

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas
en el Hospital Regional de Tumbes, 2024.**

Tesis

Para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia

Autor:

Br. Cedillo Sarango, Pedro Armando

Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas
en el Hospital Regional de Tumbes, 2024**

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dr. Luis Fernando, Fernández Neira (presidente)

Dr. César William, Luciano Salazar (secretario)

Dr. Paul, Vilchez Castro (Vocal)

Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas
en el Hospital Regional de Tumbes, 2024**

**Los suscritos declaran que el informe de tesis es original en
forma y estilo:**

Br. Cedillo Sarango, Pedro Armando

(Autor):

Dr. Vilchez Castro, Paul

(Asesor):

Tumbes, 2025



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo N° 155-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tumbes – Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 10 días del mes setiembre del dos mil veinticinco, siendo las 15 horas con 15 minutos, en la modalidad presencial: en el pabellón de Obstetricia se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado RESOLUCIÓN DECANAL N° 0557– 2023/ UNTUMBES – FCS Dr. Luis Fernando Fernandez Neira (presidente) Dr. Cesar William Luciano Salazar (secretario), Dr. Paul Vilchez Castro (Vocal). Reconociendo en la misma resolución, al Dr. Paul Vilchez Castro como (asesor), se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada "Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024, para optar el Título Profesional de Obstetricia, presentada por el bachiller :

Bach. CEDILLO SARANGO PEDRO ARMANDO

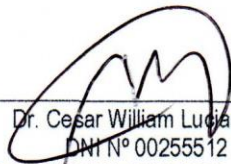
Concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte del sustentante y después de la deliberación, el jurado según el artículo N° 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara al Bach. **CEDILLO SARANGO PEDRO ARMANDO APROBADO** con calificativo **BUENO**.

En consecuencia, queda **APTO** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, de conformidad con lo estipulado en la ley universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las 15 Horas 45 minutos del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, en forma presencial, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 11 de setiembre del 2025.


Dra. Luis Fernando Fernandez Neira
DNI N° 00225842
ORCID N° 0000-0002-1972-4290
(Presidente)


Dr. Cesar William Luciano Salazar
DNI N° 00255512
ORCID N° 0000-0002-1329-4605
(secretario)


Dr. Paul Vilchez Castro
DNI N° 00252184
ORCID N° 0000-0002-1435-5836
(Asesor – Vocal)

cc.
Jurado (03)
Asesor
Interesado
Archivo (Decanato)
MPMO/Decano

PEDRO ARMANDO CEDILLO SARANGO

INFORME DE TESIS FINAL Pedro Armando Cedillo Sarango_ RV,MDF 03.09.2025 (1)

 TESIS

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:491385784

Fecha de entrega

3 sept 2025, 21:28 GMT-5

Fecha de descarga

3 sept 2025, 21:36 GMT-5

Nombre del archivo

INFORME DE TESIS FINAL Pedro Armando Cedillo Sarango_ RV,MDF 03.09.2025 (1).docx

Tamaño del archivo

536.2 KB

57 páginas

11.987 palabras

69.401 caracteres



Dr. Paul Vilchez Castro
DNI N° 00252184
ORCID N° 0000-0002-1435-5836
(Asesor)




9% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

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

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



Dr. Paul Vilchez Castro
DNI N° 00252184
ORCID N° 0000-0002-1435-5836
(Asesor)

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	5%
2	Internet	hdl.handle.net	<1%
3	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
4	Internet	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
5	Trabajos del estudiante	Universidad Cesar Vallejo on 2023-12-17	<1%
6	Internet	www.dspace.uce.edu.ec	<1%
7	Internet	apirepositorio.unh.edu.pe	<1%
8	Internet	jeopardylabs.com	<1%
9	Trabajos del estudiante	Universidad Nacional de Tumbes on 2023-08-25	<1%
10	Trabajos del estudiante	uncedu on 2025-08-08	<1%
11	Trabajos del estudiante	unjbg on 2025-03-11	<1%

Dr. Paul Vilchez Castro
 DNI N° 00252184
 ORCID N° 0000-0002-1435-5836
 (Asesor)

12	Trabajos del estudiante	Universidad Católica de Santa María on 2025-06-09	<1%
13	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
14	Trabajos del estudiante	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2022-07-04	<1%
15	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
16	Trabajos del estudiante	Universidad Autónoma de Ica on 2017-03-24	<1%



Dr. Paul Vilchez Castro
DNI N° 00252184
ORCID N° 0000-0002-1435-5836
(Asesor)

CERTIFICADO DE ASESORÍA

Mediante el presente, el **Dr. Paul, Vilchez Castro**, profesor auxiliar adscrito al Departamento Académico de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes.

CERTIFICA

Que el presente proyecto de investigación denominado “Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024.”; presentado por el bachiller Pedro Armando Cedillo Sarango, aspirante al título profesional de Licenciado en Obstetricia.

El mismo, que está siendo asesorado por mi persona, por lo tanto, se autoriza para ser presentado e inscrito a la Escuela Profesional de Obstetricia, para su debida revisión y posterior aprobación correspondiente.

Tumbes, Agosto 2024.



Dr. Vilchez Castro, Paul
Asesor de Tesis, DNI: 00252184
Cód. ORCI: 0000-0002-1435-5836

Tumbes, 2024

Dedicatoria

A Dios, por guiar mi camino dándome sabiduría, salud y Fé en mis logros.

A mis padres, Victorino y Emma; por su ejemplo y apoyo incondicional siendo mi soporte en mis necesidades.

A Fergie, mi hermosa esposa, compañera en las largas luchas y por ser el soporte de mi familia.

A mis hijos por crear esa motivación de superación constante, que a futuro seré su ejemplo a superar.

Pedro Armando
Cedillo Sarango

Agradecimiento

Debo expresar mi más grato agradecimiento.

A los profesores de la Universidad Nacional de Tumbes que me forjaron competencias para llegar a ser profesional en obstetricia.

Al Dr. Paul Vilchez Castro, por sus orientaciones y oportunas sugerencias para poder moldear el proyecto y el informe final.

Al Dr. Luis Fernando, Fernández Neira y al Dr., César William, Luciano Salazar por sus aportes para enriquecer la investigación.

Al Dr. Raúl Rivera Clavo, Director ejecutivo del Hospital Regional JAMO de Tumbes, por las facilidades para realizar la investigación.

ÍNDICE

	PÁG.
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
I. INTRODUCCIÓN	17
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	19
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Base Teórico – Científico	22
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	32
3.2. Población y Muestra	33
3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.4. Procesamiento de la recolección de datos.....	34
3.5. Rigor ético de la investigación	35
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4.1. Resultados.....	36
4.2. Discusión.....	41
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES.....	46
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....	47
ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores sociodemográficos de las pacientes atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2024.....	36
Tabla 2 Factores Gineco - Obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2024.....	37
Tabla 3 Asociación entre Factores sociodemográficos y aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional II - 2 Tumbes 2024.....	38
Tabla 4 Asociación entre Factores Gineco Obstetricos y aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2024.....	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables.....	54
Anexo 2: Solicitud de facilidades en la investigación.....	56
Anexo 3: Instrumento de recolección de datos.....	57
Anexo 4: Informe de Turnitin.....	55

RESUMEN

El objetivo fue determinar los factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II -2, durante el año 2024. Se desarrolló un estudio analítico de casos, retrospectivo, con una muestra total de 204 casos con diagnóstico definitivo (aborto incompleto). Los datos recolectados se obtuvieron de las historias clínicas; analizando los datos mediante regresión logística binaria para identificar asociaciones significativas. Las variables evaluadas incluyeron factores sociodemográficos y factores obstétricos. Resultados: El análisis multivariado evidenció una fuerte asociación entre el aborto incompleto y la falta de control prenatal ($ORa > 5.495$; $p < 0.005$), antecedentes de aborto ($ORa = 6.039$; $p = 0.002$), multiparidad ($ORa 1,369$; $p = 0,000$). En contraste, los factores sociodemográficos no mostraron significancia estadística en el modelo ajustado. Pero se determina que la convivencia, tener una edad < 34 años y tener un nivel de instrucción de secundaria son la que más persisten. Conclusiones: Se confirma que los factores obstétricos están significativamente asociados al aborto incompleto.

Palabras clave: Aborto incompleto, regresión logística, factores asociados.

ABSTRACT

The objective was to determine the factors associated with incomplete abortion in patients treated at the Tumbes II-2 Regional Hospital during 2024. A retrospective case-analytical study was conducted with a total sample of 204 cases with a definitive diagnosis (incomplete abortion). Data were collected from medical records; binary logistic regression was used to analyze the data to identify significant associations. Variables evaluated included sociodemographic and obstetric factors. Results: Multivariate analysis showed a strong association between incomplete abortion and lack of prenatal care (aOR > 5.495; $p < 0.005$), history of abortion (aOR = 6.039; $p = 0.002$), and multiparity (aOR 1.369; $p = 0.000$). In contrast, sociodemographic factors did not show statistical significance in the adjusted model. However, it was determined that cohabitation, being under 34 years of age, and having a secondary education level were the most persistent. Conclusions: Obstetric factors were confirmed to be significantly associated with incomplete abortion.

Keywords: Incomplete abortion, logistic regression, associated factors.

I. INTRODUCCIÓN

El aborto, se considera con tiempo límite las 22 ss de gestación y un peso inferior a 500 gr, esto según la Organización Mundial de la Salud. Afirma además que entre el 4,7% y el 13,2% mueren por abortos inseguros, que incluyen los abortos incompletos ya que seis de cada diez embarazos se interrumpen voluntariamente (1). El aborto incompleto indica su signo más común que es el sangrado que puede ser profuso. En el año 2017 se obtuvieron más de 24.900.000 casos de abortos al año a nivel mundial, donde las naciones emergentes eran África, Asia y América Latina (2).

