
Consideraciones éticas .....	65
Capítulo IV .....	67
Administración del proyecto de investigación .....	67
Cronograma .....	67
Presupuesto .....	68

Referencias bibliográficas .....69

Apéndice .....80

## Resumen

Uno de los riesgos importantes en el embarazo es el aborto espontáneo, siendo la pérdida del producto de la concepción, sin inducción antes de las 20 a 22 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500gr o menos. El estudio realizado tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana. Es de diseño no experimental, tipo descriptivo. La muestra estará conformada por 60 gestantes que presentan aborto espontáneo previamente seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Para la recolección de datos se utilizarán dos instrumentos: el de los factores asociados al aborto espontáneo y también la versión en castellano de Estrés Percibido (EEP-10) el que se sometió a juicio de expertos. Para analizar la validez de contenido se usó la prueba estadística V de Aiken (1 pto), además se tomó una muestra piloto a 20 gestantes y utilizó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.892. Los resultados de este estudio permitirán obtener un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo del aborto espontáneo y complicaciones frecuentes en el embarazo siendo de beneficio para el personal de enfermería que labora en el servicio de ginecoobstetricia pues facilitará su actuar en esos casos.

**Palabras claves:** Factores de riesgo, aborto espontáneo, gestante.



## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### Identificación del problema

El embarazo es un periodo de gestación reproductivo humano, esto comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y este ovulo fecundado se implanta en la pared del útero. El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales; sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta riesgos maternos y perinatales. Uno de los riesgos importantes es el aborto (Zuaznabar 2012).

La Organización Mundial de la Salud OMS (2015) define al aborto como “la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable”, es decir antes de que pueda sobrevivir por sí mismo fuera del útero; es la expulsión o extracción uterina de un embrión o un feto menor de 500 gramos de peso que corresponde a una gestación de 20 a 22 semanas. Existe una clase de aborto que es inevitable, el aborto espontaneo.

Cabello (2017) afirma que existe una gran diversidad de estudios que demuestran que algunos factores asociados al estilo de vida tienen efectos adversos sobre la fertilidad y sobre la probabilidad de que se produzcan abortos recurrentes refiere también que, algunos factores pueden modificarse con un cambio de conducta, aunque otros no. Factores sociales como hábitos maternos, ocupación laboral, factores psicosociales, estatus socioeconómico, estrés crónico e infecciones pueden tener un impacto sobre la fertilidad y sobre el resultado de un embarazo en caso de conseguirlo, como abortos, nacimientos pre-término, alteraciones del desarrollo en el feto o problemas de salud a largo término.

Del mismo modo, Sánchez (2013) refiere que los factores de riesgo más importantes de un aborto espontáneo son: Edad materna, estado civil y nivel de educación, ocupación laboral durante la gestación, relación con el índice de masa corporal (IMC), patologías maternas (diabetes mellitus, trastornos tiroideos y la hipertermia materna), patologías uterinas (fibromas uterinos, abortos previos), consumo de tóxicos (alcohol, cafeína, tabaco), suplementos nutricionales y estrés materno.

Gómez, Gutiérrez y Larrañaga (2014) afirman que cuando sucede un aborto espontáneo existe consecuencia a nivel biológico, psicológico y social. La consecuencia biológica es la hemorragia la cual se puede complicar llegando a ser catastrófica y el dolor físico que implica a nivel corporal, el cual es una impresión muy desagradable. A nivel psicológico se puede mencionar que la mujer pasa por una experiencia emocional triste, llegándole a provocar falta de interés, baja autoestima, por la pérdida, pudiéndole llevar a estragos de gran sufrimiento y de trastornos psicológicos.

En el contexto mundial el aborto espontáneo realizado en condiciones inadecuadas representa un grave problema. Por otro lado, esta problemática, particularmente, afecta a las mujeres que, por su condición socio-económica, tienen dificultad de acceder a atención médica calificada (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2013).

En el Reino Unido, las estadísticas señalan que más de uno de cada siete embarazos se ve interrumpido en forma involuntaria. Sin embargo, en uno de cada 100 casos se vuelve a producir un aborto espontáneo hasta tres y más veces seguidas (Gallagher, 2013). Asimismo, Escribano *et al.* (2014) refieren que en España es conocida una prevalencia general de abortos espontáneos que varía entre un 10-20% de los embarazos.

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ACOG (2015), los estudios revelan que entre el 10 y el 25% de todos los embarazos clínicamente reconocidos terminara en aborto espontaneo.

En el contexto sudamericano, según el Ministerio de Salud (MINSAL, 2014), en Chile, se registraron 17.434 abortos, sin especificar si son espontáneos o voluntarios. Si se hiciera un recuento sobre los abortos que llegan al sector privado y rural, se podría hablar de dos o tres veces más. Además, específicamente sobre los abortos espontáneos en mujeres embarazadas, se cree que el 20% sufren este tipo de aborto; sin embargo, las estadísticas podrían ser muchísimo más altas si se incluyeran todos aquellos casos en los que la mujer no se da cuenta de que lo ha sufrido. Por ejemplo, en muchas ocasiones, confundido con un periodo menstrual más fuerte de lo normal, se produce el aborto espontaneo. Considerando esta situación, algunos especialistas consideran que podría llegar al 40 o 50%.

Por otro lado, según los datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC, 2004 - 2014), 431.614 mujeres tuvieron alguno de los siguientes tipos de abortos: espontáneo (9%), médico justificado (6%), o algún otro tipo de embarazo que terminó en aborto (85%). En 2013 se presentó la tasa más alta de abortos, 122 por cada 1000 nacidos vivos; sin embargo, esta tendencia bajó en 2014 (112 por cada mil nacidos vivos). Los números son claros: en el Ecuador las mujeres que más abortan son menores de 25 años, tienen menos años de educación formal, son más pobres y viven en lo que los ecuatorianos llamamos provincia. Por otro lado, no podemos dejar de lado que más de 45 de cada 100 mil mujeres mueren cada año a causa de un aborto en el Ecuador.

En cuanto al contexto nacional, se podría afirmar que durante el 2016 se registraron alrededor de 596 abortos en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, así lo informó

Luis Salazar Huajardo, jefe del Departamento de Ginecoobstetricia de dicho nosocomio (La Republica, 2017).

Del mismo modo, según estadísticas en el Instituto Materno Perinatal (IMAPE, 2015), unos 4,500 abortos espontáneos se registran cada año, por diversas razones, como alguna infección o falta de control médico adecuado. Se menciona que, del total de casos, el 4% corresponde a abortos retenidos, es decir de embriones que dejaron de existir dentro del útero y quedaron durante días y hasta semanas sin ser expulsados.

Según el boletín estadístico IMAPE (2016), las pacientes hospitalizadas egresadas por abortos fueron un total de 858 atendidas, con un porcentaje de 3.9%. Siendo aborto incompleto 562 atendidas con un 2.6% y aborto frustrado 102 atendidas con un 0,5%.

Según datos estadísticos del Hospital Militar Central (HMC, 2016), en el 2014 se atendieron 240 pacientes gestantes, de las cuales se presentaron 40 abortos espontáneos y 6 amenazas de aborto. El año 2015 se hospitalizaron 250 pacientes gestantes y se presentaron 49 casos de aborto espontáneo y 7 amenazas de aborto; y el 2016 se atendieron 230 gestantes y se presentaron 53 abortos espontáneos y seis amenazas de aborto.

Por lo tanto, frente a la problemática antes mencionada, las investigadoras de este estudio plantean la siguiente pregunta de investigación.

## **Formulación del problema**

### **Problema general.**

¿Cuáles son factores de riesgo asociados al aborto espontáneo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017?

### **Problemas específicos**

¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográfico asociados al aborto espontáneo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017?

¿Cuáles son los factores de riesgo de antecedentes ginecoobstétricos asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017?

¿Cuáles son los factores de riesgo de hábitos nocivos y alimenticios asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de ginecología de un Hospital Militar de Lima Metropolitana, 2017?

¿Cuáles son los factores de riesgo de complicaciones medico ginecoobstétricos asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017?

¿Cuáles es el factor de estrés asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana.

### **Objetivos específicos**

Identificar los factores de riesgo sociodemográfico asociados al aborto espontáneo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia de un Hospital Militar de Lima Metropolitana.

Identificar los factores de riesgo de antecedentes ginecoobstétricos asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de ginecoobstetricia de un Hospital Militar de Lima Metropolitana.

Identificar los factores de riesgo de hábitos nocivos y alimenticios asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de Ginecoobstetricia de un Hospital Militar de Lima Metropolitana.

Identificar los factores de riesgo de complicaciones medico ginecoobstétricos asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de ginecoobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana

Identificar el factor de estrés asociados al aborto espontaneo en las gestantes que se atienden en el servicio de ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana.

## **Justificación del problema**

### **Aporte teórico**

El presente estudio es importante porque permite obtener incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo del aborto espontaneo, así como complicaciones frecuentes en el embarazo.

### **Aporte metodológico**

El presente estudio proporcionará un gran aporte metodológico pues con el propósito de medir las variables de factores de riesgo de aborto se aplicarán instrumentos adaptados y validados.

### **Justificación Práctica y Social**

El desarrollo de esta investigación será beneficioso para el personal de enfermería que labora en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Militar Central, pues facilitará reconocer y manejar los factores de riesgo en casos de aborto espontaneo; asimismo, los resultados del estudio se pondrán a disposición de las autoridades, para que a partir de la realidad encontrada se puedan diseñar, implementar y prevenir las complicaciones que origina el aborto.

## Presuposición filosófica

La Biblia no menciona específicamente el problema del aborto. Sin embargo, hay numerosas enseñanzas en la escritura sobre el aborto. Jeremías 1:5 dice que “Dios nos conoce antes de formarnos en el vientre materno”. El Salmo 139:13-16 habla del papel activo de Dios en nuestra creación y formación en la matriz. Éxodo 21:22-25 prescribe el mismo castigo para alguien que cause la muerte de un bebé en el útero que para alguien que cometa un asesinato. Esto indica claramente que Dios considera a un bebé en la matriz del mismo modo que lo hace con un ser humano plenamente desarrollado como adulto. Para el cristiano, el aborto no es un asunto de elección de los derechos de la mujer. Es un asunto de la vida o la muerte de un ser humano hecho a la imagen de Dios (Génesis 1:26-27; 9:6).

Por otro lado, los escritos de White son igualmente concluyentes sobre lo sagrado que es la vida. Por ejemplo, ella menciona que “La vida es misteriosa y sagrada. Es la manifestación de Dios mismo, fuente de toda vida” (White, 1959).

Según la *Declaración de Principios de la Iglesia Adventista del Séptimo Día sobre el Aborto* (2005), la iglesia no sirve de conciencia a los individuos; pero debiera proporcionar orientación moral. El aborto por razones de control de la natalidad, selección de sexo o conveniencia, no cuenta con el apoyo de la iglesia. Pero a veces las mujeres embarazadas pueden encarar circunstancias excepcionales que presenten dilemas morales, como amenaza para su vida, peligros graves a su salud, graves defectos congénitos cuidadosamente diagnosticados en el feto y embarazos como resultado de actos de violación o incesto. La decisión final con respecto a la terminación de un embarazo la debe hacer la mujer embarazada, después de haber hecho las consultas debidas. Para asesorarla en su decisión, ella



debe contar con las informaciones precisas, el conocimiento de los principios bíblicos y la dirección del Espíritu Santo. Además, estas decisiones se toman mejor dentro del contexto de las buenas relaciones familiares.

## Capítulo II

### Desarrollo de las perspectivas teóricas

#### Antecedentes de la investigación

Laurente (2016) realizó un estudio titulado: “factores socio reproductivos relacionados con el aborto incompleto en el hospital de baja complejidad vitarte de enero a diciembre 2015”. Estudio analítico realizado en pacientes gestantes con edad gestacional menor a 22 semanas del servicio de Ginecología y Obstetricia. Los resultados mostrados presentaron que “el presentar aborto previo como antecedente fue el más asociado al aborto incompleto al presentar un riesgo de hasta 7,07 y el haber tenido más de 2 parejas sexuales también es un factor importante al de 4,75 de riesgo”.

Ramos (2016) realizó el estudio: “Prevalencia de muertes intrauterinas en el primer trimestre de embarazo en pacientes ingresadas en el área materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de octubre 2015 a marzo del 2016”, El objetivo: indicar cuál es la prevalencia de muertes intrauterinas en el primer trimestre de embarazo en las pacientes gestantes. La metodología: descriptivo, cuantitativo, se utilizó dos instrumentos. El universo fue de 50 historias clínicas y la muestra de 31 historias clínicas. “Resultados obtenidos mediante la información en las historias clínicas fueron que las patologías que ocasionan la muerte intrauterina son las infecciones de vías urinarias , seguido de los problemas ginecológicos, se identificó otros factores como la edad de las mujeres y entre las mujeres que fueron atendidas durante ese periodo han tenido embarazos fallidos desde las

sexta semana de gestación hasta la doceava semana con el principal signo de muerte intrauterina que son las hemorragias seguido del dolor pélvico”.

