

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



TESIS:

**Factores asociados a aborto incompleto determinado por
ultrasonografía. Hospital de apoyo de Cangallo. Enero - marzo
2024**

Para optar el título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA
Y MONITOREO FETAL**

PRESENTADO POR:

Obst. Apolonia Jacinta ESPINOZA PALOMINO

ASESOR:

Mg. Osmar QUISPE ALANYA

AYACUCHO - PERÚ

2025

Índice general

Índice general.....	ii
Índice de tablas.....	iv
Índice de gráficos.....	v
Índice de anexos.....	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	9
Capítulo I El problema	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	12
1.3. Objetivos de la investigación	12
1.3.1. Objetivo general.....	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación y/o importancia del estudio	13
Capítulo II Marco teórico.....	14
2.1. Antecedentes del estudio	14
2.2. Bases teóricas	17
2.2.1. Aborto	17
2.2.2. Clasificación.....	17
2.2.2.1. Aborto Precoz	17
2.2.2.2. Aborto tardío	17
2.2.3. Etiología.....	17
2.2.4. Tipos de aborto	17
2.2.4.1. Aborto espontaneo.....	17
2.2.4.2. Aborto provocado.....	18
2.2.5. Clasificación.....	18
2.2.6. Aborto incompleto	18
2.2.7. Curso clínico del aborto incompleto	18
2.2.7.1. Cuadro Clínico	18
2.2.7.2. Diagnóstico del Aborto Incompleto.....	19
2.2.7.3. Exámenes Auxiliares.....	19
2.3. Formulación de la hipótesis.....	20
2.4. Definición conceptual y operativa de términos	21
2.5. Operacionalización de variables.....	23
Capítulo III Metodología de la investigación.....	25
3.1. Tipo de investigación	25

3.2. Nivel de investigación	25
3.3. Diseño de investigación	25
3.4. Método de estudio.....	25
3.5. Población y muestra.....	25
3.5.1. Población	25
3.5.2. Muestra.....	25
3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos	26
3.6.1. Técnicas	26
3.6.2. Instrumentos	26
3.7. Procedimiento de recolección de datos.....	26
3.8. Procesamiento y análisis de datos	26
Capítulo IV Resultados y discusión.....	27
Discusión	34
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Referencias bibliográficas	39

Índice de tablas

Tabla 1	Factores sociodemográficos de las mujeres con aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo. Enero - marzo 2024.	28
Tabla 2	Factores gineco obstétricos de las mujeres con aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo. Enero - Marzo 2024.	29
Tabla 3	Factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía, Hospital de Apoyo Cangallo, enero – marzo 2024.....	30
Tabla 4	Factores gineco obstétricos asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía, Hospital de Apoyo Cangallo, enero – marzo 2024.....	32

Índice de gráficos

Gráfico 1	Incidencia de aborto incompleto determinado por ultrasonografía, Hospital de Apoyo Cangallo, enero – marzo 2024.....	27
------------------	--	----

Índice de anexos

Anexo 1	Ficha de recolección de datos	41
----------------	-------------------------------------	----

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024. **Metodología:** estudio cuantitativo, correlacional, observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal, el cual tuvo una muestra de 80 mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de estudio, de las cuales 48 presentaron aborto incompleto diagnosticado por ultrasonografía. **Resultados:** El estudio reveló que la incidencia de aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo fue del 60,0% (48 casos). Entre los factores sociodemográficos, se observó que el mayor porcentaje de mujeres con aborto incompleto tenía entre 20 y 35 años (26,3%), era soltera (22,5%) y provenía de zonas urbanas (38,8%). En cuanto a los factores gineco-obstétricos, el 30,0% de los abortos incompletos ocurrieron antes de las 12 semanas de gestación, el 18,8% tenían antecedentes de aborto previo, y el 36,3% no asistieron a controles prenatales. A pesar de estos hallazgos descriptivos, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre las variables analizadas y el diagnóstico de aborto incompleto. Esto sugiere que múltiples factores podrían influir en su ocurrencia, destacando la necesidad de estudios adicionales para comprender mejor esta condición. **Conclusiones:** Al analizar la asociación entre los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos con el diagnóstico de aborto incompleto mediante ultrasonografía, no se evidenció una relación estadísticamente significativa en ninguna de las variables analizadas ($p > 0,05$).

Palabras clave: ultrasonografía, factores sociodemográficos, factores gineco-obstétricos, aborto incompleto.

Abstract

Objective: Determine the factors associated with incomplete abortion determined by ultrasonography at the Cangallo Support Hospital during the period from January to March 2024. **Methodology:** quantitative, correlational, observational, analytical, retrospective cross-sectional study, which had a sample of 80 women treated at the Cangallo Support Hospital during the study period, of which 48 presented incomplete abortion diagnosed by ultrasonography. **Results:** The study revealed that the incidence of incomplete abortion determined by ultrasonography at the Cangallo Support Hospital was 60.0% (48 cases). Among the sociodemographic factors, it was observed that the highest percentage of women with incomplete abortions were between 20 and 35 years old (26.3%), were single (22.5%) and came from urban areas (38.8%). Regarding gynecological-obstetric factors, 30.0% of incomplete abortions occurred before 12 weeks of gestation, 18.8% had a history of previous abortion, and 36.3% did not attend prenatal check-ups. Despite these descriptive findings, no statistically significant association ($p > 0.05$) was found between the variables analyzed and the diagnosis of incomplete abortion. This suggests that multiple factors could influence its occurrence, highlighting the need for additional studies to better understand this condition. **Conclusions:** When analyzing the association between sociodemographic and gynecological-obstetric factors with the diagnosis of incomplete abortion by ultrasonography, no statistically significant relationship was evident in any of the variables analyzed ($p > 0.05$). **Keywords:** ultrasonography, sociodemographic factors, gynecological-obstetric factors, incomplete abortion.