Se caracteriza un modelo de aborto que provoca complicaciones que si no son atendidas clínicamente pueden ocasionar la muerte, uno de los factores principales que se pueden presentar son las infecciones durante las primeras 20 semanas y el 60% de los casos shock hipovolémico terminando en muerte, donde se dedujo que 47000 féminas fallecieron por motivos de un cuadro más complejo y la gran parte de muertes pudieron evitarse a través de un mejor acceso a los servicios de salud como, la educación sexual, métodos anticonceptivos y el manejo clínico ante una amenaza de aborto. (3)

Asimismo, los factores que persisten en un aborto incompleto son muchos, a nivel psicosocial se muestra en el grado de autoestima, la depresión en diferentes grados, el embarazo adolescente, nivel educativo, disfuncionalidad familiar, parejas que conviven sin ningún matrimonio, rupturas amorosas que relativamente emiten más los pensamientos juiciosos contra la mujer disminuyendo su valor emocional. (4)

El estudio del Guttmacher Institute en el año 2022, descubrió que el 40% de las mujeres que abortan en 14 naciones subdesarrolladas experimentan problemas graves después del procedimiento, con la excepción de Asia Oriental. Anualmente 6,9 millones de féminas terminan con diagnóstico crítico; sin embargo, 70.000 mujeres mueren por mala práctica de abortos. (5) por otro lado Burguer en el 2018 en Zidama – Etiopia, en el Hospital General de Yirgalem, de los ciento ochenta casos de abortos; el 96,7% está relacionado con aborto incompleto y con respecto a la edad se encontró un 53,3% entre 18 y 25 años de las pacientes. (6)

Este tema no es nuevo en Perú; para el 2018, una recolección de datos realizada por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, reveló un factor asociado, obteniendo el 19% de las mujeres entre 18 y 49 años que habían abortado, siendo las menores de 30 años las que presentan la tasa más alta. Además, los datos indican que las pacientes con menor nivel educativo no son las únicas que abortan; el 9% son mujeres con educación inicial o primaria, el 46% son de secundaria y las de educación superior con el 45% (7).

Esto también lo contemplo Gonzales R y Huarancca Ccama Noemi en su investigación en el 2022, donde sus resultados detallan que en el Centro Materno La Libertad de Huancayo, las edades más afectadas son las de 16 y 19 años, por su gran falta de conocimiento ante este problema de salud, inaccesibilidad a los recursos anticonceptivos y la vergüenza enmarcada por su naturaleza al ser menores de edad. ⁽⁸⁾

La investigación sostiene relevancia social, porque las mujeres consideran que la información cambiará sus actitudes y su atención sea preventiva. Además, los profesionales encargados pueden mejorar la atención. La relevancia teórica del presente, ofrecerá información actualizada, con datos estadísticos. Asimismo, tiene importancia práctica por la recopilación de datos que ayudará a los futuros aspirantes a seguir estudiando el presente tema de salud. Por último, la importancia metodológica permitirá disponer de instrumentos y herramientas de recopilación de datos validados.

El problema se planteó con la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores que se asocian al aborto incompleto, en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024? También se formuló los siguientes objetivos: objetivo general: Identificar los factores asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024; objetivos específicos: a) Determinar factores sociodemográficas asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024; b) Determinar factores obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Internacionalmente, Paillacho A ⁽⁹⁾ realizó un estudio cuantitativo, descriptivo titulado “Factores que inciden en el aborto incompleto en mujeres en edad fértil en el Hospital General Enrique Garcés en Quito, Ecuador, en el periodo 2016 - 2018”. Compuesta por 634 H.C. y de manera descriptiva indicó que los factores socio-demográficos, obstétricos y clínicos que desencadenan el aborto. Es la prevalencia de mujeres entre 10 y 29 años, bajos niveles de educación primaria y secundaria, convivencia (soltera o unión libre), así como los factores clínicos obstétricos, que incluyeron el número de abortos realizados (1 o 2) y la causa del aborto (desconocimiento de su embarazo, resbalón desde su propia altura o escaleras), resultaron ser altamente influyentes y propensas a abortar.

Melendez R ⁽¹⁰⁾, desarrolló una metodología de estudio descriptivo, observacional y no experimental en su investigación titulada, “Asociación de los Factores de riesgo obstétricos y ginecológicos con el aborto espontáneo en pacientes del Hospital Básico del Cantón el Carmen, Manabí, en el año 2019, con una muestra 127 historias clínicas, con el diagnóstico de aborto espontáneos. Donde encontró que las hemorragias trans-vaginales representaron el 37%, molestias hipogástricas un 29%. Los abortos espontáneos multigestacionales el 57%. De las que acudieron a control prenatal, el 48% no acudió, y el 53% experimentó infecciones vaginales recurrentes. Conclusión, los factores de riesgo más frecuentes eran la hemorragia como complicación, la edad entre 24 y 32 años, no utilizar planificación familiar, tener abortos parciales y gestación de menos de 12 semanas.

Uceda M, Zarzosa M ⁽¹¹⁾: estudió “Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en etapa fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2021. Sus bases epidemiológicas, no experimental y cuantitativo; con 200 pacientes como muestra, un grupo (100 casos) y (100 controles) con el mismo diagnóstico. resultó que se encuentran antecedentes de aborto (p-valor =

0,022 y OR = 8,543), amenaza de aborto actual (p-valor = <0,05 y OR = 265,927), hábitos nocivos (p-valor = 0,030 y OR = 7,452), control prenatal (p-valor = 0,006 y OR = 9,779) y el uso de misoprostol para inducir el aborto (p-valor = <0,05 y OR = 22,102). Se determinó que el estado civil era el componente sociodemográfico más vinculado, del mismo modo, los malos hábitos como causa biológica. El uso de misoprostol como inductor, los antecedentes de aborto, la amenaza actual de aborto y el control prenatal tuvieron la correlación significativa más fuerte como factores de riesgo de aborto incompleto.

En el ámbito nacional, la investigación de Pichilingue L. ⁽¹²⁾, determinó, factores asociados al aborto incompleto en 160 féminas atendidas en la Clínica Familiar Unión de Huacho en 2022. Fue un estudio observacional, retrospectivo y de diseño no experimental. Se encontró que el mayor grupo etario era de 28-32 años (41,3%), convivientes (47,5%) y con secundaria completa (61,3%). Los factores clínicos más frecuentes fueron infección vaginal (83,8%), infección urinaria (66,3%), obesidad (58,8%) y anemia (62,5%). Entre los factores gineco-obstétricos destacaron la multiparidad (55%), gestación <15 semanas (66,3%), amenaza de aborto (88,8%) y aborto espontáneo (86,3%). Se concluye que diversos factores obstétricos y clínicos se asocian al aborto incompleto en esta población.

Quiroz F ⁽¹³⁾, determinó la relación de los factores obstétricos y sociodemográficos con el aborto incompleto en el Centro de Salud Baños del Inca, 2022. En el departamento de Cajamarca, con una muestra de 60 casos atendidas en área de emergencia, donde 47 tuvieron aborto incompleto. Los resultados mostraron que el 78% de los abortos fueron incompletos; el 57% tenían entre 30 y 49 años; el 43% cohabitaban; el 89% procedían de zonas rurales; no se encontró ninguna correlación; el 32% no habían terminado la escuela básica; y el 91% eran amas de casa. el 72% se produjeron entre las 10 y las 15 ss; el 47% fueron multigestas; el 64% sin antecedentes de aborto; el tiempo intergestacional fue de 2 a 5 años; el 36% no mostraron ninguna asociación; y el cincuenta y cinco por ciento carecieron de atención prenatal.

Barrenenchea S, ⁽¹⁴⁾. En la revista Perú. Ginecol. Publicada en el 2022, Realizo una investigación denominada, Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. En un periodo de tiempo enero a marzo. 2015, con una metodología cuantitativa retrospectiva descriptiva, observacional. Donde logro encontrar el Factor obstétrico-ginecológico: 61,3% de las mujeres experimentaron un aborto espontáneo, 71,3% tuvieron un aborto y 44,7% de las mujeres eran primíparas y no recibieron atención prenatal. Se infiere que existe una fuerte correlación entre aborto incompleto y variables clínicas, gineco-obstétricas y sociodemográficas.

Gómez et al. ⁽¹⁵⁾ realizó un estudio caso-control con 140 mujeres con aborto incompleto y 140 controles con embarazo normal, en el Hospital de Huaycán 2022. Se identifican factores socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto. Las mujeres menores de 35 años (OR=2.6), solteras (OR=2.5), con nivel primario (OR=2.37), multiparidad (OR=2.6), e infección urinaria (OR=7.1) presentaron asociaciones significativas. La edad gestacional ≤ 12 semanas fue el factor con mayor fuerza asociativa (OR=5,9). El estudio concluyó que edad materna avanzada, estado civil, multiparidad y edad gestacional corta son factores de riesgo independientes para aborto incompleto.

Crisolo N. ⁽¹⁶⁾ En su Tesis de grado denominado, Factores de riesgo asociados a las complicaciones del aborto incompleto en la Adolescencias atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa, 2022. Se utilizó la metodología de nivel correlacional, observacional, retrospectivo, transversal, analítico, no experimenta. Estudió 86 adolescentes con aborto incompleto implementando una ficha de recolección de datos como instrumento, donde se encontró que el 50% tenía entre 14 y 16 años. La mayoría tenía secundaria, procedencia urbana y eran convivientes. El 83% presentó ITU y el 73% infecciones vaginales. El 99% no tuvo control prenatal. Se concluyó que las infecciones vaginales se asocian significativamente a complicaciones del aborto ($p=0.016$).

No se encontraron estudios locales.