Ibañez (2016) realizó un estudio cualitativo sobre: “factores relacionados con un control inadecuado del embarazo en mujeres inmigrantes y autóctonas en Huelva”, el objetivo fue de conocer e interpretar los motivos y circunstancias que están presentes en el control gestacional inadecuado de mujeres inmigrantes y autóctonas de Huelva. Según el instituto nacional un 19% de las mujeres residentes en España (15 y 45 años) están en edad fértil el 15% son inmigrantes. Los resultados constatan, que la población autóctona es la mayor demanda de atención. Concluye que es necesario instaurar en el servicio de salud en Andaluz modelos de atención sanitaria basadas en un concepto de salud transcultural diversos en las mujeres inmigrantes y en edad gestacional.

Rodríguez, Ruiz y Soplín (2014) realizaron un estudio titulado: “Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud 1-2 Masusa Punchana 2014 Amazonas”, el objetivo fue analizar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. Se tuvo una muestra de 127 adolescentes gestantes atendidas el 2014. Para la recolección de la información se aplicó instrumentos compuestos por técnicas de visita domiciliarias e instrumentos; por instrumentos de cuestionario sobre factores de riesgo y cuestionario sobre nivel de conocimientos sobre embarazo en adolescentes. Resultados: 34.3% presenta menarquia habitual y el 6.2% tiene menarquia tardía. El 75% tuvo inicio sexual en promedio de 14 años. 56.3% presentó una familia disfuncional. 56.3% presentan nivel de conocimiento inadecuado y del 43.7 % es adecuado. Se concluyó que la relación existente entre los factores y nivel de conocimientos estadísticamente es significativa entre la edad de inicio sexual y de nivel de conocimiento

sobre embarazo en adolescentes gestantes y entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento.

Mora-Alferez, Pamela *et al.* (1996-2013) realizaron un estudio titulado: “Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos” cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de anomalías cromosómicas en restos de abortos espontáneos y su relación con la edad materna y otros parámetros como la edad gestacional. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal sobre base de datos secundaria. Institución: Laboratorio de Citogenética del Instituto de Medicina Genética. Material: Muestras de abortos espontáneos. Métodos: Se realizó el análisis de base de datos de 2 319 muestras de abortos espontáneos recibidos durante enero 1996 a diciembre 2013. “De todos los casos analizados (2 319), 1 595 muestras presentaron cariotipo anormal (68,8%). De las anomalías numéricas (1 395/1 595), el 83,2% correspondió a aneuploidías y 16,8% a poliploidías. Los cariotipos mosaicos estuvieron presentes en 5,5% (87/1 595) y las anomalías estructurales en 3,5% (56/1 595). Se encontró dependencia entre las trisomías y la edad materna. En conclusión “el 68,8% de los abortos estudiados presentó alguna alteración cromosómica, siendo las aneuploidías las anomalías numéricas más frecuentes, con predominio de las trisomías (58,4%), las cuales estuvieron relacionadas con el incremento de la edad materna”.

López y morales (2013) realizaron un estudio titulado: “Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el hospital Homero Castanier Crespo”. Se utilizaron las historias clínicas. Los resultados mostraron que el tipo de aborto más frecuente fue el incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido.

Pluas (2013) realizó un estudio sobre: “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez (Miguel Hilario Alcívar) Ecuador setiembre

2012 a febrero 2013”, el objetivo fue analizar y comparar la información obtenida sobre la incidencia del aborto incompleto con la Propuesta de un protocolo de manejo. El diseño metodológico fue prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal, el instrumento fue la encuesta o cuestionario cuyo universo fue 112 pacientes. Los resultados fueron: El 34.1% presentaron aborto incompleto entre las edades de 21-25 años, el 59.1% fueron de estado civil unión libre; en el nivel educativo se dio en mayor porcentaje en primaria (45%); amas de casa en un (72.7%); el 77.3% fueron embarazos no deseados; el 50% fue por y aborto espontaneo e inducido respectivamente aborto, en el 77.2% se aplicó correctamente las normas de manejo del aborto. Se concluye que 112 pacientes fueron atendidas por aborto en general; 44 pacientes presentaron aborto incompleto (39.3%) y el resto de porcentajes otros abortos, un 50% presento aborto espontaneo y aborto inducido, el mayor porcentaje de abortos incompletos fue en pacientes con primaria completa, no fue un embarazo planificado en el mayor porcentaje, los abortos se produjeron en la semana 13 a 16 semanas de gestación.

García (2013) realizó un estudio titulado: “Edad materna y el número de Abortos como factores de riesgo para parto pre término en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante enero a febrero de año 2015”. La muestra estuvo conformado por dos grupos: el grupo de casos y el grupo de control, cada uno estuvo conformado por 30 puérperas de parto a término, llegando a la conclusión: “ La edad materna es un factor de riesgo para el parto pre término y el no tener abortos es un factor protector en pacientes atendidas en el hospital, la edad materna menor o igual a 19 años se presentó como un factor de riesgo para parto pre término en las pacientes atendidas; y la edad materna de 20 a 35 años se presentó como un factor protector para el parto pre término. El tener uno o dos abortos no se asoció al parto pre término, sin embargo, el no haber tenido antecedente de abortos fue un factor protector para parto pre término.”

Sánchez (2013) realizó un estudio titulado: “Factores De Riesgo Para Aborto Espontaneo En Pacientes Hospitalizadas En El Servicio De Ginecoobstetricia Del Hospital Gustavo Lanatta Lujan”. Se realizó un estudio de casos controles con todas las pacientes que se atendieron en el mes de agosto de diciembre del 2012, por cada caso se tomó dos controles. Los resultados fueron la edad, los antecedentes de embarazos anteriores, la alimentación, el estrés e infecciones urinarias. Se concluyó que: “existen factores asociados de riesgo para el aborto espontaneo, la mayoría de los cuales son prevenibles o controlables”.

Hijona (2009) realizó un estudio titulado: “Factores Asociados al Aborto Espontaneo” en el hospital, procedentes del distrito Sanitario (Jaén-Alcalá la Real – Martos - Granada) España”. El objetivo fue estudiar la prevalencia de los factores asociados al aborto espontaneo. La metodología fue descriptivo, retrospectivo y comparativo, Se tuvo una muestra de 132 pacientes. Para la recolección fue: Exploración Ecográfica, Analítica Sanguínea y Hoja cuestionario. Los resultados fueron: la edad media de las pacientes abortadoras fue de entre 31 – 34 años de edad. El 25.8% de las mujeres que padecieron aborto espontaneo tenían estudios superiores y el 45% estudios primarios. El 47% de las abortadoras tuvieron un parto previo. Las edades gestacionales medias oscilaban entre las 6.5 y 10.3 semanas. El 63.3% de los embarazos que acabaron en aborto espontaneo fueron planificados por la pareja. Se concluyó que existe una alta prevalencia de disfunción autoinmunidad anti tiroidea; las tasas de consanguinidad entre los miembros de la pareja fueron superiores en la muestra estudiada; la exposición a dosis excesivas de tabaco y café; el sobrepeso y la obesidad constituyen trastornos muy prevalentes, la planificación del embarazo fue un hecho frecuente entre las pacientes. Las concentraciones sanguíneas de T3 y cobre fueron menores.

## **Bases teóricas**

### **El aborto**

Según la OMS (2015), el aborto es definido como “la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado menor o igual que 500 gramos o 25 cm”. Sin embargo, esta definición debe tener en cuenta que en ocasiones el recién nacido que presenta un peso <500 gramos pueden ser reanimado y sobrevivir. Si el recién nacido ingresa en la unidad neonatal y fallece posteriormente, su caso debe registrarse como mortalidad neonatal con independencia de que el peso haya sido inferior a 500 gramos (Ramírez *et al.* 2010).

También SEGO (2013) define el aborto como “la expulsión o extracción de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso; peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo, o producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable”.

Según Mongrut (2016), en el sentido amplio se llama al aborto a la interrupción del embarazo antes de la vigésima octava semana del embarazo. Siguiendo a este mismo autor tenemos que en clínica se define como aborto a la expulsión del producto hasta la vigésima semana de gestación, correspondiente a un peso aproximado hasta los 500 gr. Reservándole la denominación de inmaduro entre las 21 y 28 semanas de embarazo.

Como se ha podido observar existen diferentes definiciones sobre el aborto, no obstante, en esta investigación se tomará en cuenta el concepto planteado por la (OMS, 2015).

### **La problemática del aborto.**

A continuación, algunos aspectos dentro de la problemática sobre el aborto (Goldim, 2010):

El aborto es un tema controvertido, cuya práctica está presente en todo momento, en diferentes sociedades y en la historia de la humanidad. Este tema ha sido abordado desde diferentes perspectivas más allá de la clínica, entre ellos: legal, feminista, religiosa, la bioética, que abordan múltiples perspectivas. El tema del aborto está envuelto en tabúes y prejuicios, es difícil de manejar debido a la discriminación por parte de la sociedad para darse cuenta de la intención de la mujer en el acto de aborto, haciendo que sea insuficientemente asistido en todo su contexto.

Esta problemática ha sido visto por las instituciones religiosas, legislativo, ejecutivo, sin integrar los diversos aspectos de la cuestión. Sin embargo, la decisión de ser madre no es una decisión, en principio, individuales o no se puede decidir junto con una pareja o solo, de buena gana. Pero se trata de una serie de factores relacionales económicos y sociales principalmente. Además, es uno que funciona psicológicamente en el cambio de la vida de las mujeres. Además, la decisión de ser madre en este nuevo comienzo del siglo puede estar influenciada por factores culturales o profesional, muy apreciada por la autonomía de la mujer. Existe altas tasas de aborto en la adolescencia, los cuales, además del riesgo de la vida. Puede causar trastornos psicológicos, sociales y culturales de las mujeres. El joven en el aborto de impuestos puede traer daños futuros, bloqueándolo en términos de placer y causando temor de volver a quedar embarazada.



El debate público sobre el aborto en el mundo, en general, trata sobre el procedimiento legal, ético y religioso y político. Los derechos del feto, las mujeres, los principios religiosos y rivalizando constitucional con diferentes puntos de vista.

Según las estimaciones, se llevó a cabo 42 millones de abortos en todo el mundo, de los cuales el 20% son abortos inseguros. Entre los abortos inseguros, el 90% se producen en los países en desarrollo, matando a unas 70.000 mujeres por año. Si el aborto no termina en la muerte, puede causar profunda psicológica y física después de los efectos en las mujeres. Estas estadísticas que merecen ser investigados y evaluados para su posterior reflexión sobre esta área de estudio.

La ilegalidad parcial del aborto no impide la práctica, hecho en clínicas privadas, con precios altos para su realización o como sucede a menudo en malas condiciones, lo que hace imposible la asistencia satisfactoria a las mujeres que recurren a ella con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, convirtiéndose en un problema no sólo de la ley penal, pero la salud pública. Así que legalizar el aborto no significa practicarla de forma indiscriminada, sino para ofrecer modalidades de estas mujeres a la toma de decisiones y un mayor acceso a la conciencia aborto. Es más factible a la sociedad para discutir y aprobar una ley que garantiza a las mujeres la interrupción del embarazo con la autonomía y la capacidad de tomar sus propias decisiones de manera responsable, a través del diálogo con todos los sectores, no convertirse en rehén de las instituciones que dictan lo que está permitido o prohibida en una visión única y universal, la escucha de la conciencia colectiva y decidir lo que es más conveniente que la búsqueda de los servicios clandestinos o intentos basados en el hogar para cometer el acto y aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad, así como el gasto público.

Como se ha mencionado antes, el aborto está envuelto en una maraña de opiniones religiosas, legales, éticos, morales y culturales, se generan argumentos polémicos. Dado que los debates sobre la decisión correcta, el derecho a la vida, la ley y los abortos ilegales, así como su caracterización como un problema de salud pública, el tema de la ciencia y el desarrollo tecnológico (reducción embrionaria, el asesoramiento genético y el aborto eugenésico). También en esta lista se incluyen: las circunstancias individuales de las mujeres (relación de socio, número de hijos, tienen un trabajo o no, las condiciones socioeconómicas, el deseo de ser madre, el acceso a la anticoncepción, nivel de educación, historia de vida, las adicciones y la prostitución), la planificación familiar y la despenalización del aborto. Además, cabe destacar el papel de los profesionales de la salud y los aspectos relacionados con su práctica, cuya formación hace hincapié en el aspecto biológico en relación con otras dimensiones del ser humano, la priorización de la salud.

### **Clasificación clínica del aborto.**

#### *Según el tiempo de gestación.*

##### *Aborto temprano.*

Dulay (2017) refiere que el aborto temprano es la pérdida antes de las 12 semanas de gestación o a veces pasan desapercibidos. Igualmente, Rodríguez (2016) indica que los abortos precoces ocurren hasta la semana 12 de embarazo y son los más frecuentes; tienen lugar sobre todo antes de la 10ª semana.

### *Aborto tardío.*

Rodríguez (2016) manifiesta que los abortos tardíos ocurren con posterioridad a la semana 12, entre las semanas 13 y 20 de gestación. Y Dulay (2017) refiere que el aborto tardío es entre las 12 y 20 semanas de gestación.

### ***Según su forma de presentación (OMS, 2015):***

#### *El aborto espontáneo.*

El aborto espontáneo es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción antes de las 20 a 22 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500gr o menos (OMS, 2015).