Introducción

La interrupción parcial del embarazo, o aborto incompleto, es un problema de salud pública que afecta a personas de todo el mundo y afecta a mujeres de diferentes grupos de edad, entornos socioeconómicos y ubicaciones geográficas, representa del 10% al 15% de los embarazos en todo el mundo y cada vez es más común¹. Para mejorar la atención médica especializada y la política de salud reproductiva, es imperativo identificar y comprender los elementos vinculados a este fenómeno. En este marco, el presente estudio se centra en examinar las variables vinculadas al aborto incompleto identificadas por ultrasonografía realizada en el Hospital de Apoyo de Cangallo entre enero y marzo de 2024.

Como evento médico, el aborto incompleto conlleva graves riesgos para la salud de la mujer, así como cuestiones morales y legales que cambian según las leyes de cada estado. Las variables biológicas, sociales, económicas y culturales se encuentran entre los muchos factores que impactan la decisión de tener un aborto, ya sea que se realice de forma espontánea o bajo supervisión médica. Muchas facetas de este fenómeno han sido aclaradas por la investigación científica en las últimas décadas, pero aún existen lagunas en nuestra comprensión de todas las variables en juego, particularmente en contextos particulares como el Hospital de Apoyo de Cangallo.

La necesidad de técnicas precisas y no invasivas que permitan un diagnóstico temprano y confiable de la interrupción parcial del embarazo llevó a la selección de la ecografía como herramienta para determinar el aborto incompleto. La ecografía se ha convertido en una herramienta vital en la evaluación del embarazo y la identificación de dificultades debido a su capacidad de producir imágenes detalladas del útero y del feto.

En el Perú hay alrededor de un millón de embarazos al año, lo cual un tercio termina en aborto. Se ha concluido de acuerdo con eventos internacionales que el país latinoamericano con el mayor número de abortos es Perú, seguido de Brasil y Argentina. Por cada mujer que muere a causa del aborto hay 10 a 15 mujeres que quedan inhabilitadas para procrear². Así mismo, el Hospital de Apoyo Cangallo, como entidad de atención médica en esta investigación, se erige como un escenario propicio para abordar esta problemática, considerando su ubicación geográfica y la población a la que presta servicios.

Los antecedentes teóricos y empíricos del aborto incompleto se examinarán a lo largo de las próximas páginas, centrándose en los estudios pertinentes que han abordado factores relacionados en diversos contextos. Además, se explicará la metodología de investigación empleada y la importancia de los hallazgos para la práctica clínica y el desarrollo de políticas de salud en el Hospital de Apoyo Cangallo.

En este estudio se planteó como objetivo general determinar los factores asociados al aborto incompleto diagnosticado por ultrasonografía en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024. La metodología utilizada fue un enfoque descriptivo, observacional y transversal, con una muestra de 80 mujeres seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Los resultados mostraron que el aborto incompleto tuvo una incidencia del 60,0% en el Hospital de Apoyo de Cangallo. Las mujeres afectadas se caracterizaron por estar entre 20 y 35 años, ser solteras y proceder de zonas urbanas. Además, la mayoría presentó menos de 12 semanas de gestación, antecedentes de aborto previo y falta de controles prenatales. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre estas variables y el diagnóstico de aborto incompleto ($p > 0,05$).

Capítulo I

El problema

1.1. Planteamiento del problema

Como complicación del embarazo, el aborto incompleto representa una grave amenaza para la salud reproductiva de las mujeres. La prevalencia del aborto incompleto se ha convertido en un problema visible en el Hospital de Apoyo de Cangallo, y el diagnóstico preciso por ultrasonido proporciona un método de diagnóstico esencial. La magnitud del fenómeno y sus implicaciones para la salud de las mujeres y el sistema de salud en general respaldan la necesidad de abordar este problema.

Según la OMS, cada minuto se producen en todo el mundo 632 encuentros sexuales fértiles, 315 embarazos no deseados y 158 embarazos deseados. Además, cada año se realizan 50 millones de abortos inducidos en todo el mundo, y más de la mitad de ellos se realizan en países en desarrollo y, por lo general, en circunstancias peligrosas. Los abortos inseguros provocan más de 75.000 muertes maternas cada año y, en algunos países latinoamericanos, el aborto puede representar hasta el 30% de la mortalidad materna¹.

En el Hospital de Apoyo Cangallo se documentaron durante el año 2022, unos 158 casos de abortos incompletos identificados mediante ecografía. Los datos antes mencionados indican la magnitud del problema y enfatizan la necesidad apremiante de comprender los factores que conducen a esta situación en el marco de este centro de salud.

La literatura científica enfatiza cómo interactúan los factores biológicos y socioeconómicos para determinar la prevalencia del aborto incompleto. En investigaciones anteriores se ha descubierto que la edad materna, las afecciones médicas preexistentes, la paridad y el acceso a los servicios de atención médica son determinantes importantes. Se observan rasgos sociodemográficos particulares de la población de pacientes del hospital en el caso particular de Cangallo, y estos rasgos pueden tener un impacto en la prevalencia de abortos incompletos.

Según estudios realizados por el MINSA, en el Perú en 2011 había 40.819 mujeres que tenían diagnóstico de embarazo que terminó en aborto por las condiciones del alta; en 2012 fueron 42.662 y en 2013 fueron 43.738. Según el MINSA, 15.478 mujeres en Perú

entre 18 y 29 años que tuvieron diagnóstico de embarazo entre enero y septiembre de 2014 abortaron. Considerando la ciudad de Lima que tuvo 2.174 casos en total. Cusco tiene 892, Arequipa tiene 978, Lima Este 947, Junín 945, La Libertad 905 y así sucesivamente³.