2.2. Bases teóricas – Científicas

El término, “un factor”, según diccionario de lengua española ⁽¹⁷⁾ es el elemento que tiene una finalidad determinante en un resultado influyente en el algún aspecto de la realidad, y por ello debe considerarse en el momento de estudio, donde puede determinar cantidades o expresiones para obtener un producto. Los factores de riesgo, son cualquiera de los elementos, rasgos y estar expuesto a lo que se caracteriza por aumentar la probabilidad de enfermar o dañar a la persona que contribuyen a un resultado negativo, dado el caso sería importante puntualizar la incapacidad ponderal en las experiencias sexuales de riesgo, la probabilidad de hipertensión, el consumo constante de alcohol y tabaco, ingesta de agua no potable, carencia del saneamiento del lugar donde vive y la falta de las prácticas de higiene.

Ahora describiendo los factores sociodemográficos, según Gutiérrez S, et al ⁽¹⁸⁾ son todos a aquellos que se encuentran presentes en el sistema social, comunidades y las familias de una cierta localización geográfica, su función es imponer a través de los medios de comunicación como los canales de publicidad educativa, entre otros. Que contribuyan de manera positiva mejorando la vivencia del ser humano tanto mental como física, una de ellas es el nivel educativo que a través de la mejora continua hará llegar a la persona a tener un mejor estilo de vida. También incluyen la edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación, nivel económico, religión, entre otros.

Las dimensiones, son una línea o coordenada necesaria para especificar cualquier punto. En una investigación, es el factor rasgo de la variable que debe medirse y que permite establecer indicadores, esto se apoya en el marco teórico. Una de las dimensiones más amplias que desarrollaré a continuación es la demográfica que en su contexto abarca la edad, sexo, ubicación de nacimiento, grado de instrucción, lengua, estado civil, nacionalidad nivel económico. Según las Organizaciones de las Naciones Unidas ⁽¹⁷⁾, complementa con la variable fecundidad y las antes mencionadas.

Si hablamos de la edad, según Maternal Health and Safe Motherhood Programme. The prevención and management of unsafe abortion ⁽¹⁹⁾, consta de muchas modificaciones vivenciales constantes en las personas, que con el tiempo suelen aprender una serie de conocimientos práctico o subjetivos, a esto le sumamos el nivel de madurez en el actuar ante situaciones de desfloreamiento, en la toma de decisiones ante un embarazo, lo cual implica que, en la parte de salud sexual y reproductiva, las edades maternas, consideradas de alto riesgo obstétrico, son las menores de 19 años o mayores de 35. Cuanto más joven es la madre, más probabilidades de desarrollar un problema cromosómico así mismo aumenta la probabilidad de aborto espontáneo con determinados resultados desfavorables.

Sin embargo, al enfocarnos en el origen de la paciente, se refiere a la ubicación geográfica (rural o urbana) de las pacientes en las ciudades grandes, donde hay muchas opciones para elegir estilos de vida, hábitos, actitudes y comportamientos. En cambio, las residentes en lugares rurales pueden estar sujetas a influencias externas. Si se comparan las tasas de fecundidad por zonas urbanas, el número de hijos por mujer es el doble en las zonas rurales. Las zonas urbanas son las que albergan metrópolis, grandes pueblos y ciudades. Su industrialización y abundancia de infraestructuras las definen. Además, disponen de menos áreas para albergar a grandes grupos de individuos. ⁽¹⁹⁾

El término "área urbana marginal" se refiere a la parte del espacio urbano que consiste en barrios periféricos situados fuera de la ciudad y, por tanto, alejados de su centro. Su población está formada, por tanto, por personas empobrecidas mayormente ocupadas por inmigrantes ya sea nacionales o extranjeros que buscan mejorar su situación económica. Estas zonas se caracterizan por la falta de infraestructuras para los servicios sanitarios y educativos, un acceso limitado a los servicios públicos esenciales (incluidos el agua y la electricidad), salud, sistemas de comunicación por carretera insuficientes o inexistentes y un desprecio sistemático por la protección ciudadana, esto se frecuenta en los alrededores de parte norte y este de la ciudad de Lima. ⁽¹⁹⁾

Las grandes zonas rurales y las ciudades que dependen de la actividad económica del sector primario se denominan zonas rurales, predominando las áreas de naturaleza ambiental. Se distinguen por tener menos residentes que los que viven en las regiones metropolitanas, pero también suelen ocupar una mayor extensión geográfica, como por ejemplo Madre de Dios, Moquegua y Tumbes con 224,863 habitantes con un bosque seco sin ocupación total. ⁽¹⁹⁾

Por otro lado, los estados civiles de las parejas son predominantes de la causa de abortos, por la toma de decisiones apresuradas en una relación disfuncional, muchas veces visto en la actual población adolescente, en esto, la mujer desempeña un papel importante. Se cree que un estado civil de conviviente o de casada ofrece más estabilidad y menos complicaciones maternas perinatales en las pacientes que tienen una casa propia y la ayuda de su cónyuge durante la gestación, según Santisteban L. ⁽²⁰⁾, un estudio realizado en Lima, Perú, en el Hospital Huaycan, de baja complejidad. Un hogar estable reduce la probabilidad de embarazos no deseados que podrían acabar en aborto.

Siendo elocuente, este estudio con el de Santiago LI ⁽²¹⁾ tiene en cuenta que: el estado civil: Solteros: Se clasifican como solteros los que aún no han contraído matrimonio. Casados: Si el individuo celebró matrimonio con una persona del mismo sexo en las naciones que lo permiten, o con una persona de distinto sexo ante las autoridades legalmente constituidas para ello por cada estado, dando lugar a una sociedad conyugal. Supone la ruptura de los votos matrimoniales, que unen permanentemente a una pareja.

Con referente al grado de instrucción, la educación ayuda a las personas a desarrollarse lo mejor posible apoyando el aprendizaje y la enseñanza a lo largo de toda la vida. Esto sienta las bases de la cultura y fomenta el crecimiento de la familia, el país, América Latina y la comunidad mundial. Se crea en diversos entornos educativos y contextos sociales. El grado de educación es un fuerte predictor de salud en muchos dominios; es bien sabido que en la medida que la atención en salud avanza con la educación, los abortos espontáneos -ya sean inducidos o espontáneos- pueden ser evitados

o prevenidos. Según un estudio de Briones de Cajamarca ⁽²²⁾, las mujeres que abortaron y completaron su educación secundaria mostraron la mayor frecuencia-43,3%.

Otro factor social es la ocupación, es una actividad significativa a la que se dedica diariamente. El ejemplo que impone Helsinki en la Asociación Médica Mundial ⁽²³⁾, el empleo es el factor más importante en la sociedad porque se considera un medio de generar ingresos para un nivel de vida respetable confirmando la libertad económica. Sin embargo, una parte significativa de las mujeres en edad fértil son amas de casa, lo que enseña la autosuficiencia económica de ambas partes como pareja. En la actualidad no existen estudios que definan este hecho como un peligro perinatal, aunque las que ejercen profesiones peligrosas han revelado que presentan tasas más elevadas de cáncer que las que están expuestas a sustancias nocivas.

Bombin M ⁽²⁴⁾ nos describe la dimensión social, que consiste en una variedad de aspectos como la comunicación, la empatía, la cooperación, el apoyo social y la influencia social. Estos aspectos interactúan entre sí y tienen un papel crucial en el desarrollo de la personalidad y las personas en el desarrollo psicológico de los individuos. Factores de parto, la mayoría de las personas generalmente tienen pacientes de alto riesgo que consisten en una lista de embarazo y están asociados con resultados prenatales adversos, estos factores de riesgo conducen a complicaciones médicas que empeoran la salud materna o la mala historia natal. Algunos sistemas muestran factores de riesgo, dependiendo de su gravedad, con el número total de puntos que determinan la gravedad del posible daño. Otros sistemas identifican el riesgo de mujeres embarazadas, evaluando más cuidadosamente el historial médico. Una de los factores clave para que las féminas tengan abortos tanto inducidos o espontáneos es la edad gestacional caracterizadas por tener un riesgo que pueda afectar la salud materna o fetal, durante la gestación, ya sean ITU, ITS, entre otros. Según Información significativa extraída de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador ⁽²⁵⁾, incluyen el diagnóstico y tratamiento de los abortos espontáneos, parciales, diferidos y recurrentes, así como el tratamiento de las interrupciones espontáneas o inducidas del

embarazo con características de un aborto, también se considera que la pérdida del embarazo es inevitable cuando el que el feto es demasiado joven para garantizar su propia supervivencia fuera del útero materno, lo que conduce a un parto muy prematuro.

Una parte de los embarazos clínicamente reconocidos terminan precisamente antes de las doce semanas, o tarde, después de mismas semanas, ya sea en el primer trimestre o al comienzo del segundo. Según López J ⁽²⁶⁾ en las primeras doce semanas de embarazo se produce el mayor número de abortos espontáneos e inducidos. Estos suelen estar causados por defectos en el crecimiento y desarrollo del embrión o por fármacos, que en muchos casos no requieren ningún tipo de intervención médica o quirúrgica. Las mujeres embarazadas con gestaciones de más de 15 semanas tienen menos probabilidades de abortar a sus bebés.

Según algunos autores, tener hijos es esencial para preservar la seguridad económica de las mujeres. Las madres son uno de los grupos sociales más afectados por la pobreza, aunque esto ha sido discutido. Hay situaciones en las que las mujeres que son madres no tienen iguales oportunidades que los varones en el ambiente laboral ⁽²⁷⁾. Las investigaciones de Macas J ⁽²⁸⁾ indican que las multíparas tienen tres veces más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo que las primíparas. Según algunas investigaciones, el 38,6% son multigestacionales, el 34,1% han dado a luz dos o tres veces y el 59,1% nunca han tenido un hijo.