Igualmente, la Federación Interamericana de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define el aborto espontáneo como la interrupción del embarazo en forma espontánea, sin el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica, después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente (FIGO, 1999).

Por otro lado, Rodrigo (2016) lo denomina como aborto natural o involuntario, que viene a ser la pérdida del embrión antes de la semana 20 de embarazo o la pérdida de un feto con un peso inferior a los 500 gramos. Si la pérdida se produce en semanas posteriores, no se considera un aborto sino un parto prematuro. Igualmente, Fescina, Schwarcz y Duverges (2016) refieren que el aborto espontáneo se produce sin intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación, ocurrido antes de las 22 semanas de amenorrea con un peso inferior a 500 g; según su tiempo de gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas y tardío a las 12 semanas o más.

Según Santos (2007), el aborto espontáneo ocurre más comúnmente en el segundo o tercer mes de la gestación, tal vez por un óvulo defectuoso y defectos ulteriores en el desarrollo del feto y la placenta, además refiere que un 20 a 30 % de las mujeres presenta un feto, o tiene malformaciones graves, y en el 25 a 60% suelen encontrarse anomalías cromosómicas incompatibles con la vida, es posible que el aborto espontáneo sea el rechazo natural de un feto mal desarrollado.

Existen diferentes definiciones sobre el aborto espontáneo; por lo tanto, en esta investigación se tomará en cuenta el concepto planteado por la OMS.

#### *El aborto inducido o provocado.*

El aborto inducido es el aborto que se genera por medicamentos, productos químicos u otros factores externos; esto incluye también un aborto provocado (interrupción voluntaria del embarazo) (Ramírez, 2010).

### **Clasificación clínica del aborto espontáneo**

#### *Según su evolución.*

##### *Amenaza de aborto.*

Caracterizado por metrorragia escasa acompañado o no por dolor en hipogastrio tipo cólico (López, 2013). Asimismo, Ramírez (2010) refiere que el sangrado vaginal es el síntoma más habitual, frecuentemente siempre indoloro, el sangrado durante el primer trimestre complica casi al 25% de las gestaciones, y el examen clínico evidencia un cérvix cerrado, un

tamaño uterino apropiado para la edad gestacional , así mismo la actividad cardiaca fetal es detectable por examen Doppler o ecografía.

Fescina *et al.* (2016) definen como signo de embarazo con amenorrea previa y un útero con características gestacionales y de tamaño acorde al tiempo gestacional, con dolor de hipogastrio tipo cólico que se asemejan a las contracciones uterinas, sin modificación del cuello uterino, el cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.

Así mismo la aparición de metrorragia en la primera mitad de la gestación. Puede ir acompañada de dolor hipogástrico discontinuo leve, la sangre proviene de vasos sanguíneos maternos paraplacentarios rotos. El orificio cervical interno (OCI) permanece cerrado, y por ecografía, se confirma la vitalidad embrionaria o fetal (SEGO, 2013).

#### *Aborto inminente o inevitable.*

López (2013) conceptualiza como un proceso caracterizado por la irreversibilidad del acontecimiento de aborto espontaneo.

También Fescina *et al.* (2016) indican que el aborto inminente es la exageración de los síntomas y signos como dolor más intenso y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos y hay dilatación del cuello uterino.

Igualmente, Cortez (2014) lo llama aborto inminente o en curso, donde hay hemorragia vaginal y orificio cervical interno abierto como consecuencia de la dinámica uterina.

*Aborto en curso.*

Fescina *et al.* (2016) refieren la pérdida de líquido amniótico además de los síntomas de dolor, contracciones y hemorragia, y la aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior, que muchas veces suele quedar retenido en la vagina y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina.

Del mismo modo, Rodrigo (2016) afirma que es la pérdida de líquido amniótico, no siempre visible, y la aparición de trozos parciales o la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior, muchas veces no en forma directa porque suele quedar retenido en la vagina y cuello.

*Aborto retenido o diferido.*

López (2013) define que persiste el producto de la concepción, tras la interrupción del embarazo. Una situación a tener a cuenta dentro de este, es la gestación anembrionaria, que consiste en la ausencia de embrión dentro del saco gestacional. La causa más importante es la alteración cromosómica,

Igualmente, Cortez (2014) indica que el aborto diferido es cuando se ha producido la retención de una gestación no evolutiva en el útero durante varias semanas. Existe riesgo de cuagulopatía por liberación de tromboplastinas placentaria; es la muerte embrionaria o su ausencia (huevo huero) antes de que inicie un aborto en curso.

También Fescina *et al.* (2016) lo llaman aborto retenido o huevo muerto y retenido cuando el embrión muerto no es expulsado al exterior o, el útero no se ha contraído ni ha dilatado el cuello para expulsar el huevo muerto en su interior.

### ***Según las consecuencias.***

#### *Aborto no complicado.*

En este tipo de aborto no se presentan complicaciones terminado el aborto continuo el curso normal de la paciente todos los autores indican lo mismo (Rodrigo, 2016).

#### *Aborto complicado o Aborto séptico.*

Dulay (2017) refiere que el aborto séptico es la infección grave de los contenidos uterinos durante o poco antes o después de un aborto.

### ***Según su terminación.***

#### *Aborto incompleto.*

López (2013) refiere que en este tipo de aborto el producto de la concepción no es expulsado completamente, es decir quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina.

Según Fescina *et al.* (2016), los restos ovulares no han sido eliminados por completo de la cavidad uterina, la que permanece ocupando en un porcentaje; el útero se mantiene blando, grande y sin contraerse, el cuello permanece dilatado y la hemorragia es profusa y persiste. Y Cortez (2014) manifiesta que en el aborto consumado o incompleto las contracciones uterinas han terminado, hay expulsión de partes ovulares, pero en el útero no ha vaciado por completo.

“El cuadro clínico se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción por lo que el orificio cervical aparece abierto, pudiéndose visualizar tejido

gestacional en vagina o asomando por el cérvix, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional” (SEGO, 2010).

“El diagnóstico ecográfico de un aborto incompleto no siempre es fácil y aunque no existe consenso, se suele utilizar un grosor de la línea medio uterino 15 mm, medida con sonda vaginal. Además, la presencia de una ecogenicidad heterogénea hace sospechar la existencia de restos ovulares en el útero” (SEGO, 2010).

#### *Aborto completo.*

Según Cortez (2014), el aborto consumado o completo se presenta cuando se ha producido la expulsión completa de los restos embrionarios y placentarios el orificio cervical interno se encuentra cerrado. Y Fescina *et al.* (2016) manifiestan que en el aborto completo el huevo es expulsado espontáneamente y completamente del útero. Luego de un cuadro doloroso y hemorrágico, todo regresa a la normalidad; desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por completo la hemorragia y el útero recupera el tamaño, la consistencia previa al embarazo, cerrándose el orificio interno del cuello uterino y vuelve a su normalidad.

#### *Según su frecuencia.*

##### *Aborto habitual o recurrente.*

Cortez (2014) denomina así en caso de ocurrir tres o más abortos espontáneos consecutivos o cinco alternos. Estas mujeres tienen mayor riesgo de presentar parto pretermino, placenta previa y mal formaciones fetales en los embarazos posteriores.



Según López (2013), el aborto habitual o recurrente es la pérdida de tres o más embarazos espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más alternas.

Fescina *et al.* (2016) considera que, al aborto habitual como el cuadro caracterizado por tres o más abortos espontáneos sucesivos, sin embargo, la posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior sería en menor porcentaje.

Por otro lado, SEGO (2010) lo denomina pérdida recurrente del embarazo a la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos. Este término ha reemplazado al de aborto habitual. La pérdida recurrente del embarazo se clasifica como primaria si la paciente nunca ha tenido un fruto viable, o secundaria si la madre ha tenido un bebé antes de las pérdidas consecutivas del embarazo.

### **Diagnóstico del aborto espontáneo**

El diagnóstico se hace tomando en cuenta el cuadro clínico y la ecografía transvaginal o transabdominal (Ramírez, 2010).

#### ***Criterios clínicos.***

Dulay (2016) refiere que en general se requiere de:

“Ecografía y subunidad  $\beta$  de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) cuantitativa. El diagnóstico de la amenaza de aborto y los abortos inevitables, incompletos o completos a menudo son posibles basándose en criterios clínicos y una prueba urinaria de embarazo positiva. Sin embargo, la ecografía y la medición cuantitativa de la  $\beta$ -hCG se realizan para excluir un embarazo ectópico y para determinar si los productos de la concepción siguen en el

útero. Pero los resultados pueden no ser concluyentes, especialmente durante la primera parte del embarazo”.

### *Signos y síntomas*

Dulay (2016) refiere que los “síntomas incluyen dolor pelviano tipo cólico, sangrado y, finalmente, expulsión vaginal de tejidos. El aborto espontáneo tardío puede comenzar con un chorro de líquido cuando se rompen las membranas. La hemorragia rara vez es masiva. Un cuello uterino dilatado indica que el aborto es inevitable”.

Así mismo, Mongrut (2016) afirma que “si los productos de la concepción permanecen en el útero después del aborto espontáneo, puede haber un sangrado vaginal, a veces después de algunas horas o días. También puede producirse una infección, que provoca fiebre, dolor y a veces, sepsis”.

### **El desarrollo del bebé dentro del útero materno (según tiempo).**

Se puede divide en tres etapas:

- La primera: Desde la primera hasta la tercera semana de desarrollo.
- A la segunda etapa: Comprende desde la cuarta semana hasta la octava semana
- La tercera etapa: Comprende desde el tercer mes hasta los 9 meses o nacimiento.

## Desarrollo embrionario y fetal de acuerdo a las semanas de embarazo

(Camero, 2016)

Semana de embarazo	Desarrollo embrionario y fetal
1ª semana	<p>El óvulo, después de haber sido expulsado del ovario, pasa a la trompa de Falopio (conducto que comunica el ovario con el útero), donde por las contracciones rítmicas de su capa muscular y por las vellosidades que tiene la trompa, es conducido hacia el útero. Cerca al ovario se produce la fecundación, un espermatozoide, de los millones que son depositados en el aparato genital femenino durante la relación sexual, ha penetrado en el óvulo. Iniciándose así el embarazo. Luego se da origen a otra célula llamada cigoto o célula huevo, que desciende hasta el útero por la trompa. Durante este trayecto se produce la división del cigoto en 2,4, 6 partes hasta llegar a 16, a este proceso se lo llama segmentación. Cuando se llega a 16 células se forma una estructura sólida, llamada mórula, por tener aspecto de mora. Han pasado 4 días desde la ovulación. En este estado llega al útero, donde la mórula se va a modificar por la penetración de líquido de la cavidad uterina, que se ubica entre las células formándose una cavidad, llamada blastocele, iniciándose el estado embrionario, en el día 5 posterior a la ovulación. Quedó formado el blastocisto, el cual se implantará en la cavidad uterina, preparada por las hormonas para la anidación, el 6º día después de la fecundación (día 21 desde el primer día de la última menstruación). La nutrición de las células en esta primera semana de embarazo, se hace por la “difusión” de sustancias secretadas en la trompa de Falopio y en el útero</p>
2ª semana	<p>Al final de esta semana, el futuro embrión está formado por dos esferas huecas, una ubicada en el interior de la otra. La externa y más voluminosa, se llama saco coriónico. La interna incluye al llamado disco embrionario, el cual está formado por dos capas de tejido, por esto se lo denomina disco embrionario bilaminar. Las sustancias nutritivas siguen llegando por “difusión”, luego se establece la circulación primitiva entre el embrión y la madre, entonces la sangre de ésta le provee los elementos para la nutrición.</p>

Fuente: Tomado de Camero (2016).

4ª semana (1º mes)	El embrión mide 4mm de longitud; ésta se mide desde el extremo de la cabeza hasta el talón. Cada día la longitud aumenta 1mm hasta el día 55 de gestación. Después crece 1,5mm diario. Comienzan los esbozos de las extremidades, la boca y las mandíbulas son visibles.
5ª semana (1º mes)	El largo del embrión es de 8 mm. La pared del cuerpo está formada por la epidermis y la dermis. Aparecen más diferenciados los esbozos de los brazos y las piernas. En la parte anterior del cuerpo se notan los esbozos de las glándulas mamarias. Las fositas auditivas (precursores de los oídos internos) dejan de verse desde el exterior, para convertirse en vesículas auditivas. El tubo neural está formado por cinco vesículas, es decir que va completando su desarrollo. En esta semana aparecen las "gónadas primitivas", aunque es imposible diagnosticar el sexo mediante la observación. En el corazón ya se pueden distinguir dos aurículas y dos ventrículos.
6ª semana (1º mes)	La cabeza ha crecido a un ritmo mayor que el resto del cuerpo, se forman los párpados, se reconocen los brazos, antebrazos y las manos, cuyos dedos están unidos por membranas interdigitales. En los esbozos de los miembros inferiores se diferencian las regiones de los muslos, las piernas y los pies. Han aparecido los esbozos de los dientes.
7ª semana (1º mes):	La cabeza sigue siendo voluminosa en relación al cuerpo. Aparecen los esbozos de los dedos de los pies y los de las manos. Los dedos han perdido las membranas interdigitales. Comienza a diferenciarse el sexo corporal, completándose la diferenciación sexual en la novena semana.
8ª semana (2º mes)	El embrión mide aproximadamente 3cm. La cara adquiere aspecto humano. Se pueden ver los ojos, nariz y orejas. Los párpados cubren los ojos. Los labios están divididos en sus segmentos. En los brazos y las piernas se pueden distinguir sus segmentos definitivos, y los dedos están bien formados.
12ª semana (3º mes)	el feto mide 9cm. y pesa entre 15 y 20 gramos. La cabeza disminuye su ritmo de crecimiento, para estar más proporcionada respecto al cuerpo. Los brazos y piernas se alargan, separándose los dedos de manos y pies. Comienzan a esbozarse las uñas. Aparece en el feto el reflejo de succión, que será tan importante para su alimentación en la vida extrauterina. Abre y cierra la boca, lo que hará que trague líquido amniótico, y esto le producirá hipo. Frunce la frente, pateo, extiende los dedos de los pies, cierra las manos y puede girar la cabeza. Todos estos movimientos no son percibidos por la madre, porque el feto es todavía pequeño. La placenta, que permite la nutrición del feto por medio de nutrientes que le llegan desde la sangre materna, adquiere forma redonda y en su parte central se inserta el cordón umbilical.