El uso de la ecografía como método de diagnóstico es fundamental para garantizar la precisión en la identificación de casos de aborto incompleto. La ecografía proporciona información detallada que guía las decisiones clínicas mediante la evaluación de la morfología uterina y fetal. Sin embargo, la eficacia de esta herramienta puede verse influenciada por una variedad de factores, incluida la experiencia del personal médico, la disponibilidad de equipos y el acceso de las mujeres a los servicios de ultrasonido.

Al identificar y examinar las variables relacionadas con el aborto incompleto identificadas por ecografía en el entorno particular del Hospital de Apoyo Cangallo, este estudio busca avanzar en la comprensión científica. Comprender los factores que contribuyen a este problema ayudará a diseñar estrategias de intervención más efectivas que se adapten a las necesidades de la población a la que atiende esta institución. Esto elevará el nivel de atención médica y reducirá el número de casos de abortos incompletos.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024.
- Identificar los factores sociodemográficos asociadas al aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024.
- Identificar los factores gineco obstétricos asociadas al aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024.
- Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos con el diagnóstico de aborto incompleto mediante ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo 2024.

1.4. Justificación y/o importancia del estudio

La investigación sobre los factores asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024 es fundamental debido a su relevancia tanto a nivel local como en el ámbito de la salud reproductiva global. En primer lugar, la incidencia creciente de casos de aborto incompleto en esta institución médica evidencia la necesidad urgente de comprender los factores que contribuyen a esta problemática en un contexto específico. La identificación de estas variables permitirá no solo mejorar la atención médica inmediata a las mujeres afectadas, sino también diseñar estrategias preventivas adaptadas a las características sociodemográficas y de salud de la población atendida en el Hospital de Apoyo Cangallo.

Además, esta investigación contribuirá al conocimiento científico en el campo de la salud reproductiva al analizar la eficacia de la ultrasonografía como herramienta diagnóstica en el contexto del aborto incompleto. La evaluación detallada de la experiencia del personal médico, la disponibilidad de equipos y la accesibilidad de las mujeres a los servicios de ultrasonido proporcionará información valiosa para mejorar los protocolos de diagnóstico y tratamiento.

La relevancia de este estudio se extiende más allá de las fronteras de Cangallo, ya que sus hallazgos podrían tener implicaciones para la formulación de políticas de salud reproductiva a nivel nacional e internacional, contribuyendo así a la mejora continua de la atención y prevención de complicaciones asociadas al aborto incompleto.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes del estudio

Correa B. (Ecuador, 2018) en su investigación “aborto incompleto: factores de riesgo y complicaciones” en cual tuvo como **objetivo:** determinar los factores de riesgo que predisponen a un aborto incompleto y las complicaciones a las que se enfrentan las pacientes luego de sufrir un aborto. **Materiales y métodos:** estudio de tipo descriptivo, comparativo y no experimental, la información se obtuvo de los expedientes de 247 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto en el área de ginecología del hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2015. **Resultados:** Cuando se trata de embarazos no deseados, preocupa señalar que el 68% de las pacientes se automedican con misoprostol, teniendo en cuenta que las adolescentes entre 15 y 20 años tienen la mayor tasa de abortos incompletos. El rango de edad más común para los abortos incompletos es entre 15 y 20 años, se encontró que el 54% de los pacientes son de zona urbana y el 48% son de zona rural según su lugar de origen. Las primigestas representan el mayor porcentaje de abortos incompletos (64%), mientras que las multigestas tienen una menor incidencia de abortos incompletos. Este estudio reveló que el 64% de las pacientes nunca había tenido un aborto, en comparación con el 22% que ya había tenido uno, el 9% que había tenido dos y el 5% que había tenido tres⁴.

Pichilingue L. (Huánuco, 2023) en su investigación “factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en la Clínica Familiar Unión, Huacho-Lima 2022” el cual tuvo como **Objetivo:** identificar las variables vinculadas a abortos incompletos entre pacientes atendidas en la Clínica Familiar Unión. **Metodología:** Se realizó un estudio con 160 gestantes. Debido a que las variables fueron medidas en un determinado momento, nivel, tipo observacional descriptivo y de acuerdo con una planificación retrospectiva, la investigación tiene un diseño transaccional no experimental. Para el programa se utilizó SPSS versión 23 y para el procesamiento de datos se utilizó Excel 2016. Se utilizó la técnica de confiabilidad Kuder Richardson KR20. **Resultados:** De las

pacientes atendidas en Ginecología Obstétrica con diagnóstico de Aborto Incompleto, el 41,3% eran convivientes; el 47,5% se encontraba en el rango de edad de 28 a 32 años; el 61,3% tenía nivel de educación secundaria; el 85,0% eran de origen urbano; El 83,8% de las pacientes presentó infecciones vaginales, el 58,8% obesidad; 66,3% con infecciones del tracto urinario; 62,5% con anemia; el 55,0% eran multíparas; El 66,3% de las pacientes presentaron < 15 semanas de embarazo; el 86,3% tenía antecedentes de aborto; el 61,3% tenía amenaza de aborto; y el 86,3% de los abortos de las pacientes se produjeron de forma espontánea. concluyendo que las pacientes atendidas en la Clínica Unión Familia tuvieron variables relacionadas con abortos incompletos⁵.