En la guía práctica del Instituto Materno Perinatal ⁽²⁹⁾, La paridad múltiple transforma las fibras uterinas de una mujer que ha tenido varios partos vaginales y estos se vuelven menos elásticas, lo que hace que el útero se contraiga con poca fuerza durante el parto. Esto puede provocar problemas como la inercia uterina y un aumento de las hemorragias por retención de restos placentarios. Se define a una mujer con gran multiparidad como el hecho de haber dado a luz a más de tres hijos, o como una embarazada de edad avanzada más el número de partos.

La probabilidad de que se produzca otro aborto depende en gran medida de la cantidad de abortos practicados. Según Plaus M ⁽³⁰⁾ en el Hospital Miguel Hilario Alcívar, las mujeres entre 15 y 35 años que no han tenido hijos tienen un 19% de posibilidades de volver a abortar después del primero. Este porcentaje sube al 35% si han tenido dos abortos previos, y al 47% si han tenido tres abortos previos. La probabilidad de un nuevo aborto espontáneo aumenta cuando hay antecedentes de abortos. Las personas que han sufrido uno o más abortos espontáneos tienen un riesgo mayor de sufrir otro, que oscila entre el 24% y el 32%. La probabilidad de que una primípara sufra un aborto espontáneo es que las multíparas, donde el peligro se triplica. Además, la posibilidad de sufrir otro aborto impulsivo es del 21% en las mujeres de entre 35 y 40 años, y aumenta hasta el 42% en las mayores de 40 años.

De tal forma debe haber un intervalo o espacio del embarazo actual con el anterior, este se conoce como periodo intergenésico, esto según el aporte de Schwartz ⁽³¹⁾ si este periodo es inferior a dos años se asocia al retraso del desarrollo intrauterino, parto prematuro y anemia durante gestacional. Este plazo es indiscutible porque permite a la madre recuperarse de un acontecimiento obstétrico (parto prematuro o a término, aborto espontáneo, etc.) La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁷⁾ establece que el mejor momento para concebir de nuevo una gestación es entre los dieciocho y los veintisiete meses y no más de sesenta meses. Se define un periodo intergestacional corto como inferior a 18 meses, y un espacio intergestacional amplio como mínimo no menor a cinco años.

En cuanto se detecta un embarazo, deben iniciarse los controles prenatales; esto según Carvajal ⁽³²⁾ lo ideal es hacerlo en los tres primeros meses, no más de las 20 semanas de gestación. Así mismo puede prevenirse y los posibles factores de riesgo pueden identificarse precozmente, sobre todo en personas con enfermedades crónicas o que hayan sufrido abortos espontáneos o malformaciones congénitas en el pasado. Los embarazos no controlados pueden volverse problemáticos y suponer un riesgo para la salud tanto de la madre como del feto, aumentando la posibilidad de aborto espontáneo o de muerte de la madre.

Según SEGO ⁽³³⁾ el aborto que se produce espontáneamente: Cuando un feto tiende a pesar 500 gramos o menos con un tiempo no mayor a 20 ss de gravidez, el producto de la concepción se pierde sin el uso de circunstancias artificiales o inducción. La unión de la ginecología española y los obstetras define un aborto espontáneo, como la deportación uterina de la madre o la extracción en el embrión o el feto de menos de 500 gramos y menos de 22 semanas de embarazo, o cualquier otro producto de embarazo completamente imposible para cualquier producto querido).

Aborto que ocurre temprano: antes de las 12 ss de estado de gravidez. El aborto espontáneo tardío se produce si la edad del embarazo es de 12 semanas o más. Según Williams ⁽³⁴⁾, se produce más del 80% de aborto espontáneo durante las primeras 12 ss de embarazo. Al menos la mitad de ellos son las consecuencias de una anomalía genética. Además, los abortos parecen tener 1,5 parte entre hombres y mujeres en el primer trimestre. Tanto la frecuencia de desviación cromosómica como la velocidad del aborto espontáneo disminuyen después del primer trimestre.

Un aborto dentro de los tres primeros meses suele ir acompañado de pérdida sanguínea en la decidua basal y necrosis tisular en la zona circundante. En determinadas situaciones, se desprende el ovulo y provoca una secuencia de contracciones en el útero que dan lugar a la evacuación. Se produce un embarazo embrionario cuando un feto pequeño está rodeado de líquido y macerado o no hay feto en absoluto cuando el saco gestacional se abre, esto según ARS Médica ⁽³⁵⁾.

Schwartz ⁽³¹⁾ define los abortos espontáneos los que se producen de forma natural durante el proceso del embarazo y se cree que ocurren en aproximadamente el 15% de los embarazos. Entre el 10-20% de gestaciones se produce un aborto espontáneo clínico. Así mismo el 65% ocurren antes de la duodécima semana de gestación, y la mayoría de ellos suceden antes de que aparezca cualquier síntoma clínico. Además, se subraya que la probabilidad de aborto espontáneo es extremadamente baja si la gestación transcurre con normalidad hasta la séptima semana de gestación, como

indica una ecografía normal. Se cree que se producen menos del 5% de los abortos espontáneos.

La potencialidad de un aborto conlleva un riesgo de eyección fetal, como sugiere Torres P, et al ⁽³⁶⁾. Sus signos reveladores incluyen la aparición de hemorragia genital antes de la veinteava semana de embarazo, que suele caracterizarse por el color rojo brillante y puede variar desde una secreción mucohemática hasta una hemorragia franca, poniendo en riesgo la estabilidad hemodinámica. También puede identificarse por la ausencia de dilatación cervical, contracciones uterinas o expulsión de los productos de la concepción.

El signo potencial que distingue a una amenaza de aborto es la aparición de metrorragia escasa y calambres hipogástricos. No se observan alteraciones cervicales. Cuando se observa flujo sanguinolento o hemorragia vaginal por el orificio cervical, que normalmente se cierra una vez iniciado el embarazo, se supone que se está produciendo una amenaza de aborto. Ésta dura unos días o semanas y afecta a entre el 20 y el 25 por ciento de las embarazadas. Se producen abortos espontáneos en aproximadamente la mitad de estos embarazos, aunque el riesgo se reduce considerablemente si se detecta actividad cardíaca fetal ⁽³⁷⁾.

Aproximación al aborto espontáneo en la mitad de los casos mencionados anteriormente, según Zavala A, et al ⁽³⁸⁾ la afección progresa patológicamente hasta el punto de que la hemorragia se hace más intensa y las contracciones se asemejan a las del parto. Al palpar la vagina, sentimos cambios en la región cervical: el cuello uterino se acorta, se ablanda y se abre, lo que a su vez siente los productos de la concepción. En su progresión avanza hasta el aborto completo. Ciertas circunstancias ginecológicas que establecen la regresión del procedimiento o la exigencia de finalizar la eyección del feto del ovario y sus añadidos son indicativas de un aborto inminente.

Según Donoso E. et al ⁽³⁹⁾ las contracciones uterinas, la alteración del cuello uterino y el feto todavía dentro del útero indican un aborto en curso. La

expulsión es el resultado en el 100% de los casos. El cuello uterino se dilata y se produce un aumento del dolor y de la hemorragia (orificio cervical interno >8 mm). Si el producto ya ha comenzado a ser expulsado, los restos ovulares pueden ser visibles en zona cervical o en el canal vaginal.

Así mismo

Pintado S ⁽⁴⁰⁾ nos dice que se produce un aborto incompleto cuando hay una hemorragia fluctuante, un cuello uterino modificado y una evacuación parcial del útero de los componentes fetales, los tejidos placentarios o el líquido amniótico. El cuello uterino continúa dilatado en ambos orificios, permanece blando y grande, no se retrae completamente, la hemorragia es profusa y prolongada, a menudo continúa después de la novena semana, y los restos ováricos no se eliminan completamente de la cavidad uterina. Cuantos más restos queden retenidos mientras el útero intenta evacuar el cuerpo extraño, más doloroso será el proceso.

La expulsión parcial del feto, de forma que se encuentra abierto el orificio cervical y el tejido del saco gestacional es totalmente visible en la vagina, acompañado con un tamaño inferior del útero previsto para la edad gestacional, son características de los abortos incompletos, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ⁽⁴¹⁾. La placenta, las membranas o partes del feto pueden encontrarse entre los restos retenidos de un aborto incompleto. Los síntomas incluyen dolor cólico hipogástrico intenso, metrorragia copiosa, canal cervical modificado (permeabilidad del cuello uterino) e incluso al tacto los restos ováricos. Además, la altura uterina es algo inferior a la edad gestacional. Los restos en la cavidad endometrial son visibles en la ecografía transvaginal (grosor endometrial \geq 15 mm). Es más frecuente en abortos de más de 10 semanas.

Definición conceptual: Son factores sociodemográficos, gineco obstétricos que van a influir o intervenir en la ocurrencia de un aborto incompleto, repercutiendo en los individuos, las familias o la sociedad en su conjunto ⁽⁴²⁾.

Definición operacional: Se recopilará información de las características o factores sociodemográficos, gineco obstétricos extraídos de los documentos

médico legal (historias clínicas) de pacientes con aborto incompleto como diagnóstico final.

Aborto incompleto: Se cataloga por la eliminación o pérdida parcial de los productos de la concepción (tejido placentario y/o embrionario) en las primeras 22 semanas del embarazo y con un peso menor a 500 gr, de forma natural o provocada, haciendo que el cuello aparezca abierto y revelando tejido gestacional esto según Schwartz ⁽³¹⁾.

Factores sociodemográficos: Según Gómez R ⁽⁴³⁾ son aquellos componentes del entorno social que repercuten en el conjunto de las personas, independientemente del lugar en el que se encuentren. Pueden influir o intervenir en la ocurrencia de un aborto incompleto, repercutiendo en los individuos, las familias o la sociedad en su conjunto.