Fuente: Tomado de Camero (2016).

16ª semana (4º mes)	La longitud fetal es de 16cm. y pesa de 100 a 120gramos.La cara tiene rasgos individuales propios. Aparecen los esbozos de las glándulas sebáceas en la pared de los folículos pilosos. El feto puede moverse dentro del líquido amniótico, curvando su cintura, rodando sobre sí mismo. Los movimientos fetales pueden ser percibidos por la madre. Al final del 4º mes comienza a aparecer el lanugo, que es un vello delicado, en la frente y en los brazos y piernas. La piel adquiere color rojo. Los órganos genitales externos están diferenciados .El bebé oye ruidos que se originan en el organismo materno, puede percibir la luz a través de las membranas de los ojos, que todavía permanecen sellados, y reacciona ante un estímulo luminoso cuando se ilumina el abdomen de la embarazada.
20ª semana (5º mes)	El feto pesa entre 280gramos y 350 gramos, aproximadamente el 10% del peso que tendrá al nacer. El vello, llamado lanugo, se distribuye por casi toda la piel. Ésta se cubre de la vernix caseosa, material grasoso que se forma al mezclarse el sebo (producido por las glándulas sebáceas) con las células descamadas de la superficie cutánea. La función de la vernix es la de prevenir la aparición de escoriaciones cutáneas, ya que se interpone entre la piel del bebé y el líquido amniótico. Comienzan a salir las uñas y los pelos en la cabeza. El feto se pone el pulgar en la boca desarrollando más el reflejo de succión. Cuando la madre descansa el bebé se mueve, porque no tiene presión externa, y a la inversa, cuando la madre se mueve se acurruca para protegerse y no lastimarse.
24ª semana (6º mes)	El feto mide 30cm. y pesa entre 700 gramos y 1Kg.La cara tiene las características de un niño. La piel aparece arrugada, porque creció más rápido que el tejido subcutáneo. Tiene color rojizo porque deja traslucir el color de los músculos y de la sangre que circula por los capilares superficiales. Se cae el lanugo. Aparecen las pestañas en ambos párpados.
28ª semana (7º mes)	El feto pesa entre 1000 gramos y 1300 gramos. Las arrugas de la piel comienzan a desaparecer porque se deposita tejido graso debajo de la dermis. El cabello es más largo que los pelos del resto del cuerpo. Los bordes de los párpados, que estaban unidos desde el tercer mes, se separan. Los pulmones comienzan a adquirir movimientos respiratorios. El sistema nervioso central puede regular la temperatura y los movimientos respiratorios, lo que tiene importancia en el caso de que se adelante el parto, porque el bebé tendrá posibilidades de vivir. Generalmente se encuentra con la cabeza para abajo (posición cefálica).

Fuente: Tomado de Camero (2016).

32ª semana (comienzo del 8º mes)	La piel es rosada, sin arrugas. El bebé tiene aspecto redondeado porque se desarrolla más la grasa subcutánea. La cara pierde el lanugo. Las uñas de las manos llegan al borde de los dedos. Las pupilas pueden responder a los estímulos de la luz. La madre le transmite sus anticuerpos, que lo protegerán de algunas infecciones hasta el 6º mes de vida extrauterina
36ª semana (final del 8º mes):	El bebé mide 45cm y pesa entre 2200 y 2500 gramos. El cabello es más largo y grueso. La piel pierde totalmente el lanugo.
38ª semana (9º mes):	Mide 50 cm. La piel conserva la vernix caseosa. El feto ya alcanzó la madurez pulmonar que le permitirá respirar cuando salga del útero materno, y lo mismo ocurre con todo su organismo. El bebé ya está preparado para el parto, hecho que le permitirá iniciar el vínculo con su madre fuera del vientre materno.

Fuente: Tomado de Camero (2016).

### ***Causas del aborto espontáneo***

Las causas más frecuentes son: genéticas, anatómicas, inmunológicas, infecciosas y endocrinas (Neus, 2011).

#### ***Causas Genéticas.***

Neus (2011) menciona que “las anomalías cromosómicas en el feto son muy frecuentes por lo que ocasionan abortos espontáneos que tienen lugar durante el primer trimestre de embarazo. La mayoría de estas anomalías cromosómicas son el resultado de un óvulo o espermatozoide defectuoso que tiene cromosomas de más o de menos”.

También la Revista de Embarazo (2016) refiere que el aborto se produce debido a que el embarazo no se está desarrollando normalmente y no hay nada que ese pueda hacer para evitarlo. Lo más común es que se deban a una anomalía cromosómica del feto, causadas por un óvulo o espermatozoide defectuoso. Las anomalías cromosómicas aumentan con la edad y

por lo tanto las mujeres mayores de 35 años corren mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo.

### ***Causas inmunológicas.***

Según Fescina *et al.* (2016), los mecanismos inmunológicos asociados al aborto son de tipo autoinmune y aloinmunes, trombofilias lo que originan el aborto espontaneo.

### ***Causas anatómicas.***

Fesina *et al.* (2016) consideran las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir al aborto espontaneo, estas pueden ser generales como: lúes, tuberculosis, toxoplasmosis, enfermedades de Chagas y locales como los problemas pélvicos, infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales; alteraciones propias del útero, incompetencia del orificio del cuello, etc.

### ***Causas fisiológicas o endocrinas.***

“Están relacionadas con la llamada insuficiencia de progesterona o insuficiencia del cuerpo lúteo. El mantenimiento de la gestación inicial, hasta las 8-9 semanas, depende de la producción adecuada de progesterona por el cuerpo lúteo de forma que si se produce una disminución de esta hormona se puede producir una inhibición del correcto anidamiento del embrión” (Neus, 2011).

Fesina *et al.* (2016) consideran aquellas enfermedades donde hay alteraciones de la función de órganos y sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación; lo

constituyen los trastornos metabólicos como la diabetes, tiroides, alteraciones funcionales del ovario del trofoblasto o de la placenta los niveles bajos de las hormonas pueden conllevar al aborto espontaneo

### ***Infecciones.***

Quispe (2008) comenta que las enfermedades febriles de la madre casi siempre tratan de enfermedades infecciosas agudas; cualquier enfermedad con temperaturas elevadas puede ser causas de aborto, y precisamente por los siguientes motivos: La fiebre elevada, del centro de contracción, estos se producen y expulsan el huevo. Lesión, de la superficie de implantación del huevo, cuando los agentes de la infección materna penetran en el tejido placentario. Lesión del feto, cuando los agentes infecciosos o sus toxinas (difteria) penetran en el feto desde la placenta infectada. El feto muere y es expulsado.

### **Factores de riesgo del aborto espontaneo**

Según la OMS (2017), un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En caso del aborto espontaneo sería cualquier característica, rasgo o exposición que aumente la probabilidad de una gestante a sufrir un aborto espontaneo. Entre los factores de riesgo más importantes de un aborto espontaneo cabe citar los siguientes:



### ***Factores sociodemográficos asociados al aborto Espontaneo.***

Son las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, y tamaño de la familia, relacionado con el aborto espontaneo.

#### *Aborto Espontaneo y la Edad Materna.*

Sin duda alguna la edad materna como factor de riesgo, se ha hecho indispensable para los investigadores desde hace décadas y por lo general han estudiado a la adolescente (hasta 19 años) comparándolas con las de edad madura (de 35 en adelante) y otros le dan el factor de riesgo de 40 años en adelante y son agrupadas ambas en las edades extremas de la vida reproductiva (Zuasnabar, 2012).

Se plantea que el organismo materno por su poco desarrollo como ya se ha dicho en las adolescentes y el deterioro de la mujer madura favorecen la pérdida fetal en su edad temprana como, abortos espontáneos que se consideran hasta un 24,6% en las mujeres de 35 – 39 años y en las de 40 – 44 años un 51,05 % y en las mayores de 45 hasta de un 93% (Zuasnabar, 2012).

Por otro lado, Salles (2001) refiere que la maternidad tardía, ocurre cada vez con más frecuencia a pesar de toda la información existente respecto a sus riesgos. Desde la medicina se plantea que, entre los 20 y los 30 años la mujer se encuentra en su plenitud biológica y que, en la medida que la edad avanza, la tasa de fertilidad disminuye, aumentan los abortos espontáneos y las complicaciones obstétricas y perinatales, además de acrecentarse las posibilidades de gestar un hijo con alteraciones cromosómicas como el síndrome de Down.

Sin embargo, los médicos indican también, que con los cuidados adecuados es posible tener un buen embarazo y un parto absolutamente normal.

*Aborto Espontáneo, Estado Civil y Nivel de Educación.*

Sánchez afirma que: “No hay estudios actuales que demuestren que un determinado estado civil constituya un factor de riesgo para aborto espontáneo. Los estudios que se hicieron en el pasado solo demostraron un grado de asociación. Tampoco hay información sobre la manera en que un determinado estado civil puede ocasionar una pérdida involuntaria del embarazo”

*Aborto Espontáneo y Ocupación Laboral durante la gestación.*

Díaz (2010), del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene (INSH), en su trabajo titulado: “Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (periodo 2000-2010)”, menciona los principales riesgos que sufren las trabajadoras embarazadas agrupadas por ocupaciones, agentes o factores laborales.

**Factores de antecedentes ginecoobstétricos asociados al aborto espontáneo**

*Aborto espontáneo y abortos previos.*

Según Metwall, Saravelos, Ledger y Chiu (2009), casi la mitad de las pacientes que padecen aborto de repetición tienen un estudio etiológico negativo, la actitud a seguir en su manejo clínico dependerá del tipo de anomalía, si bien algunos autores recomiendan una actitud conservadora de inicio, descartando y tratando otros posibles factores etiológicos

asociados, de modo que no es posible instaurar un tratamiento causal. En el resto de casos, la identificación de un factor causante abrirá las puertas a una terapia enfocada sobre el origen mismo del trastorno y cuyos resultados dependerán del grado de conocimiento que existe sobre la fisiología del factor involucrado.

### ***Aborto espontaneo y legrado uterino.***

Botella y clavero (2003) refieren que legrado uterino es un tratamiento quirúrgico del aborto, bien sea el legrado simple o el legrado por aspiración.

- *Legrado simple.* El legrado o curetaje del útero es el procedimiento más sencillo para la extracción de los restos del aborto.
- *Legrado por aspiración.* Evita las perforaciones y está por tanto ahora muy en boga; sus resultados son excelentes.

Según Moliner, (2017), la causa más común que origina este proceso de curación son las heridas producidas a consecuencia de un raspado uterino o un legrado tras un aborto espontáneo o un aborto voluntario. De hecho, la práctica de un legrado tras la pérdida de una gestación. Estos traumatismos provocan, como en cualquier situación, un proceso de cicatrización posterior en el que se genera tejido cicatricial. Este tejido tiene una alta capacidad adhesiva dado su alto contenido en filamentos fibrosos; esto provoca que las paredes del útero se puedan pegar entre sí o se produzcan deformidades comprometiendo su principal función de gestar. Es muy importante tener en cuenta el historial clínico de la paciente. Se debe comprobar si ésta ha sufrido legrados u operaciones ginecológicas previamente ya que, en el caso de un raspado después de un aborto espontáneo, existe un 8%

de posibilidades de contraer el síndrome de Asherman. Este riesgo puede aumentar hasta un 30% si se han realizado 3 raspados.

### ***Aborto espontaneo y cesárea.***

OMS (2015) refiere que la cesárea es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero (laparotomía) de la madre para extraer uno o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas, que según la NOM-007 debiera ser utilizada únicamente en el 15% de los embarazos. Los ginecólogos recomiendan la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado o cuando hay complicaciones que puede afectar a la madre o al bebe.

### ***Embarazo ectópico.***

Botella y Clavero (2003) refieren que un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina. Un embarazo ectópico es una emergencia médica y si no se trata oportunamente constituye un riesgo para la vida, por lo que debe ser interrumpido lo antes posible. Según algunas estadísticas, 1 de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones. Este sangrado intratubal suele expulsar a la implantación fuera de las trompas en la forma de un aborto espontáneo. Algunas mujeres tienden a pensar que están teniendo un aborto involuntario cuando realmente tienen un aborto tubáricos. Históricamente, el tratamiento de un embarazo ectópico se limitaba a la cirugía.