Uceda R. (Huaraz, 2021) en su investigación “Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019”, el cual tuvo como **Objetivo:** identificar los factores de riesgo de aborto incompleto en mujeres mayores fértiles del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. **Metodología:** Con una población de 3000 gestantes y una muestra de 200, la investigación fue un estudio epidemiológico de casos y controles, cuantitativo y no experimental. El primer grupo estuvo formado por mujeres embarazadas a las que se les había diagnosticado un aborto incompleto (100 casos), mientras que el segundo grupo estuvo formado por mujeres embarazadas a las que no se les había diagnosticado un aborto incompleto (100 controles). Se utilizó la ficha de recolección de datos como instrumento para el análisis documental de la información. **Los resultados** mostraron que los siguientes factores se asociaron con un mayor riesgo de aborto: antecedentes de aborto (valor $p = 0,022$ y $OR = 8,543$), amenaza actual de aborto (valor $p = 0,000$ y $OR = 265,927$), uso de misoprostol para causar aborto (valor de $p = 0,008$ y $OR = 22,102$) y estado civil (valor de $p = 0,016$ y $OR = 2,196$). Llegó a la conclusión de que el estado civil era el único componente sociodemográfico asociado al aborto parcial. De manera similar, los hábitos perjudiciales son el único componente biológico asociado con el aborto parcial. El control prenatal, los antecedentes de aborto, la amenaza de aborto en el momento y el uso de misoprostol para inducir un aborto fueron los factores obstétricos que mostraron la asociación significativa más fuerte con el riesgo de aborto incompleto⁶.

Morales H. (Lima, 2020) en su investigación “factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de Gineco-obstetricia del Hospital San José durante enero – diciembre 2019” el cual tuvo como **objetivo:** determinar la relación entre las características sociodemográficas y el desarrollo de aborto incompleto en pacientes que recibieron tratamiento en el servicio de urgencias de obstetricia y ginecología del Hospital San José de enero a diciembre de 2019. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo, analítico, tipo casos y controles. Los datos fueron sometidos a un análisis univariado, determinando

frecuencias y porcentajes. Para evaluar la relación de los factores independientes con la variable aborto incompleto, se realizó un análisis bivariado de las variables independientes mediante la prueba estadística de Chi cuadrado para las variables cualitativas. **Resultados:** La investigación mostró que el 86,5% de todos los pacientes tenían edades entre 15 y 35 años cuando aparecieron por primera vez. El Callao fue el lugar de procedencia más común (57,7%), y la tasa de desempleo de los pacientes fue del 76,8%, con un valor de p de 0,03 y una OR de 1,641. Conclusiones: La presentación de un aborto incompleto está en riesgo debido al desempleo⁷.

Ramírez Y. (Lima, 2018) en su investigación “Relación entre el diagnóstico del aborto por ecografía y por evaluación clínica Hospital José Agurto Tello Chosica 2015” tuvo como **objetivo:** Determinar relación del aborto diagnosticado por ecografía y por evaluación clínica, en el Hospital José Agurto Tello de Chosica. **Materiales y Métodos:** diseño longitudinal, retrospectivo y descriptivo. Con una muestra de 144 usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión con atención de aborto. La institución del estudio empleó como instrumento una clínica de hojas de datos basada en la historia. La evidencia empleada fue Chi cuadrado. **Resultados:** De los pacientes, el 56,3% tenía entre 18 y 29 años; el 47,2% convivía; el 61,8% había completado la educación secundaria; el 46,5% eran nulíparas; y el 42,4% había abortado previamente. El sangrado vaginal fue más común en la clínica de evaluación (72,9%), seguido de los abortos incompletos (93,8%), la edad gestacional entre 8 y 12 semanas (56,1%) y la histerometría (10 cm) (38,2%). Los abortos incompletos representaron el 95,1% de las características ecográficas, seguidos de la edad gestacional entre 8 y 12 semanas (56,3%) y el tamaño uterino de 10 cm (31,3%). Los diagnósticos de edad gestacional mediante ecografía y examen clínico no están relacionados ($gl=3$ $\chi^2 =3.668$ $p=0.2996$); el aborto está significativamente relacionado ($gl=1$ $\chi^2 =27.469$ $p=0.0000$) cuando se correlaciona; El tamaño uterino a 12 centímetros es el único diagnóstico donde se relacionan significativamente ($df=1$ $\chi^2 =7.107$ $p=0.0077$). **Conclusión:** De los seis indicadores, sólo uno muestra una diferencia significativa de 12 centímetros entre las mediciones ecográficas y del examen clínico del tamaño del útero y el diagnóstico de aborto⁸.

León J. (Trujillo, 2016) en su investigación “Sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con aborto incompleto en Hospital Belén de Trujillo en el año 2015” el cual tuvo como **Objetivo:** Determinar la sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con aborto incompleto en Hospital Belén de Trujillo. **Metodología:** Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo y correlacional de las pruebas diagnósticas. Ochenta pacientes con sospecha de abortos incompletos constituyeron la población de estudio. Estas pacientes se dividieron

en dos grupos: las que tuvieron abortos incompletos y las que no. Hallazgos: En cuanto a la edad, el nivel educativo y el estado civil, no se encontraron variaciones discernibles entre los grupos de investigación. La distribución de los resultados de la ecografía entre las pacientes fue del 7 por ciento sin aborto y del 93% con aborto incompleto. Los hallazgos anatomopatológicos en las pacientes se distribuyeron de la siguiente manera: el 93% tuvo abortos incompletos y el 7% no tuvo abortos. Al diagnosticar un aborto, los resultados de la ecografía tuvieron una sensibilidad del 98% y una especificidad del 83%. **Conclusiones:** el 98% y el 83%, respectivamente, de los hallazgos ecográficos fueron lo suficientemente sensibles para diagnosticar aborto⁹.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto

Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas o con un peso fetal inferior a 500 gramos, con o sin expulsión parcial o total del producto de la concepción¹⁰.

Se denomina aborto a la expulsión o extracción del producto concebido fuera del útero de la madre, que pese 500 gramos o menos, o que se produzca antes de las 22 semanas de embarazo¹¹.