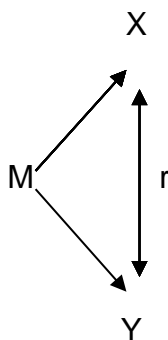
Factores gineco-obstétricos: Son aspectos clínicos y biológicos de la salud con referencia con enfoques ginecológicos y obstétricos que afectan de algún modo y se asocian con la interrupción de un embarazo hasta la expulsión, Todas estas situaciones afectan de algún modo a la salud sexual y reproductiva de las pacientes gestantes ⁽⁴¹⁾.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio corresponde a un tipo de investigación de nivel básico, utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo, asociativo, no experimental, transversal, retrospectiva. Básico porque la categoría según la casa de estudios sugiere, se realizó para obtener información sobre los factores que desencadenan el incremento de abortos incompletos en los últimos 2 años, cuantitativo porque los datos se pusieron mediciones numéricas y análisis estadísticos, descriptivo asociativo porque el objetivo fue medir la asociación de factores con el aborto incompleto con aspectos sociodemográficos y gineco - obstétricos de los casos, transversal porque se evaluó en un espacio de tiempo del mes de enero a diciembre y retrospectivo porque se revisaron historias clínicas, se investigó y se registraron hechos ocurridos en el pasado.

Diseño de investigación: Se aplicó el diseño no experimental en la investigación, porque no habrá manipulación de las variables.



Donde:

M: Muestra de estudio

X: Factores de riesgo

Y: Aborto incompleto

r: Asociación de variables

3.2. Población y muestra

Población: El estudio se realizó en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II-2, ubicado en la zona de la región Tumbes. La población de estudio estuvo conformada por 204 historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de aborto incompleto atendidas en el servicio de emergencia de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Tumbes en los meses de enero a Setiembre del año 2024.

Muestra

Se empleó un muestreo de (unidad de análisis) no experimental por conveniencia, en el que fueron seleccionados 204 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto de todo el año 2024 atendidos por emergencia de gineco – obstetricia del Hospital Regional de Tumbes “JAMO” II – 2. Considerando rigurosamente los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Fueron incluidas las historias clínicas completas, con diagnóstico de aborto incompleto atendidas por emergencia de gineco – obstetricia del Hospital Regional de Tumbes “JAMO” II – 2.

Criterios de exclusión

- Fueron excluidas las historias clínicas que no cumplían con las características y diagnóstico necesario.

3.3. Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método de elección que se utilizó para recopilar los datos fue la observación y el análisis de resultados de las historias clínicas en apreciación con el objetivo de estudio y la técnica que se empleó fue el cuestionario que emplea procesamientos normalizados de la investigación, el cual recolecta y analiza datos de una población o muestra que desea describir, explicar, explorar y/o predecir un conjunto de características.

El instrumento para la recolección de información es el cuestionario, el mismo que fue elaborado por el autor, diseñado de acuerdo con las variables y

objetivos de la investigación, así mismo, estructurado a partir de fundamentos teóricos aplicados en este estudio, el enfoque inductivo-deductivo, al igual del análisis documental de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto de todo el año dos mil veinticuatro, recaudadas en el área de admisión del Hospital Regional de Tumbes. Donde los datos recopilados fueron adecuados y fiables.

El cuestionario estaba conformado por trece preguntas y estas divididas en dos secciones, todas ellas en relación a los objetivos (anexo 3): la primera que era identificar los factores sociodemográficos (5 preguntas), entre ellas, edad (3), procedencia (2), estado civil (3), grado de instrucción (3) y ocupación (3). La segunda sección conformada por factores gineco-obstétrico (8 preguntas), entre ellos; edad gestacional (2), número de gestas (4), antecedentes de aborto (4), periodo intergenésico (3), control prenatal (si) o (no), número de partos (2), signos presentes (2) y síntomas presentes (2).

La validez del instrumento estuvo bajo juicio por expertos, que comprendió por tres profesionales de la salud, dos obstetras y un médico ginecólogo, todos con nivel académico de doctorado, y con una amplia experiencia en docencia universitaria e investigación, lo cual le ofrece gran validez al ver sido ejecutado por la orientación del asesor y verificado antes de su aplicación. Se aplicó una prueba del instrumento internamente, lo que permitió una mejora en el cuestionario, ya que no se iba a tratar directamente con las pacientes.

3.4. Procesamiento de la recolección de datos

Se solicitó autorización administrativa ordinaria al director del Hospital Regional de Tumbes. Es a través de esta persona que se acordó la fecha y hora de recolección de datos de la historia clínica del estudio, manteniendo su confidencialidad y no afectando el programa médico del hospital. Luego de la realización anticipada de las historias clínicas, se recaudó todos los datos de las personas que se basaban a las variables del estudio completando el formulario particular de recolección de datos con un tiempo de periodo de 10 a 20 minutos por historia.

Los datos de cada formulario se introdujeron en la base de datos previamente creada en el programa informático SPSS versión 26, convenientemente codificados para facilitar el posterior tratamiento y análisis estadístico de las variables objeto de estudio. Tras la recogida, los datos fueron sometidos a revisión y codificación antes de trasladarlos a una base de datos para su tabulación. Los resultados de este procedimiento se presentarán en tablas estadísticas de acuerdo con los objetivos particulares del proyecto de investigación. La asociación entre las variables se determinará mediante la prueba estadística Chi cuadrado con el programa estadístico SPSS 26.

3.5. Rigor ético de la investigación

Dado que se protegió la información e integridad de los resultados, se utilizó de forma anónima y confidencial, es decir, no se utilizó nombres, números de historia clínica ni otras referencias personales, los datos se distribuyeron de forma general y con la finalidad de recopilar información académicamente, dado que no pone en peligro ni afectó de ningún modo la moral y la ética.

En la recopilación de datos, tener presente a Sánchez et al. (2018), donde se aplicó “el cuestionario como instrumento que contiene los ítems por cada indicador en función de la técnica encuesta, lo cual permite cuantitativamente establecer métodos descriptivos a través de la organización, resumen, análisis y presentación de los datos obtenidos mediante las observaciones. Con la información proveniente de la recolección de datos, se analizó estadísticamente en cuadros que reflejaron los resultados necesarios en la determinación de la información relevante”, para poder identificar y evaluar la relación de factores de riesgo y el aborto incompleto se realizaron actividades y un plan de trabajo.

En la etapa de ejecución se obtuvo la información a través de la metodología prevista, los datos se procesaron en Microsoft Excel y se presentaron mediante tablas. Se aplicó un análisis univariado para la investigación descriptiva y un análisis bivariado para la investigación correlacional. Para determinar la distribución de los datos (paramétrica o no paramétrica), se utilizó la Prueba de Kolmogorov – Smirnov (para muestras de > 50). El software de análisis de datos que se utilizó es el SPSS versión 27.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1: Factores sociodemográficos de las pacientes atendidas en el

FACTORES	Casos (N=204)	
	N	%
Edad		
12 - 19 años	36	17,7
20 - 34 años	131	64,2
≥ 35 años	37	18,1
Procedencia		
Urbano	173	84,8
Rural	31	15,2
Estado Civil		
Soltera	68	33,3
Casada	22	10,8
Conviviente	114	55,9
Grado de Instrucción		
Primaria	2	1,0
Secundaria	134	65,7
Superior	68	33,3
Ocupación		
Ama de casa	99	48,5
Estudiante	50	24,5
Trabajador	55	27,0

Hospital Regional II-2 Tumbes 2024.

La Tabla 1, muestra a los Factores Sociodemográficos donde: obteniendo que la edad más reiterada está entre los 20 a 34 años (64,2%), zona urbana (84,8%), el estado civil conviviente (55,9%), un nivel de instrucción secundaria (65,7%), la ocupación son las amas de casa (48,5%).

Tabla 2: Factores Gineco – Obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2024.

FACTORES	Casos (N=204)	
	N	%
Edad gestacional		
≤ 12 semanas	180	88,2
13 a 22 semanas	24	11,8
Número de Gestas		
Primigesta	56	27,5
Segundigesta	28	13,7
3 a más gestaciones	120	58,8
Antecedente de aborto		
Ninguno	145	71,1
1 vez	46	22,5
2 a más veces	13	6,3
Periodo Intergenésico		
menor a 12 meses	56	27,5
mayor de 12 meses	148	72,9
Control Prenatal		
Si	61	29,9
No	143	70,1
Número de Partos		
Ninguno	110	53,9
1 a más veces	94	46,1
Signos Presentes		
Sangrado vaginal	204	100,00
Infección	28	13,7
Síntomas Presentes		
Dolor Hipogástrico	142	69,6
Fiebre y escalofríos	62	30,4

La tabla 2, manifiesta a los factores gineco-obstétricos más frecuentes, donde las ≤12 ss (88,2%) era la edad gestacional más habitual, 58,8% tenían de 3 a más gestaciones, el 71,1% no tuvieron ningún aborto, periodo intergenésico con más de 12 meses (72,9%), no tuvieron ningún control prenatal (70,1%), nulíparas 53,9%, el sangrado vaginal como signo presente en todas 100% y el dolor hipogástrico como síntomas más presentes con un 69,6%.

Tabla 3: Asociación entre Factores sociodemográficos y aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional II - 2 Tumbes 2024.