### **Aborto Espontaneo y Conización.**

La conización es un procedimiento terapéutico-diagnóstico mediante el cual se practica en el cuello uterino una incisión en forma de cono, utilizando bisturí quirúrgico o radiocirugía, para hacer la exéresis de procesos patológicos que engloben tanto el exocervix como el endocervix, de etiología variada. Una de las complicaciones de la conización es la probabilidad de parto un prematuro y dificultar el hecho de quedar en embarazo (Noller 2007).

Según la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC, 2016), la complicación a largo plazo, meses o años tras el tratamiento; puede presentar consecuencias en la reproducción, como estrechamiento del canal cervical especialmente la herida al cicatrizar, estrecha excesivamente el canal del cuello del útero provocando dificultad para la menstruación o para quedar embarazada. También abortos o partos prematuros, el efecto de la conización es controvertido en este tipo de complicaciones que ya de por sí son frecuentes en la población general de embarazadas no sometidas a conización; el debilitamiento del cuello uterino después de conizaciones amplias o varias conizaciones por reaparición de la lesión explicaría que en algunos casos se produzcan abortos en el segundo trimestre o partos prematuros.

### ***Miomas uterinos y aborto espontaneo.***

Valencia (2012) menciona que los miomas, también llamados fibromas, son tumores benignos por crecimiento anormal del músculo uterino, las mujeres que padecen de este mal oscilan entre los 30 y 40 años. Los miomas se desarrollan cuando hay un nivel elevado de hormonas (estrógeno) y disminuyen en la menopausia cuando los niveles hormonales son más

bajos. El porcentaje de mujeres diagnosticadas con fibromas, varía entre 20% y 25%. Las investigaciones estiman que hasta un 77% de mujeres con fibromas desconocen su presencia debido a que muchas no presentan síntomas. Usualmente se da indicaciones farmacológicas para los sangrados y reducir los tumores de manera temporal. Pero, cuando los tumores causan síntomas importantes es necesario extirparlos, en casos como si por su tamaño, interfieren con la fertilidad o complican un embarazo, En ese sentido, los miomas uterinos pueden causar abortos en el primer trimestre de gestación o partos prematuros.

### **Factores de hábitos nocivos y alimentarios asociados al aborto espontaneo.**

#### ***Aborto espontáneo y consumo de tóxicos.***

##### *Sustancias toxicas en madres gestantes.*

Una sustancia toxica es cualquier producto que pueda causarle daño a una persona mucho más a una mujer embarazada. El consumo en el embarazo es extremadamente peligroso para la madre y el feto. En el 80% de los casos, el niño nace con un síndrome de abstinencia neonatal, estas sustancias aumentan el riesgo de aborto y malformaciones fetales (Hurtado 2010).

##### *Aborto espontaneo y alcohol.*

El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central; además de tener efecto sobre el cerebro y variar algunas de sus funciones (coordinación, atención, memoria).

Interviene como una sustancia que puede causar al feto diferentes defectos o malformaciones durante el periodo de gestación, también corre el riesgo de abortar (Huillca, 2012).

*Aborto espontaneo y tabaco.*

El tabaco es un compuesto orgánico, un alcaloide encontrado en la planta del tabaco. Interviene como una sustancia muy peligrosa porque hace que la madre gestante retrase el crecimiento de feto, que el parto suele ser prematuro e incluso se puede dar la muerte del feto y también que tenga algunas malformaciones. Se debe considerar como fumador a la persona que activamente consume el cigarrillo así también a la persona que fuma en forma pasiva (López 2007).

El hábito de fumar cigarrillos durante el embarazo es muy extendido. Los estudios de prevalencia realizados en la década de los noventa mostraron que entre el 20 y el 33% de las mujeres embarazadas de los países desarrollados mantienen su práctica en el embarazo (Lumley, Oliver, Chamberlain, Dowswell, Oakle y Watson 2009).

Igualmente, Hijona (2009) refiere que todas las sustancias del tabaco atraviesan la barrera placentaria. De los 2500 productos químicos que contiene el humo del cigarrillo, no se sabe con certeza cuáles son nocivos para el desarrollo fetal, pero lo que si se conoce es que tanto la nicotina como el monóxido de carbono pueden ser perjudiciales para el feto.

Asimismo, Ernest, Moolchan y Robinson (2009) indican que es bien conocido que la síntesis de progesterona como la excreción urinaria de estrógenos se ven disminuidas en fumadoras, probablemente como consecuencia del efecto citotóxico que los alcaloides del tabaco ejercen sobre el trofoblasto. El consumo de tabaco ejerce un claro efecto

vasoconstrictor, mediado por la descarga adrenal que provoca la nicotina. Tal efecto reduce el flujo placentario y provoca hipoxia materno-fetal,

#### *Aborto espontaneo y cafeína.*

La cafeína es una sustancia que se metaboliza lentamente en la mujer embarazada y, además, atraviesa la barrera placentaria siendo causante de un aborto. Interviene durante el primer trimestre del embarazo se asocia con un mayor riesgo de aborto espontaneo de fetos con cariotipo tanto normal como anormal durante el segundo trimestre de la gestación (Hurtado, 2010).

Así mismo, López (2007) menciona que la cafeína es una sustancia que se metaboliza lentamente en la mujer embarazada y, además, atraviesa la barrera placentaria siendo causante de un aborto espontaneo.

#### **Aborto espontáneo y suplementos nutricionales**

Varias investigaciones han demostrado que los factores dietéticos están relacionados con el riesgo de aborto espontáneo temprano (Di, Parazzini, Chatenoud y Surase, 2011; OMS, 2010; Rumbold, Middleton y Crowther, 2011).

#### **Aborto espontáneo y su relación con el IMC**

Lashen, Fear y Sturdee (2004) manifiestan que la Obesidad (obtenido mediante el IMC) se ha asociado en las pacientes con un alto riesgo de aborto.



Según Rodríguez (2012), la obesidad o los problemas de sobrepeso son la causa directa del factor de riesgo de sufrir un aborto, además no es el único riesgo que entraña para la mujer durante el periodo de gestación, ya que puede provocar apnea del sueño, diabetes gestacional, preeclampsia o incluso alguna complicación de tipo infecciosa. La obesidad y el sobrepeso es un problema sanitario de primer orden, dado que su prevalencia es cada vez mayor, sin distinción de edades. La obesidad, cuyo control empieza con la revisión de la dieta y los hábitos alimenticios, también tiene sus consecuencias sobre el futuro bebé, por lo que es muy importante que la mujer siga las recomendaciones médicas para evitar complicaciones durante el embarazo y en el momento del parto, lo que ocasiona recurrir con mayor frecuencia a la práctica de cesárea. El problema de sobrepeso influye directamente en el sistema circulatorio, en el respiratorio y en el sistema metabólico. Controlar el peso, empezando por revisar la alimentación y los hábitos de vida, es el primer paso para evitar un problema de salud.

### **Factores de complicaciones médico-ginecoobstétricas asociados al aborto espontáneo**

#### ***Aborto espontáneo y patología materna.***

Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que posean. Así pues ante un inadecuado control estas enfermedades podrían condicionar abortos de repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones (Hijona, 2009).

### **Amenaza de aborto.**

Hijona (2009) menciona que la amenaza de aborto se caracteriza por la existencia de una hemorragia genital habitualmente irregular procedente de la cavidad uterina. El cérvix uterino está cerrado, el útero es de tamaño adecuado, y existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad gestacional puede ser un cuadro indoloro o presentarse con molestia de leves a moderado en hipogastrio y ambas fosas iliacas,

Se trata de una patología frecuente (la padecen hasta el 25% de las embarazadas) y su pronóstico es muy bueno si se aprecia actividad cardiaca embrión fetal 90 - 96 % de casos evolucionan con normalidad salvos en los abortos de repetición. En los que el riesgo de recidiva alcanza el 22% a pesar de existir latidos cardiaco fetal en aquellos casos en los cuales no se desencadena el aborto el diagnostico perinatal es excelente no pareciendo haber mayor riesgo de malformaciones fetales.

### **Factor de estrés percibido asociado al aborto espontaneo.**

#### ***Aborto espontaneo y estrés materno.***

Se encontró pocos estudios, los que sugieren que el estrés en la madre durante la gestación puede ocasionar hiperprolactinemia leve y/o insuficiencia del cuerpo lúteo, los que están asociados al aborto espontaneo. Todavía falta realizar otros estudios para establecer una relación causa (Maconochie, Doyle, Prior y Simmons, 2007).

Por consiguiente, Daniel (2016) refiere que el estrés se describe generalmente como una tensión o sentir emocional que puede producirse por múltiples circunstancias o motivos, esta

condición genera malestar en la embarazada lo puede generar nerviosismo, frustración, dolor y en situaciones más graves la pérdida del producto, ocasionando aborto por estrés. Una de las principales causas del aborto es el estrés, no se conoce bien el proceso por el cual este factor induce la pérdida. Sin embargo algunos estudios recientes indican que durante los lapsos de estrés que sufre la mujer embarazada, se secreta algunas hormonas como lo es la corticotropina, esta hormona produce actividad a nivel de la corteza cerebral y como efecto se inicia una reacción de estrés físico y emocional por lo que existe mayor contracción en el útero, ocasionando desprendimiento de la placenta por ende la pérdida del feto. Aunque no está totalmente comprobado este hecho, es lo más acertado hasta el momento y los investigadores predicen estar más cerca de prevenir cualquier aborto por estrés. En una mujer embarazada cualquier reacción se ve exagerada por el estado de gestación en el cual se encuentra. Estar nerviosa puede inducir la producción de hormonas y otras moléculas que fácilmente inducen de manera involuntaria la contracción uterina antes de tiempo produciendo inevitablemente la pérdida del feto.

Igualmente, en la Revista Home Enfermedades (2003), se menciona que una de las causas del aborto espontáneo es el estrés justo antes de la concepción o durante los primeros meses del embarazo, sin embargo todavía no se conocen cuáles son los mecanismos que lo relacionan. Los últimos estudios aportan nuevos datos al respecto que podrían explicar los casos de abortos repetidos e incluso prevenir algunos de ellos. Durante los periodos en los que se sufre estrés, el cerebro libera determinadas hormonas, incluida la hormona liberadora de la corticotropina (CRH, en sus siglas inglesas). La CRH es segregada por el cerebro como reacción a una situación de estrés físico o emocional y también se produce en la placenta y en el útero de las mujeres embarazadas para potenciar las contracciones uterinas durante el parto.

Según diversas investigaciones, las mujeres que dan a luz de forma prematura o que tienen niños de bajo peso al nacer, suelen presentar con frecuencia altos niveles de CRH en la sangre

### *Como evitar el aborto por estrés*

Daniel (2016) menciona que lo más recomendable es ubicar lo que genera el estrés y buscar ayuda profesional que trate con el mejor tratamiento hasta llegar a la solución. Otros consejos básicos son la buena alimentación, dormir las horas requeridas por el cuerpo, hacer ejercicio moderado (siempre y cuando sea aprobado por el medico), leer, escuchar música clásica o relajante, evitar personas que por lo general sean intranquilas o que generen estrés. El conocer que las células que producen la hormona se encuentran en el útero y que desde aquí influyen en la interrupción del embarazo supone un avance para prevenir nuevos abortos espontáneos en mujeres propensas. Los investigadores apuntan que se podrían realizar análisis del tejido uterino para determinar el riesgo y que el tratamiento para bloquear la liberación de la CRH podría basarse en un supositorio vaginal. Sin embargo, los especialistas insisten que el mejor medio de prevenir estas pérdidas es evitar el estrés físico y emocional, que en diversos estudios ya ha demostrado ser causante de reacciones fisiológicas concretas y dañinas para el feto.

Campos, Bustos y Romero (2009) indican para la medición del estrés en gestantes la mayoría utiliza la escala de estrés percibido, debido a su facilidad de aplicación y buenos resultados. Además se ha reportado, que las gestantes con un trabajo generalmente estresante y/o exigente tienen probabilidades significativamente más altas de aborto espontáneo, La Escala de estrés percibido (EEP-10) se diseñó con el propósito de conocer qué tan estresantes perciben las personas los eventos de la vida cotidiana.

## **Pronostico**

Se calcula que el 10% de los embarazos termina en aborto. En el 50% de estos las causas son genéticas (hay imperfecciones del huevo abortivo), mientras que el resto puede imputarse a las otras etiologías y en gran parte es desconocido (Fescina.; Schuwarcz y Duverges,, 2016).

## **Teoría de la enfermería.**

### ***Wiedenbach Ernestine.***

Según Veyra (2013).Comenzando en 1956, ella no aceptó su posición con la intención de establecer un programa de enfermeras parteras, sin embargo incluyó la partería en la Universidad de Yale dando comienzo a los programas de postgrado .en su teoría, la cual se fundamentaba en tres factores :El objetivo central que el médico reconoce como esencial para la disciplina en particular y La receta para el logro del propósito central y también las realidades de la situación inmediata que influyen en el objetivo central. A su vez, Wiedenbach creía que había cuatro elementos principales para la enfermería clínica entre ellos: una filosofía, un propósito, una práctica y el arte. El aporte de esta teoría a la enfermería por Wiedenbach es que la atención a la embarazada tiene como objetivo reducir al mínimo el riesgo de morbimortalidad tanto para la madre como para el niño la identificación temprana de los factores de riesgo y evitar complicaciones.