Según **Vásquez¹² et al.**, un aborto es la extracción de un embrión o feto que pesa menos de 500 gramos (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) u otro producto de la gestación de cualquier edad o peso que sea absolutamente inviable (p. ej., óvulo no embrionado, mola hidatiforme, etc.) independientemente de que exista o no evidencia de vida y de si el aborto fue inducido o espontáneo.

2.2.2. Clasificación

2.2.2.1. Aborto Precoz

Es el que ocurre antes de las 12 semanas.

2.2.2.2. Aborto tardío

Es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación.

2.2.3. Etiología

- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormonal.
- Enfermedades intercurrentes¹⁰.

2.2.4. Tipos de aborto

2.2.4.1. Aborto espontaneo

La interrupción involuntaria de un embarazo antes de que el feto sea viable, o a las 22 semanas de gestación, se conoce como aborto espontáneo. El ochenta por ciento de los abortos espontáneos ocurren antes de las 12 semanas de gestación, lo que se considera un aborto temprano. El resto de los embarazos se denominan abortos tardíos

y ocurren entre las semanas 13 y 14. Dado que la mayoría de los abortos tempranos corresponden a óvulos aberrantes o anembrionarios y que la mayoría de los abortos que involucran fetos ocurren más tarde, esta clasificación tiene cierta utilidad clínica¹³. Sucede por razones naturales. Este grupo incluye aquellos que son el resultado de factores externos como, por ejemplo, enfermedades transmisibles, traumas y accidentes¹⁴.

2.2.4.2. Aborto provocado

Independientemente de la técnica, un aborto inducido también se considera aquel que resulta en sufrimiento intencional o artificial¹⁵.

Es la interrupción de un embarazo cuando el feto aún no está lo suficientemente desarrollado para sobrevivir fuera del útero, y en este caso la causa es la intervención humana. Para lograrlo se utilizan numerosas técnicas, como el legrado, la inducción y la regulación menstrual.

2.2.5. Clasificación

Los tipos de aborto pueden ser clasificados en:

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto en evolución o aborto inminente
- Aborto completo
- Aborto diferido o huevo muerto retenido
- Aborto séptico¹⁶.

2.2.6. Aborto incompleto

Es la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través del cuello uterino con modificaciones y sangrado variable. El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y se presenta cuando ocurre la expulsión parcial del producto de la concepción¹⁶.

La OMS expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países. El aborto puede ser espontáneo o inducido y este a su vez pueden ser completo o incompleto¹⁷.

2.2.7. Curso clínico del aborto incompleto

2.2.7.1. Cuadro Clínico

Gestación menor de 22 semanas con:

- Dolor abdominal en bajo vientre y/o sangrado vaginal de cuantía variable
- Con o sin cambios cervicales.
- Con expulsión o sin expulsión del producto de la gestación¹⁰.

2.2.7.2. Diagnóstico del Aborto Incompleto

- Sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal).
- Sangrado persistente y de regular cantidad durante 24 horas que pone en peligro la vida de la paciente¹⁰.
- Coágulos sanguíneos expulsados por el útero que son parte del tejido y los productos del embarazo (tejidos fetales, placentarios y líquido amniótico)

2.2.7.3. Exámenes Auxiliares

De patología clínica

- Hemograma (recuento de leucocitos, fórmula leucocitaria, hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen de orina.
- RPR o VDRL
- Prueba de ELISA para VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o prueba rápida para VIH.
- Prueba de confirmación del embarazo (orina, sangre).

De imágenes

Ecografía: revela restos en cavidad uterina o embrión, ausencia de signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento, número de fetos. Su realización es obligatoria ante cualquier embarazada con sospecha de aborto¹².

Signos ecográficos que permiten de forma inequívoca establecer el diagnóstico de aborto diferido son:

- a. Ausencia de actividad cardíaca en un embrión con longitud cefalocaudal (LCC) >5 mm.
- b. Ausencia de actividad cardíaca en un embrión con LCC >3,5 mm demostrada por un evaluador experimentado en condiciones óptimas para la visualización del embrión.
- c. Saco gestacional con un diámetro medio \geq 20 mm sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior.

La presencia de latido cardiaco es la prueba definitiva más precoz de que la gestación es viable. Su detección por ecografía transvaginal es posible incluso desde la aparición del tubo cardiaco 21 días después de la fecundación (al inicio de la sexta semana).

La bradicardia <100 lpm aumenta el riesgo de aborto y, si en una segunda exploración realizada una semana después la bradicardia se mantiene, invariablemente se producirá un aborto espontáneo¹².

2.3. Formulación de la hipótesis

Ho: Los factores sociodemográficos y obstétricos no están asociados al aborto incompleto en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los meses de enero – marzo 2024.

H1: Los factores sociodemográficos y obstétricos están asociados al aborto incompleto en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los meses de enero – marzo 2024.

2.4. VARIABLES E INDICADORES

Variable dependiente

Aborto incompleto determinado por ultrasonografía

Variable independiente:

Factores sociodemográficos

- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Residencia
- Condición socioeconómica

Factores gineco obstétricos

- Edad gestacional
- Historia de abortos previos
- Paridad
- Uso de métodos anticonceptivos
- Atenciones prenatales
- periodo intergenésico
- Infección del tracto urinario

2.4. Definición conceptual y operativa de términos

Aborto: Es la expulsión o extracción del producto de la concepción (embrión o feto no viable) hasta antes de las 22 semanas de gestación.

Aborto incompleto: Es la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. Se considerará al aborto incompleto como consecuencia de un aborto provocado que se presenta antes de las 22 semanas de gestación o producto de la concepción menor a 500 gramos.

Edad: tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento

Estado civil: es la condición social en relación a su filiación o matrimonio que se hace constar en el registro civil.