FACTORES	Casos (N=204)		Chi2	p	Odds	[95%IC]
	N	%				
Edad						
12 - 19 años	36	17,7				
20 - 34 años	131	64,2	35,418	0,000	8,09	[1,386 – 2,665]
≥ 35 años	37	18,1				
Procedencia						
Urbano	173	84,8	3,293	0,07	31,14	[1,159 – 2,859]
Rural	31	15,2				
Estado Civil						
Soltera	68	33,3				
Casada	22	10,8				
Conviviente	114	55,9	26,051	0.000	2,53	[1,468 – 2,287]
Grado de Instrucción						
Primaria	2	1,0				
Secundaria	134	65,7	4,141	0,387	3,82	[1,376 – 2,675]
Superior	68	33,3				
Ocupación						
Ama de casa	99	48,5	23,476	0,000	2,9	[1,549 – 2,508]
Estudiante	50	24,5				
Trabajador	55	27,0				

La tabla 3, determina que el 64,2% de las mujeres tenían una edad entre 20 a 34 años. Con Chi-cuadrado proporciona un (p-valor=0.000), y un OR:8,09; IC 95% [1.386 - 2.665], demostrando que existe asociación entre el factor edad y aborto incompleto. Pero la procedencia urbana tiene (84%), pero no había evidencia suficiente para confirmar que hay afecto, teniendo un p- valor = 0.07. Sin embargo, el estado civil de convivencia (55.9%), (p -valor = 0.000) y OR: 2.53; 95% IC [1,468 – 2.287]. Confirma la asociación con aborto incompleto. Así también, el 65.7% tenían secundaria, ya sea completa o incompleta con un (valor p = 0.387 > 0.05), OR:3,82 y IC [1,376 - 2,675], y las amas de casa como ocupación tenían el 48.5%, con chi-cuadrado (valor p = 0.000 <0.05), OR: 2.9; 95% IC [1 549 - 2 508]. Confirmando que también había una asociación con aborto incompleto.

Tabla 4: Asociación entre Factores Gineco Obstetricos y aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2024.

FACTORES	Casos (N=204)		Chi2	p	odds	[95%IC]
	N	%				
Edad gestacional						
≤ 12 semanas	180	88,2	0,847	0,357	56,25	[1,125 – 2,884]
13 - 22 semanas	24	11,8				
Número de Gestas						
Primegesta	56	27,5				
Segundigesta	28	13,7				
3 a más gestaciones	120	58,8	66,192	0,000	3,775	[1,448 – 2,607]
Antecedente de aborto						
Ninguno	145	71,1	9,141	0,002	6,039	[1,313 – 2,732]
1 vez	46	22,5				
2 a más veces	13	6,3				
Periodo Intergenésico						
Menor de 12 meses	56	27,5				
≥ 12 meses	148	72,9	39,824	0,000	6,984	[1,302 – 2,741]
Control Prenatal						
Si	61	29,9				
No	143	70,1	4,851	0,028	5,495	[1,488 – 2,617]
Número de Partos						
Ninguno	110	53,9	26,032	0,000	1,369	[1,579 – 2,478]
1a más veces	94	46,1				
Signos Presentes						
Sangrado vaginal	204	100,00	0,316	0,000	138,06	[1,237 – 2,796]
Infección	28	13,7				
Sintomas Presentes						
Dolor Hipogástrico	142	69,6	4,179	0,396	3,945	[1,384 – 2,816]
Fiebre y escalofríos	62	30,4				

En la tabla 4, en cuanto al factor edad gestacional el 88,2% representa a los casos ≤ 12 ss, la prueba Chi-X² tuvo (p-valor = 0.357 > 0.05), careciendo de evidencia para afirmar que existía asociación con aborto incompleto. Por otro lado, el factor número de gestas, el 58.8% fueron las que tenían más de 3 gestaciones, con Chi-X² tuvo un (p-valor = 0.00 < 0.05), OR:3.775; IC 95%

[1.448 – 2.607], como también el 71.1% no tenían antecedentes de abortos con chi- X^2 tenía (valor $p = 0.002 < 0.05$), y un OR: 6.039; 95% IC [1,313 - 2 732]. Así también, el período intergenésico era ≥ 12 meses (72.9%), con chi-cuadrado fue (valor $p = 0.00 < 0.05$), y un factor de riesgo con OR: 6 984; 95% IC [1.302 - 2 617]. El 70.1% de los casos no tenían control prenatal con (valor $p = 0.028 < 0.05$), y si es un factor de riesgo con OR: 5 495; 95% IC [1,488 - 2 617].

Así mismo, el 53.9% no tuvo ningún parto, donde Chi- X^2 tenía (valor $p = 0.000 < 0.05$), con un factor de riesgo de OR: 1 369; 95% IC [1 579-278]. Así también el 100% presentaron hemorragia, con chi-cuadrado (valor $p = 0.000$), por lo que no hubo suficiente evidencia para confirmar que hubo una asociación con el aborto incompleto. Del mismo modo, el 69.6% presentó dolor hipogástrico, chi-cuadrado tenía (valor $p = 0.926 > 0.05$), por lo que no hubo suficiente evidencia para confirmar que hubo una correlación entre el factor actual y el aborto incompleto, ya que pueden ser presentados por ITU, sangrado uterino anormal, cáncer de cuello uterino, entre otras condiciones sexuales. Finalmente, indica que los factores gineco-obstétricos están asociados con el aborto incompleto en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Tumbes II -2, 2024.

4.2. DISCUSIÓN

El presente apartado contrasta y analiza los resultados obtenidos para determinar los factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas por emergencia de Gineco – obstetricia en el Hospital Regional de Tumbes. Se analizó un total de 204 historias clínicas con una edad de embarazo inferior a 22 ss, con diagnóstico de aborto incompleto, estas mismas, con todos los criterios de inclusión propuestos.

En primer lugar, se describen los factores sociodemográficos, se demostró que la edad más recurrente está entre los 20 a 34 años (64,2%), con procedencia de zona urbana (84,8%), el estado civil convivencia (55,9%), con un nivel de instrucción secundaria (65,7%) entre completa e incompleta y la ocupación amas de casa (48,5%). Existiendo similitud con la edad en el estudio de Paillacho A, et al ⁽⁹⁾ donde las mujeres entre 20 y 29 años es alto (74%), bajos niveles de educación primaria y secundaria, y sin relación conyugal formal (soltera o unión libre). A diferencia de Quiroz F ⁽¹³⁾, el 57% tenían entre 30 y 49 años; el 43% cohabitaban en convivencia; el 89% procedían de zonas rurales; el 32% no habían terminado la escuela básica y el 91% eran amas de casa. Así también Barrenechea S, et al ⁽¹⁴⁾ determinó que el 42,7% tenía estudios secundarios; el 52,7% procedía de regiones urbanas; el 45,3% era ama de casa; y el 42% convivían y su edad estaba por encima de los 29 años (78.2%).

En ese sentido existe una similitud con los resultados encontrados en mi investigación con los anteriores autores, se observa un incremento en la edad con 5 años más de amplitud, siendo la misma zona urbana la más afectada frecuentemente, por razones de que las mujeres tienen acceso a diferentes formas de realizar un aborto, si en el caso fuera provocado. Así mismo, al tener un nivel de estudio bajo como lo es secundaria les juega un papel en contra por el desconocimiento o la incapacidad de determinar los daños que pueden provocarse, más aun

cuando toman la decisión apresurada después de una separación vivencial, ya que en los últimos dos años las parejas o familias viven en convivencia sin tener un estado civil de casados, esto implica una falta de seriedad en la unión de parejas, teniendo como resultados el aumento de las madres solteras sin trabajo (ama de casa), creando inestabilidad económica para el país.

En la tabla 2, los factores gineco – Obstétricos asociados al aborto incompleto, son la edad gestacional ≤ 12 ss (88,2%), multigestas (44,6%), el 71,1% no tuvieron ningún aborto, el periodo intergenésico ≥ 24 meses (64,7%), el 70.1% no tuvieron control prenatal, el 53,9% eran nulíparas, el 100% presento sangrado vaginal y como síntoma dolor hipogástrico (69,6%). Al comparar con el estudio de Gómez et al ⁽¹⁵⁾, en el Hospital de Huaycán se identificó que las nulíparas tenían un alto porcentaje (OR=2.6), la edad gestacional ≤ 12 semanas (OR=5,9). Así mismo Crisol ⁽¹⁶⁾, mostró que el 99% no tuvo control prenatal, 72% con tiempo intergenésico de más de 2 años, sin antecedentes de abortos (81,1%). Los signos y síntomas frecuentes fueron sangrado vaginal (51%) y dolor hipogástrico (45%).

En la tabla de asociación entre factores sociodemográficos asociados y el aborto incompleto (Tabla 3); el 64.2% tienen entre 20 y 34 años (OR 8.09), su origen es la ciudad (OR 31.14), un estado civil conviviente (OR 2,53), instrucciones secundarias completas e incompletas (OR 3,82) y ama de casa (OR 2.9); quien está de acuerdo con lo que dice Kurnia E, et al ⁽⁴⁴⁾, en su artículo el vínculo entre edad, paridad y aborto con aborto incompleto. De igual manera Gómez, et al ⁽¹⁵⁾, concluye que la edad materna es < 35 años (OR=2.6), solteras y vivir en convivencia (OR=2.5); también Crisol N⁽¹⁶⁾ encontró que el 70% tenía entre 14 y 16 años, con nivel de instrucción de secundaria, procedencia urbana y eran convivientes un 87 %, finalmente con el gran estudio de Morales, H ⁽⁴⁵⁾, se concluye que el desempleo es un factor de riesgo para el aborto incompleto, ya que la gran mayoría son menores de 30

años, conviven con su primera y segunda pareja, y tienen un nivel secundario incompleto.

Este hallazgo tiene importantes implicancias para la práctica clínica y la planificación de políticas públicas, ya que permite enfocar los recursos en la detección temprana, vigilancia obstétrica y control prenatal de calidad en poblaciones vulnerables como la de Tumbes.