### ***Calixta Roy.***

Según Veyra (2013), Callista Roy propuso la “Teoría de Adaptación”. Ella nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles, California. Cuando trabajaba como enfermera en el ámbito de la pediatría, Roy observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, hasta el punto de considerarlo como un marco conceptual adecuado para la Enfermería. Llevó a cabo una investigación acerca de las intervenciones del personal enfermo para la recuperación cognitiva en casos de lesiones cerebrales y acerca de la influencia de los modelos de Enfermería en la toma de decisiones clínicas. En el origen de modelo de adaptación se pueden identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica que abarcaba desde las ciencias sociales hasta las de las conductas humanas. En la teoría de adaptación de Helson la respuesta de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación, el estímulo es un factor que provoca una respuesta positiva o negativa, Roy combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que veía la persona como un sistema de adaptación.

El aporte de esta teoría ayuda entender la parte emocional del paciente y el nuevo auto-concepto que este tiene de sí mismo, ayudando al paciente a aceptar la reacción de los demás.

Aportes al paciente: Promueve la adaptación a su nuevo estado de impotencia física.

## **Definición conceptual de variables**

*Factores de riesgo sociodemográfico.* Son las características sociales y demográficos de un individuo, tales como la edad, procedencia, grado de instrucción, talla, estado civil y ocupación.

*Factores de riesgo de antecedentes ginecoobstétricas.* Son las características relacionado a los antecedentes ginecoobstetricos de un individuo.

*Factores de riesgo de hábitos nocivos y alimenticios.* Son aquellas conductas de hábitos tóxicos, alimenticios o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves.

*Factores de riesgo de complicaciones medico ginecoobstétricos.* “Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general, se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan Sobre la fisiología materna” (Hijona, 2009).

*Factor de estrés percibido.* Proceso mental en el que se hace referencia a la impresión que subyace de un sentimiento de tensión del estado emocional que afecta el nivel de bienestar de la persona (Taylor, 2007).

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **Descripción del lugar de ejecución**

El presente estudio se realizará en un Hospital Militar, el cual se encuentra ubicado en la Av. Pershing s/n Distrito de Jesús María, provincia de Lima y Departamento de Lima. El Hospital es una institución de Nivel III brinda servicios en consultorios externos de lunes a sábado en los turnos de mañana y tarde, emergencia y hospitalización atienden las 24 horas del día y los 365 días del año. Los servicios de hospitalización son: Medicina interna (6 áreas de hospitalización), cirugía (3 áreas de hospitalización), oncología, pediatría, neonatología, centro obstétrico, gastroenterología, neurología, neurocirugía, cirugía plástica, coronarias, uci, unidad renal, medicina física y rehabilitación, traumatología (3 áreas de hospitalización), neumología, salud mental y ginecoobstetricia que está ubicado en el 2do. Piso pabellón A (A23) consta de 15 cuartos de hospitalización y son individuales; se atienden a mujeres militares y familiares de oficiales, suboficiales y tropa.

#### **Población y muestra**

La población estará conformada 250 gestantes hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia de un Hospital Militar Central, Lima, del periodo de agosto del 2017 a agosto del 2018.

La muestra estará conformada por 60 gestantes que presentan aborto espontaneo durante el periodo agosto 2017 a agosto 2018. La selección de la muestra se realizará mediante



el muestreo no probabilístico de tipo intencional, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia por expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de menos de 22 semanas de gestación con un peso de 500 gramos
- Pacientes que sus edades oscilan entre los 20 -49 años
- Pacientes que presenten aborto espontaneo
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado

### **Exclusión**

- Pacientes que presenten gestación molar
- Pacientes que presenten gestación ectópica
- Pacientes que presenten solo amenaza de aborto
- Pacientes que presenten aborto inducido
- Pacientes que no completen la encuesta

### **Tipo y diseño de la investigación**

El trabajo de investigación será de enfoque cuantitativo porque se usará la estadística, de diseño no experimental puesto que no se manipulará las variables de estudio, de corte transversal porque se recolectará los datos en un determinado momento y de tipo descriptivo porque se buscará especificar las características o propiedades de las variables de estudio (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

**Identificación de variables**

Factores de riesgo sociodemográfico

Factores de riesgo de antecedentes ginecoobstétricas

Factores de riesgo de hábitos nocivos y alimenticios

Factores de riesgo de complicaciones medico ginecoobstétricos.

Factor de estrés percibido

**Operacionalización de variable**

Factores de riesgo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala
Factores sociodemográficos	Son las características sociales y demográficas de un individuo, tales como la edad, procedencia, grado de instrucción, talla, estado civil y ocupación.	Es la respuesta de las pacientes sobre los factores sociodemográficos que afectan a las gestantes.	Edad Procedencia Grado de instrucción Estado civil Ocupación	20 -29 y 30-49 Costa, sierra y selva Analfabeta, primaria, secundaria y Superior Soltera, Casada, Viuda y Conviviente Ama de casa, trabajadora dependiente o independiente
Factores de antecedentes ginecoobstetricos	Son las características relacionadas a los antecedentes ginecoobstetricos de un individuo.	Es la respuesta de las pacientes sobre los antecedentes ginecoobstetricos que afectan a la gestante.	Gestas y Número de abortos previos	0, 1,2,3,4,y,5 Aborto, legrado, cesárea, parto prematuro, embarazo ectópico, Conización, Miomectomía y ninguna

Factores de hábitos nocivos, y alimenticios	<p><b>Hábitos nocivos</b></p> <p>Una sustancia toxica es cualquier producto que pueda causarle daño a una persona mucho más a una mujer embarazada; estas sustancias aumentan el riesgo de aborto y malformaciones fetales (Hurtado 2010).</p> <p><b>Hábitos Alimenticios</b></p> <p>Son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.</p>	Es la respuesta de las pacientes sobre los factores de hábitos nocivos y alimenticios que afectan a la gestante	<p>Consumo habitual de cafeína</p> <p>Consumo de bebidas con alcohol dentro de la gestación.</p> <p>Consumo habitual de tabaco.</p> <p>Estado nutricional según OMS</p> <p>Uso de suplementos nutricionales durante el embarazo.</p>	<p>No consume, &lt; 150 mg/día, &gt;o = 150 mg/día</p> <p>0, 1 o más vasos al día</p> <p>Si o no</p> <p>Delgadez, Normal, Sobrepeso u Obesa</p> <p>Ninguno, Calcio, Ácido fólico, Multivitamínicos, Sulfato ferroso u otros.</p>
---	---	---	--	--

Factores de complicaciones medico ginecoobstétricos	Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan Sobre la fisiología materna. Así pues ante un inadecuado control estas enfermedades podrían condicionar abortos de repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones (Hijona, 2009).	Es la respuesta de las pacientes sobre los factores de complicaciones medico ginecoobstétricos que afectan a la gestante que afectan a la gestante	Patología materna Gineco obstétrica concomitante  Complicación médica y/o patología materna. Aborto espontaneo Edad gestacional	Amenaza de aborto, Patología ovárica, Patología uterina Flujo vaginal, Fiebre o Ninguna  Infecciones urinarias, diabetes mellitus, Patología tiroidea e hipertensión Si o no Menor o igual a 12 ss. o Mayor de 12 ss.
Factor de estrés percibido	Proceso mental en el que se hace referencia a la impresión que subyace de un sentimiento de tensión del estado emocional que	Es la percepción del paciente sobre el sentimiento de tensión física o emocional, que le	Expresión de estrés (4, 5, 6, 7, 9,y 10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muy a menudo (4)</li> <li>- A menudo (3)</li> <li>- De vez en cuando (2)</li> <li>- Casi nunca (1)</li> </ul>

	afecta el nivel de bienestar de la persona (Taylor, 2007).	<p>hace sentir frustrado furioso o nervioso.</p> <p>Los rangos globales de la percepción se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto (30-40)</li> <li>- Regular (11-29)</li> <li>- Bajo (0 - 10 )</li> </ul>	Control del estrés (1, 2, 3, y 8.)	- Nunca (0)
--	--	--	---------------------------------------	-------------

## **Técnica e instrumento de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos será la encuesta y el instrumento el cuestionario sobre los factores de riesgo y la escala de estrés percibido.

La estructura del cuestionario consta de una presentación, instrucciones, y 04 variables. Los datos están organizados en 04 secciones: en la primera sección se consideran 04 ítems sobre las variables de la características sociodemográfica; según preguntas para marcar, la segunda sección consta de 03 ítems según preguntas para marcar relacionados con las variables de los antecedentes ginecoobstetricos, la tercera sección consta de 05 ítems relacionados con las variables de los hábitos nocivos según preguntas para marcar, y la cuarta sección consta de 06 ítems relacionados con las variables de complicaciones médico-ginecoobstétricas durante el embarazo o patologías concomitantes según preguntas para marcar, los cuales se valoran de acuerdo con la siguiente respuesta,

Se empleó la versión en castellano de la Estrés Percibido (EEP-10) para medir el factor de estrés en las pacientes. Esta escala mide la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. La escala incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes. Los incisos se entienden con facilidad. La escala brinda cinco opciones de respuesta: 'nunca', 'casi nunca', 'de vez en cuando', 'muchas veces' y 'siempre', que se clasifican de cero a cuatro. No obstante, los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma reversa o invertida. La EEP-10 se limita a los incisos 2, 4, 5 y 10. A mayor puntuación, mayor estrés percibido.

A continuación, los rangos globales del instrumento del Estrés Percibido:

0 - 17 puntos = sin estrés

18 - 25 puntos= estrés bajo

26 - 33 puntos = estrés medio

Más de 33 puntos = estrés alto

La validez de contenido de la EEP-10 se realizó tomando en cuenta a 7 profesionales del área de la salud (Tres especialistas del área de enfermería en ginecoobstetricia, tres psicólogos y una magister). Para analizar la validez de contenido se usó la prueba estadística V de Aiken, obteniéndose un valor igual a 1. Este resultado refiere que el instrumento posee una adecuada validez de contenido. Por otro lado, para determinar la confiabilidad del instrumento de la EEP-10 se tomó una muestra piloto de 20 gestantes con características similares a la población de estudio, previo consentimiento informado. Para el análisis de la confiabilidad se utilizó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.892. Este resultado evidencia que el instrumento es confiable (Apéndice B).

### **Proceso y recolección de datos**

Se solicitará el permiso mediante una carta dirigida al Director del Hospital Militar Central adjuntando un resumen del proyecto para lograr la aprobación del mismo. De igual manera, se coordinará con el Jefe del servicio y se realizará la explicación pertinente donde se aplicará el instrumento. Se reiterará que los datos consignados serán de uso exclusivo para la investigación, asegurando en todo momento la discreción y el anonimato, respetando los principios éticos de autonomía y beneficencia. Por ser un estudio de casos y controles no entraña riesgo para los participantes.



El día de la aplicación del instrumento, se realizará una orientación inicial, explicando los objetivos del estudio y se aclarará cualquier duda que pudiera surgir.

### **Procesamiento y análisis de datos**

Terminada la recolección de datos se procederá al ingreso de los datos en el Software SPSS, versión 23. Luego, se realizará la depuración de los datos; es decir, el control de calidad que tendrá como criterio de eliminación a los casos que presenten más del 10% de los ítems perdidos.

La presentación de resultados descriptivos se realizará utilizando tablas de frecuencia y porcentaje.

### **Consideraciones éticas**

El estudio contará con la autorización del comité de investigación y ética del hospital Militar Central y de la universidad Peruana Unión. Por ser un estudio descriptivo en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de las gestantes, teniendo en cuenta el consentimiento informado.

Los principios éticos que se garantizaron en este estudio Serán:

No maleficencia. No se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los participantes en este estudio.

Justicia. La muestra se seleccionará sin ningún tipo de discriminación, con igual consideración y respeto.

Beneficencia. Se aplicará, cuando las investigadoras pongan en relevancia la necesidad de conocimiento en los sujetos de investigación.

Autonomía. En el estudio, solo se incluirán a quienes acepten voluntariamente participar y se respetará la decisión de querer permanecer dentro del mismo.

Principio de confidencialidad. El proyecto reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. Este principio reconoce que las personas tienen derecho de mantener confidencialidad sobre cualquier información concerniente a su nivel de conocimientos.

## Capítulo IV

### Administración del proyecto de investigación

#### Cronograma

A continuación, se presenta la siguiente tabla el cronograma de las actividades realizadas para la elaboración de la presente investigación.

Actividad	2017															
	Julio				Agosto				Septiembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del proyecto a la Escuela de Posgrado de Ciencias de la Salud				X												
Gestión de autorización ante los administradores del Hospital					X											
Identificación de las pacientes						X										
Aplicación del cuestionario										X	X	X				
Tabulación de datos													X			
Análisis e interpretación de resultados														X	X	
Presentación de informe Final																X

## Presupuesto

A continuación, se describen los gastos de la presente investigación.