Procedencia: lugar o sitio donde proviene algo o alguien.

Grado de instrucción: es el nivel de estudio o de educación recibida por una persona.

Ocupación: trabajo, empleo y oficio en la cual se desenvuelve una persona para su subsistencia.

Edad gestacional: es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación. Se expresa en semanas o meses completos.

Paridad: Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente la paridad se designa con el número total de embarazos y se representa por letra “P” o la palabra “para”.

2.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable dependiente Aborto incompleto	Interrupción parcial del embarazo en la que persisten restos ovulares o placentarios en el útero.	Diagnóstico confirmado mediante ultrasonografía y registrado en la historia clínica de las pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo.	No aplica	Diagnóstico confirmado mediante ultrasonografía	Nominal (Sí/No)
Variable independiente Factores asociados	Factores sociodemográficos Características personales y sociales que pueden influir en la ocurrencia del aborto incompleto.	Información recopilada de las historias clínicas y fichas sociodemográficas de las pacientes atendidas.	Edad	Adolescente (10-19 años), Adulta joven (20-34 años), Adulta mayor (>35 años)	Ordinal
			Estado civil	Soltera, Casada, Conviviente	Nominal
			Nivel de instrucción	Sin estudios, Primaria, Secundaria, Superior	Ordinal
			Residencia	Urbana, Rural	Nominal
			Condición socioeconómica	Baja, Media, Alta	Ordinal
	Factores gineco obstétricos Características médicas y obstétricas que pueden estar asociadas con el aborto incompleto.	Información obtenida de las historias clínicas de las pacientes y datos relacionados con su historia obstétrica y ginecológica.	Edad gestacional	Primer trimestre (0-12 semanas), Segundo trimestre (13-20 semanas)	Ordinal
			Historia de abortos previos	Sí, No	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
			Paridad	Nulípara, Primípara, Multípara	Ordinal
			Uso de métodos anticonceptivos	Sí, No; tipo de método (hormonal, barrera, etc.)	Nominal
			Atenciones prenatales	Sí, No	Nominal
			periodo intergenésico	corto (< 24 meses), Adecuado (25 - 48 meses), Largo (> 48 meses)	Ordinal
			Infección del tracto urinario	Si, No	Nominal

Capítulo III

Metodología de la investigación

3.1. Tipo de investigación

Cuantitativa

3.2. Nivel de investigación

Correlacional

3.3. Diseño de investigación

Observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal

3.4. Método de estudio

No experimental

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Estuvo constituida por todas las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024 que presentaron sospecha de aborto incompleto.

3.5.2. Muestra

Estuvo conformado por 80 pacientes con sospecha de aborto incompleto, de las cuales 48 presentarán diagnóstico confirmado de aborto incompleto y 32 mujeres sin diagnóstico de aborto incompleto hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de aborto incompleto.
- Mujeres que cuenten con examen de ultrasonografía.

Criterios de exclusión:

- Mujeres sin ultrasonografía
- Mujeres con otro tipo de aborto
- Usuarias que no deseen participar voluntariamente en la investigación

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia

3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.6.1. Técnicas

- Revisión de Historias Clínicas
- Revisión de informes ecográficos
- Aplicación de la entrevista estructurada

3.6.2. Instrumentos

- Ficha de entrevista Estructurada.
- Ficha de recolección de datos
- Historias clínicas
- Informes ecográficos.

3.7. Procedimiento de recolección de datos

- A través de la Dirección de la Escuela de postgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital de Apoyo Cangallo.
- Una vez conseguida la autorización, se procedió a identificar a las pacientes que participarán en el estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.
- A las pacientes seleccionadas para el estudio se les solicitó el consentimiento informado para la obtención de datos. Una vez obtenida la aceptación se les entrevistará haciendo uso del cuestionario estructurado.
- Concluido con el recojo de información se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

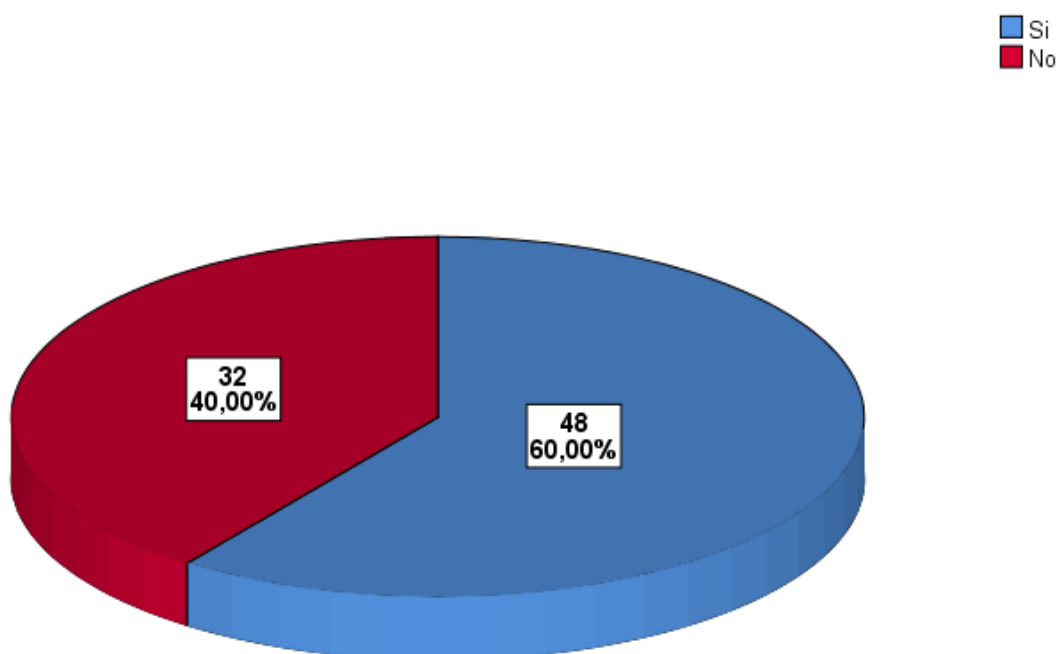
Con los instrumentos de recolección codificados se procederá a crear la base de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente la base de datos será procesada en el Software Estadístico IBM SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Science), con los cuales se construirán cuadros de una y doble entrada, a los cuales se les aplicará la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la relación de las principales variables de estudio. Estos resultados se presentaron en tablas y gráficos que facilitaron su interpretación y análisis.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Gráfico 1

Incidencia de aborto incompleto determinado por ultrasonografía, Hospital de Apoyo Cangallo, enero – marzo 2024.