En el último cuadro, se realiza significativamente la asociación entre factores gineco-obstétricos y aborto incompleto. Los resultados permiten aceptar que, si existe asociación, al encontrarse que múltiples factores como el número de gestas, ausencia de control prenatal, el no haber antecedente de aborto, la multiparidad y periodo intergenésico largo, fueron estadísticamente significativos en el modelo ajustado. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Durand, Pichilingue, Gómez y Barrenechea, lo que valida su inclusión como predictores confiables en contextos similares. La regresión logística mostró OR ajustados sólidos y valores de $p < 0.05$, confirmando que estos factores gineco-obstétricos deben ser considerados de alta relevancia clínica. Por tanto, esta hipótesis se acepta, y se recomienda incorporar estos factores en los protocolos de tamizaje de riesgo obstétrico.

Comparando con el estudio de Achamyelesh ⁽⁴⁷⁾, ambos hallazgos coinciden en que la búsqueda tardía de atención médica y la edad gestacional temprana aumentan el riesgo de resultados desfavorables. En el presente estudio, el dolor hipogástrico destacó como el predictor más fuerte, con una ORa superior a 50, resultado aún más contundente que en investigaciones previas, donde se encuentra similitud con el estudio de Uceda y Zarzosa ⁽¹¹⁾, donde factores como el antecedente de aborto, la amenaza de aborto actual y el uso de misoprostol se asociaron significativamente. En esta tesis, el antecedente de aborto mostró también una fuerte asociación con el aborto incompleto (ORa < 0.05), lo que refuerza la necesidad de vigilancia obstétrica en mujeres con antecedentes previos.

El presente estudio aporta un modelo ajustado final con excelente capacidad predictiva, al integrar variables clínicas, obstétricas y antecedentes, lo que no siempre se observa en estudios previos. Este enfoque multivariable fortalece la aplicabilidad clínica de los resultados, proponiendo un perfil de riesgo útil para el tamizaje en triaje obstétrico, consulta externa o servicios de emergencia en la región. Mediante el análisis bivariado, se establecieron asociaciones estadísticamente significativas entre el aborto incompleto y variables como la ausencia de control prenatal, antecedentes de aborto previo, periodo intergenésico corto. En cuanto a las variables sociodemográficas, la significancia estadística resalto en algunas como la edad, procedencia, estado civil y ocupación. En general, los modelos ajustados mostraron una capacidad predictiva coherente, y permitieron descartar factores de confusión al comparar los efectos individuales de cada variable.

Estos hallazgos se pueden utilizar priorizando las intervenciones que ejecuta el personal de salud en la población, sabiendo que en la zona urbana existe una gran mayoría de mujeres sin hijos, sin abortos previos, pero con una vivencia de conviviente orientado a que son de escasos recursos económicos y que son activamente en edad sexual. Actuar de manera integral con talleres de educación sexual en los sectores donde hay más mujeres con una ocupación de ama de casa, en los colegios secundarios en los grados 5to y 6to,

V. CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan en su mayoría con estudios anteriores; resultó que los factores evaluados si están asociados al aborto incompleto, tanto sociodemográficos y gineco – obstétricos, lo cual se concluye que, de las 204 pacientes, más del 70% sufrieron al menos un factor que desencadenó un aborto incompleto.
2. Los resultados demuestran que los factores sociodemográficos se encuentran asociados al aborto incompleto; la edad que está entre los 20 a 34 años, tener grado de instrucción secundaria, ser ama de casa, ser soltera y tener una convivencia, sin embargo, no se encontró suficiente evidencia para afirmar que el factor grado de instrucción y procedencia se encuentran asociados al aborto incompleto.
3. La relevancia con respecto a los factores gineco – obstétricos, asociados al aborto incompleto con mayor incidencia, son las que tenían 3 a más gestaciones, no haber tenido ningún antecedentes de aborto, periodo intergenésico mayor o igual a 12 meses, el no tener ningún control prenatal ni la partos anteriores; presentar sangrado vaginal y dolor en la zona del hipogastrio, sin embargo, no se encontró evidencia para afirmar que el factor edad gestacional se encuentren asociados.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al director del Hospital Regional de Tumbes, II – 2, emplear los resultados del presente estudio como base para futuras investigaciones, así mismo, se recomienda a la Dirección Regional de Salud de Tumbes (DIRESA), fortalecer los programas de control prenatal en los establecimientos de salud de primer nivel y urbanos, priorizando el seguimiento a mujeres con antecedentes de aborto, multiparidad y periodo intergenésico corto, ya que estos factores fueron significativamente asociados al aborto incompleto.
2. Se recomienda a los estudiantes de la Universidad Nacional de Tumbes que deseen nuevamente abarcar el tema, el análisis de un mayor periodo de estudio en futuras investigaciones, teniendo una mayor población, según edad cronológica y edad gestacional. Así también se sugiere a los profesionales de salud, priorizar la identificación de los factores gineco - obstétricos que son clave en la evaluación de pacientes gestantes y a nivel sociocultural enfocarse en las menores de 34 años de edad que convivan y sean de una zona urbana.
3. Se recomienda realizar investigaciones incluyendo otros tipos factores como: factores genéticos, inmunológicos y ambientales y psicológicos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Prevención del aborto peligroso. [internet].2020 [citado el 1 enero 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafeabortion>
2. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2017. Acceso 20 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25%20million-unsafe-abortions-occ>
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva. Ginebra: Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2016. (Fecha de acceso 27 de junio del 2024). URL disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
4. Fundación Soberanía Sanitaria. [Online]; Formación e investigación para un sistema de salud más justo o inclusivo 2018. Acceso 9 de febrero de 2025. Disponible en: <https://soberaniasanitaria.org.ar/aborto-inseguro-un-problema-urgente-de-salud-publica>
5. Guttmacher Institute. Por el aborto legal en América Latina y el Caribe. [internet]. 2018 [citado el 11 enero 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/print/article/2018/08/por-el-aborto-legal-en-america-latina-y-el-caribe>
6. Burger C. Factores asociados con el resultado del manejo del aborto incompleto en el Hospital General de Yirgalem, Zona Sidama, Etiopía meridional. *Obstetricia de ginecología Internacional*. 2018; 2018 (1): 1 – 6. (Fecha de acceso 20 de enero del 2025). URL disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2018/3958681/>
7. Camila. Comité en relación con el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño (representada por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [PROMSEX]) Falta de acceso al aborto terapéutico de niña víctima de violencia sexual. Disponible en: <https://incidenciainternacional.promsex.org/wpcontent/uploads/2023/07/Dicta>

8. Gonzales R y Huarancca C. Identificar los factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes del Centro de Salud La Libertad de Huancayo 2022 [Tesis], Perú, Universidad Roosevelt. Disponible en siguiente: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/browse%3Ftype%3Dauthor%26value%3DGonzales%2BRojas%252C%2BCarla%2BDiana&ved=2ahUKEwid4uiLmo-IAxUFJrkGHauUFGoQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw1B5lqNxnTXtPBPBZwYKjyE>
9. Paillacho A, Rubio A. Factores que inciden en el aborto en mujeres en edad fértil en el Hospital General Enrique Garcés. Universidad Central del Ecuador. [Internet]. [Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Ingeniería en Estadística]. [citado el 25 enero 2024]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20783/1/T-UCE-0005-CEC277.pdf>
10. Melendez R. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados al aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del Cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019 [Online]; 2019. Acceso 28 de enero de 2024. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6491?show=full>
11. Uceda M, Zarzosa M [Online]; Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019". [TESIS DE GRADO]. Acceso 8 de enero 2025. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNM_41e27ad508d15867c3ce46f0b3b53533/Details
12. Pichilingue L. Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en la Clinica Familiar Uniónde Huacho. [Tesis de Grado]. Lima - Perú: Universidad Nacional Hermelio Valdizan; 2022. (Fecha de acceso 26 de enero del 2025). URL disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_251f49d94f061d09efd6c30f9f55a88c/Description
13. Quiroz F [online]; Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021 [TESIS DE LICENCIATURA]. Acceso 8 de enero 2025. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4960#:~:text=Los%20facto>

[res%20obst%C3%A9tricos%20asociados%20al,55%25%20no%20tuvieron%20control%20prenatal](#)

14. Barrenechea S, Lugo [Online]; Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Acceso 8 de enero 2025. Disponible en: <https://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/5098?show=full>
15. Gómez et al. Factores socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Huaycán Ate – Lima.2022 [Tesis de Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. (Fecha de acceso 26 de enero del 2025). URL disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7532bf53-3b34-4eca-8e15-389f976052ca/content>
16. Crisol N. Factores de riesgo asociados a las complicaciones del aborto incompleto en la Adolescencias atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa. [Tesis de Grado]. Pucallpa - Perú: Universidad Nacional Hermelio Valdizán; 2021. (Fecha de acceso 29 de enero del 2025). URL disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/34b66cbf-9ef9-47e3-843a-99f4e520067d/content>
17. Organización Mundial de la Salud; 2019. Factores de riesgo [Base de datos en línea]. Ginebra: [Fecha de acceso 20 de enero del 2025]. URL disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
18. Gutiérrez S, Yvonne J. Infección del tracto urinario y su relación con el aborto incompleto en el establecimiento de salud I – 4, Juan Pablo II - Villa el Salvador, enero - junio 2019. [tesis de pregrado]; Universidad Norbert Wiener 2021.
19. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. The prevención and management of unsafe abortion: report of a technical working grupo(WHO/MSM/92.5). Geneva: World Health Organización; 1993.
20. Santisteban L. Factores socioculturales y Gineco-Obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan. [Tesis de Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Privada Telesup; 2018. (Fecha de acceso 26 de enero del 2025). URL disponible en: <https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/298>