Detalle	Unidad de Medida	Costo Unitario	Cantidad	Costo
<i>Recursos Humanos</i>				
Asesor lingüista	Asesor	300.00	1	300.00
Asesor estadístico	Asesor	300.00	1	300.00
Asistentes	Asistentes	100.00	4	400.00
<i>Equipos</i>				
Alquiler de laptop	Laptop	300.00	1	300.00
<i>Infraestructura</i>				
Alquiler de un aula (salón)	Local	200.00	1	200.00
<i>Materiales</i>				
Fotocopias / Impresiones	Copia	0.10	500	50.00
Anillado		10.00	1	10.00
Lapiceros	Unidad	1.00	30	30.00
Papel	Millar	30.00	1	30.00
Plumones	Unidad	5.00	5	25.00
CD	Unidad	2.00	6	12.00
<i>Viáticos y movilidad local</i>				
Pasajes	Unidad	7.00	10	70.00
Total				1727.00

### Referencias bibliográficas

- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. (AEPCC, 2016). *Conización cervical* Recuperado de [http://www.aepcc.org/wpcontent/uploads/2015/07/Conizacion\\_cervical](http://www.aepcc.org/wpcontent/uploads/2015/07/Conizacion_cervical).
- Avendaño, L. H., Aljama, P., Arias, M., Díaz, J. E. y Lamas, S. (2009). *Nefrología Clínica*. México, DF: Editorial Médica Panamericana
- Botella, J. y Clavero, A. (2003). *Tratado de ginecología y Patología Obstétrica* (12 ed.). La Habana, Cuba: Edición Revolucionaria.
- Cabello, Y. (2017). *Nuestro estilo de vida afecta de forma negativa sobre la fertilidad*. Recuperado de <https://www.sabervivir.es/salud-al-dia/noticias-de-salud>.
- Campo, A., Bustos, G. y Romero, A. (2009). Consistencia interna y bidimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112147007.pdf>
- Cnattingius, S., Signorello, L. B., Annerén, G., Clausson, B., Ekblom, A., Ljunger, E., Blot, W. J., McLaughlin, J. K., Petersson, G., Rane, A. y Granath, F. (2000). Caffeine intake and

the risk of first-trimester spontaneous abortion. *The new England journal of medicine*, (343), 1839-1845. doi: 10.1056 / NEJM200012213432503

Cortez, C. (2014). *Manual CTO de Medicina y Cirugía Ginecología y obstetricia* (8va ed.)  
Barcelona, España: Editorial CTO.

Cunningham F., Leveno K., Bloom, S. Hauth, J., Rouse, D. y Spong, C. (2009). *Williams Obstetrics* (23 ed.). New York, EE. UU.: McGraw-Hill Education.

Daniel, D. (2016). *Aborto espontaneo, aborto por estrés*. Recuperado de  
<http://abortoespontaneo.org/estres/>

Di Cintio, E., Parazzini, F., Chatenoud, L., Surace, M., Benzi, G. y Anconato, G. (2001).  
*Factors And Risk Of Spontaneous Abortion*. Recuperado de  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11267735>

Díaz, C. (2010). Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en  
trabajadoras embarazadas. *Departamento de Investigación e Información (INSHT)*.  
Recuperado de  
[http://www.istas.ccoo.es/descargas/Sintesis\\_evidencia\\_trab\\_embarazadas.pdf](http://www.istas.ccoo.es/descargas/Sintesis_evidencia_trab_embarazadas.pdf).

Donnez, J. y Jadoul, P. (2002). What Are The Implications Of Myomas On Fertility?, *Hum Reprod*, 17(6), 1424–30. Recuperado de  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120295/>

Dulay, A. (2017). *Aborto espontaneo*. Recuperado de <http://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>

Ernst, M., Moolchan, T. y Robinson, M. L. (2001). Behavioral and Neural Consequences Of Prenatal Exposure To Nicotine. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 40(6), 630-41. doi: 10.1097 / 00004583-200106000-00007

Escribano, G., Rovira, J., Garcia, T., Ratia, E., Mateu, J. C. y Bresco, P. (2014). Uso de misoprostol en el tratamiento de abortos diferidos del primer trimestre. *Revista española de obstetricia y ginecología*, 57(6), 243-246. Recuperado de <http://www.elsevier.es>,

Fesina, R., Schuwarcz, R., y Duverges, C. (2016). *Obstetricia* (7° ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial el Ateneo.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 1999). *Aborto*. Recuperado de [http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044\\_2015\\_07\\_14\\_complicaciones\\_aborto.pdf](http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044_2015_07_14_complicaciones_aborto.pdf)

Gallagher, G. (2013). *Anuncian descubrimiento crucial para entender el aborto natural (BBC Mundo)*. Recuperado de <http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/09/130912>

GPC. (2013). *Aborto espontaneo*. Recuperado de <http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>

Hijona, J. (2009). *Factores Asociados al aborto espontáneo* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperado de <http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>

Home Enfermedades. (HE, 2003). El estrés físico o emocional favorece los abortos espontáneos *Cuídate Plus* (24 de junio de 2003). Recuperado de

<http://www.cuidateplus.com/enfermedades/2003/06/24/estres-fisico-o-emocional-favorece-abortos-espontaneos-4130.html>.

Huillca, S. (2012). *Sustancias tóxicas en el embarazo*. Recuperado de

<https://es.slideshare.net/creandomistextos/sustacias-toxicas-en-el-embarazo>

Hurtado, K. (2010). *Sustancias tóxicas y malformaciones fetales en madres gestantes* (Trabajo de investigación). Recuperado de <http://goo.gl/8L6CKv>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INEC, 2014). *Las escalofriantes cifras del aborto en el Ecuador me convirtieron en pro choice*. Recuperado de

<http://gkillcity.com/articulos/la-vida-los-otros/las-escalofriantes-cifras-del-aborto-ecuador-me-convirtieron-pro-choice>.

Instituto Nacional Materno Perinatal. (INMP, 2010). *Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en obstetricia y Perinatología, Perú*. Recuperado de

<https://es.scribd.com/doc/109613802/Inmp-Guias-Atencion-Clinica-y-Procedimeintos-Obstetricia-y-Perinatologia-2010>.

Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP, 2014). *Guía de Práctica Clínica y de*

*Procedimientos en obstetricia y Perinatología, Perú*. Recuperado de

<https://es.scribd.com/doc/109613802/Inmp-Guias-Atencion-Clinica-y-Procedimeintos-Obstetricia-y-Perinatologia-2010>.(ratificado por el MINSA)

Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP, 2016). *Boletín estadístico, 2015-2016*.

Recuperado de <https://www.inmp.gop.pe/institución/boletines-estadisticos1422371837>



- Ishikawa, S. y Raine, A. (noviembre de 2009). *Complicaciones Obstétricas y Agresión. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com>.
- Larsen, K., Nielsen, N., Gronbak, M., Andersen, P., Oslen, J., y Andersen, A. (2008). Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death. *Obstetric Gynecology*, 111(3), 602–609. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181661431
- Laurente, L. (2016). Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el hospital de baja complejidad vitarte de enero a diciembre de 2015 (Tesis de licenciatura). Universidad Ricardo Palma, Lima. Recuperado de [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/884/1/Laurente%20Huaman%20Lilian%20Nathaly\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/884/1/Laurente%20Huaman%20Lilian%20Nathaly_2017.pdf)
- López, M. (2007). *Sustancias tóxicas y malformaciones fetales en madres gestantes* (Trabajo de investigación). Recuperado de <http://goo.gl/8L6CKv>
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. y Watson, L. (2009). *Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register*. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/0642/7a1031e9c9c066f9aa116abda3cbc843a516.pdf>
- Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S. y Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage-results from a UK-population-based case-control study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(2), 170-86. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01195.x

Manual de Ética Médica. (25 de julio de 2017). *Interrupción voluntaria del embarazo*.

Recuperado de <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009>.

Mascaro, P. (2013). *Unos 4500 abortos espontáneos se registran cada año en la ex*

*Maternidad de Lima*. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia>.

Menéndez, J. (2003). El manejo del aborto espontáneo y sus complicaciones. *Gaceta Médica*

*de México*, 139(1), 47-53. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031h.pdf>

Metwally, M., Saravelos, S., Ledger, W. y Chiu, T. (2009). Body mass index and risk of

miscarriage in women with recurrent miscarriage. *Fertility and sterility*. doi:

10.1016/j.fertnstert.2009.03.021

Ministerio de Sanidad y Consumo de España (MSCE, 2006). *Guía para la Prevención de*

*defectos congénitos*. Recuperado de

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf>

MINSAL. (2014). *¿Cuántos abortos se realizan realmente en Chile?* Recuperado de

<http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/107066/cuantos-abortos-se-realizan-realmente-en-chile>

MINSAL. (2013). *Prevalencias del aborto*. Recuperado de

[http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE\\_2013\\_21%2011\\_final.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf)

f

Moretti, M. E., Bar-OZ. B., Fried, S. y Koren, G. (2005). Maternal Hyperthermia and the risk for neural birth defects: systematic Review and meta-analysis. *Epidemiology*, 16(2), 216-19. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15703536>

Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*. Recuperado de [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_de\\_aborto\\_espontaneo.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf)

Neus, F. (2011). *Problemas de la fecundación in vitro*. Recuperado de <https://www.reproduccionasistida.org/problemas-de-la-fecundacion-in-vitro/>

Noller, K. (2007). *Conizacion quirúrgica*. Recuperado de <https://www.clinicadam.com/salud/5/003910.html>

OMS. (2013). *Tratamiento del aborto sin riesgos*. Recuperado por [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)

OMS. (2015). *Aborto*. Recuperado de [https://prezi.com/nntivtylm\\_qy/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-define-al-aborto/](https://prezi.com/nntivtylm_qy/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-define-al-aborto/)

OMS. (2017). *Factores de Riesgo*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/pdf](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/pdf)

Pérez, J. (2017). *Medicina Integral, Tabaco alcohol y embarazo en atención primaria*. España: Elsevier. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tabaco-alcohol-embarazo-atencion-primaria10022163>

- PROSEGO. (2010). *Aborto espontaneo*. Recuperado de [http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2010/04/Abortoespontaneo-1 trimestre.pdf](http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2010/04/Abortoespontaneo-1%20trimestre.pdf)
- Quispe, Z. (2008). *El Aborto* (Trabajo de investigación). Recuperado de <http://goo.gl/eDkb2K>
- Ramos, C. (2016). *Prevalencia de muertes intrauterinas en el primer trimestre de embarazo en pacientes ingresadas en el área materno infantil del hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de octubre 2015 a marzo del 2016* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.01193.x/ful>
- Rodrigo, A. (2016). *Reproducción Asistida*. Recuperado de <https://www.reproduccionasistida.org/aborto-espontaneo/>
- Rodríguez, I. (2012). *Obesidad doble riesgo de sufrir un aborto*. Recuperado de <http://www.ellahoy.es/dietas/articulo/obesidad-doble-riesgo-de-sufrir-un-aborto/50853/>
- Rodríguez, A. Y., Ruiz, D. C. y Soplín, R. P. (2014). *Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud 1-2 Masusa Punchana, 2014* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana de Iquitos. Perú. Recuperado de <http://docplayer.es/12549383-Tesis-factores-de-riesgo-y-nivel-de-conocimiento-sobre-embarazo-en-adolescentes-gestantes-puesto-de-salud-i-2-masusa-punchana-2014.html>
- Rumbold, A., Middleton, P. y Crowther, C. (2011). Suplementos vitamínicos para la prevención del aborto espontáneo. *Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD004073.pub3

- Salazar, L. (2017). Hospital Unanue registró 596 abortos en el 2016. *La Republica* (11 de junio de 2017). Recuperado de <http://larepublica.pe/impres/sociedad/841743-hospital-unanue-registro-596-abortos-en-el-2016>
- Salceda, D. (2017). Consecuencias de una cesárea. *Revista de salud y bienestar*. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/consecuencias-de-una-cesarea>.
- Salles, P. (2011). *Maternidad Tardía un fenómeno cada vez más frecuente*. Recuperado de <https://www.guioteca.com/psicologia-y-tendencias/maternidad-tardia-un-fenomeno-cada-vez-mas-frecuente/>
- Sánchez, J. (2013). *Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia del hospital Gustavo Lanatta Luján, huacho* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú.
- Santos, C. (2007). *El aborto* (Trabajo de investigación). Recuperado de <http://goo.gl/YoSxJ>
- SEGO. (2010). *Aborto Espontaneo: protocolos asistenciales en obstetricia*. Recuperado de [www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdfS030450131000](http://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdfS030450131000)
- SEGO. (2013). *Fundamentos de obstetricia*. Recuperado de <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>
- Sociedad Peruana de Obstetricia (SPO, 2012). *Simposio Infertilidad*. Recuperado de <http://www.spo.pe/simposioi-nfertilidad>

- Távora, L. (2002). El aborto como problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 47(4), 250-254. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol\\_47N4/pdf/A07V47N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_47N4/pdf/A07V47N4.pdf)
- Temple, R., Aldridge, V., Greenwood, R., Heyburn, P., Sampon, M. y Stanley, K. (2002). *Asociación entre el resultado del embarazo y el control glucémico en el embarazo temprano en la diabetes tipo 1 (Estudio poblacional)*. doi: 10.1136/bmj.325.7375.1275
- Teorías de enfermería. (2012). Recuperado de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/wiedenbach-ernestine.html>
- Valencia, F. (2012). *Los miomas uterinos pueden causar abortos en el primer trimestre de gestación*. Recuperado de <http://peru.com/2012/08/07/mujeres/cuidado-y-salud/cuan-graves-pueden-miomas-uterinos-noticia-79515>
- Verdú, L. y Santamaría, R. (2003). *Tratado de Obstetricia Ginecológica y Medicina de la Reproducción* (1ra ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana
- Veyra, B. (2013). *Teorías de enfermería*. Recuperado de <https://slideshare.net/reynerrobat>
- Walker, C. y Stewart, E. (2005). Uterine fibroids: The elephant in the room. *Science* 308 (5728), 1589-1591. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/7795707\\_Uterine\\_Fibroids\\_The\\_Elephant\\_in\\_the\\_Room](https://www.researchgate.net/publication/7795707_Uterine_Fibroids_The_Elephant_in_the_Room)
- WHO. (1998). *Safe Vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63838/1/WHO\\_NUT\\_98.4\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63838/1/WHO_NUT_98.4_eng.pdf)

Zuaznabar, J. (2012). *Estudio comparativo de embarazos en edades extremas de la vida en el municipio de Colon* (Trabajo de investigación). Recuperado de <http://goo.gl/n6p8sx>

## **Apéndice**



**Apéndice A: Instrumento.****ENCUESTA SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO**

**Instrucciones:** marque con un aspa (X) o complete los espacios en blanco.

**I. Factores de riesgo del aborto espontaneo****1.1 Factores socio demográficas**

- a. Edad.....
- b. Estado civil: Soltera ( ) conviviente ( ) Casada ( ) Viuda ( )  
Divorciada ( )
- c. Grado de instrucción: Analfabeta ( ) primaria ( ) secundaria  
( ) superior ( )
- d. Ocupación: Ama de casa ( ) comerciante ( ) otro ( ).....
- e. Procedencia:.....