El Gráfico 01 muestra la incidencia de aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024. Del total de 80 casos evaluados, el 60,0% (48) presentó diagnóstico de aborto incompleto, mientras que el 40,0% (32) no lo presentó. Estos datos indican una alta

proporción de mujeres diagnosticadas con esta condición en el periodo analizado, lo que podría sugerir factores subyacentes asociados que requieren mayor investigación.

Tabla 1

Factores sociodemográficos de las mujeres con aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo. Enero - marzo 2024.

		N°	%
Edad	< 20 años	19	23.8
	20 - 35 años	33	41.3
	> 35 años	28	35.0
	Total	80	100.0
Estado Civil	Soltera	29	36.3
	Casada	23	28.8
	Conviviente	28	35.0
	Total	80	100.0
Nivel de Instrucción	Primaria	16	20.0
	Secundaria	43	53.8
	Superior	21	26.3
	Total	80	100.0
Procedencia	Urbana	52	65.0
	Rural	28	35.0
	Total	80	100.0
Ocupación	Ama de casa	27	33.8
	Estudiante	13	16.3
	Empleada	24	30.0
	Independiente	16	20.0
	Total	80	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos

En la Tabla 01 se presentan los factores sociodemográficos de las mujeres con aborto incompleto atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de estudio. En cuanto a la edad, el 41.3% (33) de las mujeres tenía entre 20 y 35 años, el 35.0% (28) tenía más de 35 años, y el 23.8% (19) tenía menos de 20 años. Respecto al estado civil, el 36.3% (29) de las participantes eran solteras, el 35.0% (28) convivientes, y el 28.8% (23) estaban casadas. En relación con el nivel de instrucción, el 53.8% (43) tenía nivel secundario, seguido del 26.3% (21) con educación superior, y el 20.0% (16) con nivel primario. Sobre la procedencia, el 65.0% (52) de las mujeres provenía de áreas urbanas, mientras que el 35.0% (28) procedía de zonas rurales. Finalmente, en cuanto a la ocupación, el 33.8% (27) de las mujeres eran amas de casa, el 30.0% (24)

trabajaban como empleadas, el 20.0% (16) realizaban trabajos independientes, y el 16.3% (13) eran estudiantes.

En conclusión, Se observa que la mayoría de las mujeres con aborto incompleto atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de estudio se encuentran en el grupo etario de 20 a 35 años, tienen nivel secundario de instrucción, provienen de áreas urbanas y se desempeñan mayormente como amas de casa o empleadas.

Tabla 2

Factores gineco obstétricos de las mujeres con aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo. Enero - Marzo 2024.

		N°	%
Edad Gestacional	< 12 sem	42	52.5
	13 - 22 sem	38	47.5
	Total	80	100.0
Historia de Abortos Previos	Si	19	23.8
	No	61	76.3
	Total	80	100.0
Gesta	Primigesta	41	51.3
	Multigesta	30	37.5
	Gran multigesta	9	11.3
	Total	80	100.0
Uso de Métodos Anticonceptivos	Si	29	36.3
	No	51	63.8
	Total	80	100.0
Atenciones Prenatales	Si	33	41.3
	No	47	58.8
	Total	80	100.0
Periodo Intergenésico	Ninguno	41	51.3
	Corto	12	15.0
	Adecuado	13	16.3
	Largo	14	17.5
	Total	80	100.0
Infección del Tracto Urinario	Si	29	36.3
	No	51	63.8
	Total	80	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos

En la Tabla 02 se describen los factores gineco-obstétricos de las mujeres con aborto incompleto atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de estudio. En cuanto a la edad gestacional, el 52.5% (42) de los casos ocurrió antes de las 12 semanas de gestación, mientras que el 47.5% (38) ocurrió entre las 13 y 22 semanas.

Respecto a la historia de abortos previos, el 23.8% (19) de las mujeres había tenido antecedentes de abortos, mientras que el 76.3% (61) no tenía antecedentes. En relación a la gesta, el 51.3% (41) de las mujeres eran primigestas, el 37.5% (30) multigestas, y el 11.3% (9) gran multigestas. Sobre el uso de métodos anticonceptivos, el 63.8% (51) de las mujeres no utilizaban métodos anticonceptivos, mientras que el 36.3% (29) sí los usaban. En cuanto a las atenciones prenatales, el 58.8% (47) de las mujeres no acudió a controles prenatales, mientras que el 41.3% (33) sí lo hizo. Respecto al periodo intergenésico, el 51.3% (41) de las mujeres no tenía un intervalo intergenésico previo, el 17.5% (14) presentaron un periodo largo, el 16.3% (13) un intervalo adecuado, y el 15.0% (12) un intervalo corto. Finalmente, en relación a la infección del tracto urinario, el 63.8% (51) no presentó infecciones, mientras que el 36.3% (29) sí lo hicieron. En conclusión, los datos muestran que la mayoría de los abortos incompletos ocurrieron antes de las 12 semanas de gestación, en mujeres sin antecedentes de abortos, principalmente primigestas, que no utilizaban métodos anticonceptivos y que no asistieron a controles prenatales. Adicionalmente, más de la mitad no contaba con un intervalo intergenésico previo y no presentaron infecciones del tracto urinario.