21. Santiago LI. el reconocimiento de las uniones de hecho en el libro de familia del Código Civil Peruano. [Tesis de Grado]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. (Fecha de acceso 29 de enero del 2025). URL disponible en: <http://core.ac.uk/download/pdf/323351867.pdf>
22. Vélez M. Inclusion y su importancia en las instituciones educativas desde los mecanismos de integración del humano: Revisión de la literatura y estudio de casos. Universidad Católica del Ecuador. Rev. Fundación KOINONIA.2019;9 (5): 5 - 27. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2025] URL disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5768/576869060001/html/>
23. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra: AMM; 2015. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2025] URL disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-ammpincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
24. Bombin M. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol.2019;84 (6): 460-468. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2025] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente: Revisión de literatura Guía de práctica clínica. Revista. Salus. 2020;24 (3):26-31. [citado 2025 Mar 01]; URL disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
26. López J. Factores socio-demográficos y Gineco-Obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, período enero-abril 2016. [Tesis de grado]. Piura: Universidad César Vallejo. 2017. [internet]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16941/Lopez_PJM.pdf
27. Ministerio de salud Pública. Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. [internet]. [citado el 26 octubre 2021]. Disponible en: <https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT>

28. Macas J. Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil. [internet]. [Tesis para optar el título de obstetra]. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil. [citado el 10 de noviembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1806/1/TESIS%20FRECUENCIA%20DE%20FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABORTO%20INCOMPLETO.pdf>
29. Ministerio de salud Instituto nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018. [internet]. [citado el 25 de marzo 2020]. Disponible en: <file:///D:/DATOS/Downloads/guias%20internado/Guia%20de%20la%20MATERNIDAD%202018.pdf>
30. Plaus M. "incidencia de aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital Miguel Hilario Alcívar [internet]. Ecuador: universidad de Guayaquil,2013. [citado el 8 de mayo 2025]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1986/1/incidencia%20del%20aborto%20incompleto.pdf>
31. SCHWARTZ. Principio de. Sexta edición. México: Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 1999. 736 – 737. [internet]. [citado el 28 de abril 2020]. Disponible en: <file:///D:/DATOS/Documents/libros/Obstetricia%20de%20Schwarcz%206ta%20Edicion.pdf>
32. Carvajal J, Barriga M. Manual de obstetricia y Ginecología. X edición 2019. [internet]. [citado el 26 octubre 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wpcontent/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
33. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Protocolos asistenciales en obstetricia. 2010. [internet]. [citado el 28 abril 2020]. Disponible en: <https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Abortoespontaneo-1-trimestre.pdf>
34. Williams. Obstetrica, "Perdida del embarazo en el primer y segundo trimestre". Libro virtual Obstetricia 26ª edición. Capítulo 11 [internet]. [citado el 27 agosto

2025].

Disponible

en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3103§ionid=263667853>

35. ARS Médica Revistas de ciencias médicas. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. [internet]. [citado el 28 abril 2020]. Disponible en URL: [file:///C:/Users/usser/Downloads/290-Documento%20principal%20\(texto\)-1194-1-10-20160822.pdf](file:///C:/Users/usser/Downloads/290-Documento%20principal%20(texto)-1194-1-10-20160822.pdf)
36. Torres P. y Urrego P. Hemorragia durante el primer trimestre del embarazo: Revisión literaria. Ginecología y Obstetricia de México [internet]. Vol 90 N°07 ,julio 2022.[consultado 9 de mayo del 2025]. Disponible en URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700006
37. Doblado N, Batista I, Junco A. Rev cubana Obstet Ginecol v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. Aborto en la adolescencia un problema de salud. [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011
38. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Vol.83 no.1 Santiago 2018. [citado el 30 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052
39. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica Chile 2014; 142: 168-174. [internet]. [citado el 8 de mayo 2021]. Disponible en: <https://scielo.coniccyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
40. Pintado S, Rivero N. Frecuencia y Factores de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017. [internet]. [tesis para optar el título de Médico]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [citado el 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED562.pdf>
41. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Protocolos asistenciales en obstetricia. 2010. [internet]. [citado el 28 abril 2020].

Disponible

en:

<https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Abortoespontaneo-1-trimestre.pdf>

42. Durand Puente LM. Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en usuarias atendidas en el Hospital Ernesto Guzmán Gonzales, Oxapampa – 2020 al 2022 [tesis de maestría]. Huancavelica (PE): Universidad Nacional de Huancavelica; 2024. Disponible en la siguiente página web. <https://hdl.handle.net/20.500.14597/8328>
43. Gómez R, et al. Factores de riesgo socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres peruanas, 2020 [estudio de caso-control]. Lima (PE): Hospital de Huaycán; 2022. Disponible en la siguiente página web. <https://cris.unica.edu.pe/es/publications/factores-de-riesgo-socioculturales-y-obst%C3%A9tricos-asociados-al-abo>
44. Kurnia E, et al. Relationship of Age, Parity, and History of Abortion With the Incidence of Incomplete Abortion at RSUD Dr. HM Rabain Muara Enim 2021. Sci Midwifery. 2022;10(2):842-9. Disponible en la siguiente página web. <https://midwifery.iocspublisher.org/index.php/midwifery/article/view/368>
45. Morales, H (2020). Tesis para licenciado. “Factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital San José durante enero – diciembre 2019”. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/3263>
46. Promsex. Centro de Promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Perú. 2019. [internet]. [citado el 27 octubre 2021]. Disponible en: <https://promsex.org/wpcontent/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
47. Achamyesh . Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en el Centro de Salud del Callao – lima, Perú: Rev. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2020; 45 (5): 5 - 27. [Fecha de acceso 29 agosto del 2025] URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400003

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Factores sociodemográficos	Son aquellos componentes del entorno social que repercuten en el conjunto de las personas, independientemente del lugar en el que se encuentren. Pueden influir o intervenir en la ocurrencia de un aborto incompleto, repercutiendo en los individuos, las familias o la sociedad en su conjunto (54).	Se recopilará información sociodemográfica de los datos de afiliación de las historias clínicas y se incluirá en esta variable.	Edad	12-17 años 18-29 años 30-49 años	Intervalo
			Procedencia	Urbano Urbano marginal Rural	Nominal
			Estado civil	Soltera Casada Convivencia Divorciada Viuda	Nominal
			Grado de instrucción	Sin ningún nivel Primaria incompleta Primaria Secundaria incompleta Secundaria Superior	Ordinal
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Profesional Otros	Nominal
Factores obstétricos	Todas estas situaciones afectan de algún modo a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (55).	Para evaluar esta variable, se recoge información de los historiales médicos.	Edad gestacional	4 a 9 semanas 10 a 15 semanas 16 a 20/22 semanas	Intervalo
			Número de gestas	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran multigesta	Ordinal

			Antecedentes de abortos	0 1 2 Mas de 2	Ordinal
			Periodo intergenésico	Ninguno Menor de 6 meses De 6 meses a 2 años Mayor de 2 años	Intervalo
			Control prenatal	Si No	Nominal
Aborto Incompleto	Se caracteriza por la expulsión parcial de los productos resultantes de la concepción, haciendo que el cuello uterino o la vagina aparezcan abiertos y revelando tejido gestacional (56).	Los historiales médicos que incluyan un diagnóstico de aborto incompleto serán la fuente de esta información.	Aborto incompleto	Si Otro tipo de aborto	Nomina

Anexo 2. SOLICITUD DE FACILIDADES EN LA INVESTIGACIÓN

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

SUMILLA: SOLICITA EL PERMISO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTA DE PROYECTO DE TESIS.

DR. MAURO MEZA OLIVERA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud.
S.D

BR. CEDILLO SARANGO, PEDRO ARMANDO; identificada con C.M. N° 030164102 de la casa de estudios; Universidad Nacional de Tumbes, Escuela Profesional de Obstetricia ante usted con el debido respeto expongo:

Por el siguiente documento es grato dirigirme a usted y a la vez hacerle un pedido, que por ser requisito del proyecto de tesis titulada **“Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024”**; es así como pido a su persona solicite el permiso correspondiente al Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría - JAMO II-2, para que se brinde la facilidad correspondiente y se pueda realizar la aplicación de la ficha de recolección de datos a las Historias clínicas; y cumplir con la condición del proyecto de estudio.

POR LO EXPUESTO:

Es justicia que esperamos alcanzar.

Tumbes, ____ de _____ del 2024



Br. Cedillo Sarango, Pedro Armando

Anexo 3. Instrumento de investigación

Cuestionario de recolección de datos acerca de los factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el hospital regional de tumbes, 2024.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS ACERCA DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES, 2024.

A través de este instrumento, se pretende recaudar los datos requeridos de las Historias Clínicas para establecer los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en Hospital Regional de Tumbes.

N° de Historia clínica:

I. Factores sociodemográficos

1.1. EDAD:

- a. 12-19 años
- b. 20-34 años
- c. ≥ 35 años

1.2. Procedencia

- a. Urbano
- b. Rural

1.3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Convivencia

1.4. Grado de instrucción

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior

1.5. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Estudiante
- c. Trabajador

II. FACTORES GINECOBSTETRICO

2.1. Edad gestacional

- a. \leq 12 semanas
- b. 13 a 22 semanas

2.2. Número de gestas

- a. Primigesta
- b. Segundigesta
- c. Multigesta
- d. Gran multigesta

2.3. Antecedente de abortos

- a. Ninguno
- b. 1 vez
- c. 2 veces
- d. 3 veces

2.4. Periodo intergenésico

- a. menor a 12 meses
- b. 12 a 24 meses
- c. Mayor de 24 meses

2.5. Control prenatal

- a. SI
- b. no

2.6. Número de partos

- a. ninguno
- b. 1 a más veces

2.7. Sinos presentes

- a. Sangrado vagina
- b. Infección

2.8. Síntomas presentes

- a. Dolor hipogástrico
- b. Fiebre y escalofríos