**1.2 Factores de antecedentes ginecoobstétricos**

- a. No, de abortos.....
- b. No, de legrados.....
- c. No, de cesárea.....
- d. No, de embarazo.....
- e. No, de embarazo ectópico.....
- f. Otros (especificar).....

**1.3 Hábitos nocivos y alimentarios**

- a. Consumió café durante el embarazo ( )
- b. Consumió licor durante el embarazo ( )
- c. Consumió tabaco durante el embarazo ( )

d. Uso de suplementos nutricionales ( )

e. IMC

#### **1.4 Complicaciones médico-ginecoobstétricas**

##### **Durante el embarazo sufrió de estas enfermedades**

a. Infecciones urinarias ( )

b. Aborto espontáneo ( )

c. Diabetes mellitus ( )

d. Tiroides ( )

e. Hipertermia( )

f. Flujo vaginal ( )

g. ( ) Otros. Especificar.....

## **II. Escala de estrés percibido (EPP-10).**

### **Respuestas:**

Nunca=0

Casi nunca =1

De vez en cuando = 2

A menudo = 3

Muy a menudo = 4

Ítems	0	1	2	3	4
1. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia ha estado afectada por algo que Le ha ocurrido?”					
2. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas de su vida? ”					
3. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia se ha sentido nerviosa o estresada?”					
4. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia ha estado segura de su capacidad para manejar sus problemas personales? ”					
5. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? ”					
6. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar las cosas que tenía que hacer? ”					
7. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia ha podido controlar sus dificultades?”					
8. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control? ”					

9. “Desde el inicio de su embarazo, ¿con que frecuencia ha podido la forma de pasar el tiempo? ”					
10. “Desde el inicio de su embarazo,¿ con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? ”					

**Apéndice B: Validez del instrumento**

Tabla 1

*Análisis de validez de contenido de la Escala de estrés percibido*

Items	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Total	V de Aiken
1	1	1	1	1	1	5	1.00
2	1	1	1	1	1	5	1.00
3	1	1	1	1	1	5	1.00
4	1	1	1	1	1	5	1.00
5	1	1	1	1	1	5	1.00

**Apéndice C: Confiabilidad del instrumento**

Tabla 2

*Análisis de la confiabilidad de la Escala de estrés percibido*

Variable	Alfa de Cronbach	Ítems
Estrés (General)	,715	20
Expresión de estrés	,710	6
Control de estrés	,687	4

## Apéndice D: Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada paciente:

En los últimos años la tasa de abortos espontáneos en nuestra comunidad se ha venido incrementando progresivamente. Por este motivo se ha planteado la necesidad de realizar un análisis de la población de embarazadas atendidas en el de la provincia, con el fin de tratar de determinar si existen ciertas características que pudieran justificar esta tendencia.

El estudio para el cual solicitamos su participación ha sido autorizado por el Comité del Hospital, y consiste en la evaluación de diversas variables asociadas a la presentación de aborto. Estos parámetros son determinados a través del llenado de un cuestionario por parte de uno de los investigadores, quien le realizará diversas preguntas relacionadas con su historia médica, embarazo y hábitos. Todos estos elementos permitirán revisar ciertos aspectos en posible relación con el pronóstico de su embarazo, según sea el caso.

Su participación es completamente voluntaria y en ningún caso sus datos personales serán revelados, siendo garantizada la confidencialidad de los mismos, según lo establece la Ley. Si Ud. no desea participar no existirá constancia de tal circunstancia en ningún documento del hospital ni tampoco se modificará la actitud médica a seguir en su caso, siendo su participación sustituida por la de otra paciente. No obstante, si decidiera colaborar le solicitamos que responda a las cuestiones planteadas con la mayor sinceridad posible y que declare su identidad, con el fin de que los investigadores puedan revisar ciertos elementos de su historia clínica que pudieran tener interés no sólo para la investigación sino para su propia salud y el futuro de su actual o próximos embarazos.

Si después de leer esta nota tuviera alguna duda, consulte a la persona que se la proporcionó. Agradecemos muy sinceramente su colaboración.

Mediante la firma del presente consentimiento, la paciente manifiesta:

1. He leído la hoja de información que se me ha entregado.
2. He podido hacer cuantas preguntas he creído convenientes sobre el estudio, recibiendo suficiente información del mismo.

Por todo lo cual, voluntaria y libremente doy mi conformidad para participar en el estudio propuesto, en Lima, a..... de.....de.....

Firma de la paciente

**Apéndice E: Juicio de expertos****INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como **OBJETIVO** medir el Estrés percibido en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Militar Central de Lima Metropolitana.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 1

Fecha actual: 19/7/2017

Nombres y Apellidos de Juez: Jessela Paredo A. de Betancourt

Institución donde labora: Universidad Peruana Unión

Años de experiencia profesional o científica: 35 años

  
Firma y Sello



**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI  NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI  NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI  NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI  NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

Fecha:

19/7/2017

Valido por:

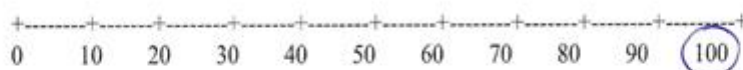
Gonzela Paredes (Firma y sello)



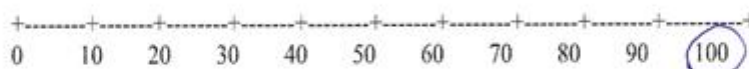
### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**INSTRUCCIONES:** Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

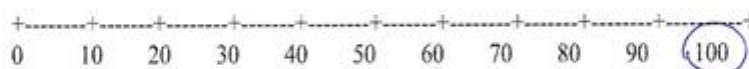
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



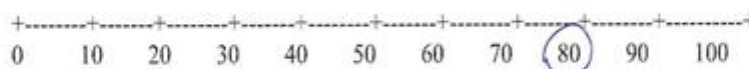
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



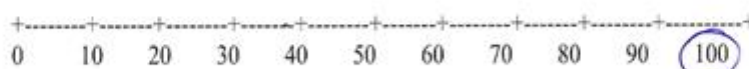
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---



---

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como **OBJETIVO** medir el Estrés percibido en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Militar Central de Lima Metropolitana.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 3

Fecha actual: 18 Julio 2017

Nombres y Apellidos de Juez: Aide Elena Soriano Gallardo

Institución donde labora: Ginecoobstetricia

Años de experiencia profesional o científica: 33 años

Aide Soriano Gallardo  
Firma y Sello  
REGISTRADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONES DE LA MUJER  
LIC. ENFERMERIA  
N°: 00000000  
ESPECIALIDAD SALUD DE LA MUJER  
REG. - RPP

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

Fecha: 18 Julio 2017

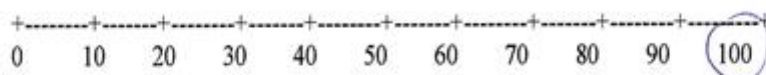
Valido por: Aida Arango G. (Firma y sello)

Aida Arango Galloso  
LIC. ENFERMERIA C.E.P 13329  
NA: 804896700  
ESPECIALIDAD SALUD DE LA MUJER  
REG. 5921

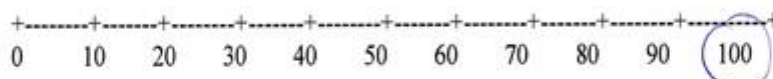
### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**INSTRUCCIONES:** Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

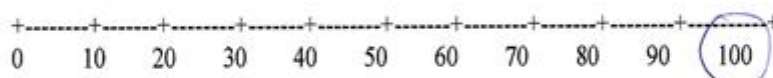
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



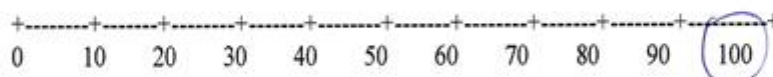
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



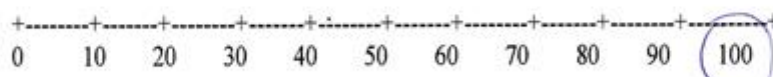
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---



---

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como **OBJETIVO** medir el Estrés percibido en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Militar Central de Lima Metropolitana.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 4

Fecha actual: 19/7/17

Nombres y Apellidos de Juez: María Trinidad Torres

Institución donde labora: Hospital Militar Central

Años de experiencia profesional o científica: 29 años

  
PSICOLOGA  
CPE 720

Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI  NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ( ) NO ( )

Observaciones: *7 y 10 son similares*.....

Sugerencias: *eliminar*.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI  NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI  NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

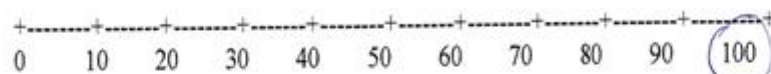
Fecha: 19/7/17  
Valido por: [Firma] (Firma y sello)

PSICÓLOGA CLINICA  
C.A. 802037400  
CPP 7238 - RNE 058

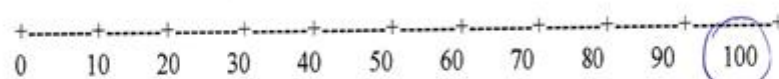
## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**INSTRUCCIONES:** Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

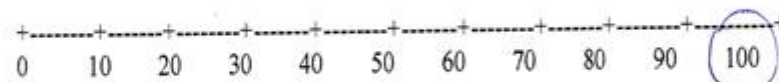
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



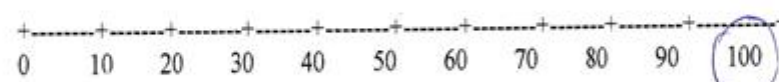
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



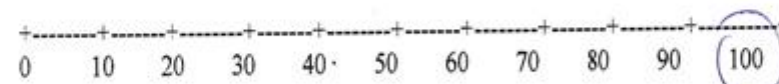
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---



---



**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como **OBJETIVO** medir el Estrés percibido en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Militar Central de Lima Metropolitana.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

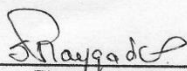
Juez N°: 2

Fecha actual: 18 Julio 2017

Nombres y Apellidos de Juez: Raygada Vegas Silvana Milagros

Institución donde labora: Hospital Militar Central

Años de experiencia profesional o científica: 25 años

  
Firma y Sello

Silvana M. Raygada Vegas  
Lic. Enfermería  
Esp. Materno Infantil  
CEP 22221 N° Esp 2126

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

Fecha: 18 Julio 2017

Valido por: Silvana M. Paygada (Firma y sello)

Silvana M. Paygada Vegas  
Lic. Enfermería  
Esp. Materno Infantil  
CEP 22221 N° Esp 2125

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**INSTRUCCIONES:** Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---



---

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como **OBJETIVO** medir el Estrés percibido en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital militar central de Lima Metropolitana.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 05

Fecha actual: 10/07/17

Nombres y Apellidos de Juez: CARMEN ROSA JORDAN BELTRAN

Institución donde labora: Hospital General Santa Rosa

Años de experiencia profesional o científica: 34

HOSPITAL SAN...  
DEPARTAMENTO DE PS...  
PS. CARMEN ROSA JORDAN BELTRAN  
C.Ps.P. N° 0566

Firma y Sello

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (x) NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

2) A su parecer, ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (x) NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (x)

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (x)

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (x) NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (x) NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

Fecha: 10/07/17

Valido por: \_\_\_\_\_ (Firma y sello)

HOSPITAL S. IN.  
DEPARTAMENTO DE P.S.  
Ps. CARMEN ROSA JORDAN BELTRAN  
C.P.S.P. N° 0566

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**INSTRUCCIONES:** Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---



---



---