Tabla 3

Factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía, Hospital de Apoyo Cangallo, enero – marzo 2024.

		Diagnóstico Aborto Incompleto				Total		Chi cuadrado
		Si		No		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Edad	< 20 años	10	12,5%	9	11,3%	19	23,8%	X ² =0,618 p > 0.05 g.l = 2
	20 - 35 años	21	26,3%	12	15,0%	33	41,3%	
	> 35 años	17	21,3%	11	13,8%	28	35,0%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Estado Civil	Soltera	18	22,5%	11	13,8%	29	36,3%	X ² =0,795 p > 0.05 g.l = 2
	Casada	15	18,8%	8	10,0%	23	28,7%	
	Conviviente	15	18,8%	13	16,3%	28	35,0%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Nivel de Instrucción	Primaria	8	10,0%	8	10,0%	16	20,0%	X ² =3,274 p > 0.05 g.l = 2
	Secundaria	24	30,0%	19	23,8%	43	53,8%	
	Superior	16	20,0%	5	6,3%	21	26,3%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Procedencia	Urbana	31	38,8%	21	26,3%	52	65,0%	X ² =0,009 p > 0.05 g.l = 1
	Rural	17	21,3%	11	13,8%	28	35,0%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	16	20,0%	11	13,8%	27	33,8%	

	Diagnóstico Aborto Incompleto				Total		Chi cuadrado
	Si		No				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Estudiante	7	8,8%	6	7,5%	13	16,3%	X ² =2,052 p > 0.05 g.l = 3
Empleada	17	21,3%	7	8,8%	24	30,0%	
Independiente	8	10,0%	8	10,0%	16	20,0%	
Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 03 presenta los factores sociodemográficos asociados al diagnóstico de aborto incompleto determinado por ultrasonografía en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo, entre enero y marzo de 2024. En cuanto a la edad, el 26,3% (21) de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto tenían entre 20 y 35 años, el 21,3% (17) eran mayores de 35 años, y el 12,5% (10) tenían menos de 20 años. En el grupo sin diagnóstico de aborto incompleto, el 15,0% (12) tenían entre 20 y 35 años, el 13,8% (11) más de 35 años, y el 11,3% (9) menos de 20 años. Respecto al estado civil, el 22,5% (18) de las mujeres con diagnóstico eran solteras, el 18,8% (15) convivientes, y el 18,8% (15) casadas. En el grupo sin diagnóstico, el 13,8% (11) eran solteras, el 16,3% (13) convivientes, y el 10,0% (8) casadas. En relación con el nivel de instrucción, el 30,0% (24) de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto tenían nivel secundario, el 20,0% (16) nivel superior, y el 10,0% (8) nivel primario. En las mujeres sin diagnóstico, el 23,8% (19) tenían nivel secundario, el 10,0% (8) nivel primario, y el 6,3% (5) nivel superior. Sobre la procedencia, el 38,8% (31) de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto provenían de zonas urbanas, mientras que el 21,3% (17) eran de áreas rurales. En el grupo sin diagnóstico, el 26,3% (21) provenían de zonas urbanas y el 13,8% (11) de zonas rurales. Finalmente, en cuanto a la ocupación, el 21,3% (17) de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto eran empleadas, el 20,0% (16) amas de casa, el 10,0% (8) independientes, y el 8,8% (7) estudiantes. En el grupo sin diagnóstico, el 13,8% (11) eran amas de casa, el 10,0% (8) independientes, el 8,8% (7) empleadas, y el 7,5% (6) estudiantes.

En conclusión, ninguno de los factores sociodemográficos analizados presentó una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de aborto incompleto ($p > 0,05$). Esto sugiere que la edad, el estado civil, el nivel de instrucción, la procedencia y la ocupación no son determinantes directos en la ocurrencia de aborto incompleto en la población estudiada.

Tabla 4

Factores gineco obstétricos asociados al aborto incompleto determinado por ultrasonografía, Hospital de Apoyo Cangallo, enero – marzo 2024.

		Diagnóstico Aborto Incompleto				Total		Chi cuadrado
		Si		No				
		N°	%	N°	%	N°	%	
Edad Gestacional	< 12 sem	24	30,0%	18	22,5%	42	52,5%	X2=0,301 p > 0.05 g.l = 1
	13 - 22 sem	24	30,0%	14	17,5%	38	47,5%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Historia de Abortos Previos	Si	15	18,8%	4	5,0%	19	23,8%	X2=3,727 p > 0.05 g.l = 1
	No	33	41,3%	28	35,0%	61	76,3%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Gesta	Primigesta	24	30,0%	17	21,3%	41	51,2%	X2=0,203 p > 0.05 g.l = 2
	Multigesta	18	22,5%	12	15,0%	30	37,5%	
	Gran multigesta	6	7,5%	3	3,8%	9	11,3%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Uso de Métodos Anticonceptivos	Si	16	20,0%	13	16,3%	29	36,3%	X2=0,442 p > 0.05 g.l = 1
	No	32	40,0%	19	23,8%	51	63,7%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Atenciones Prenatales	Si	19	23,8%	14	17,5%	33	41,3%	X2=0,138 p > 0.05 g.l = 1
	No	29	36,3%	18	22,5%	47	58,8%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Periodo Intergenésico	Ninguno	24	30,0%	17	21,3%	41	51,2%	X2=0,170 p > 0.05 g.l = 3
	Corto	7	8,8%	5	6,3%	12	15,0%	
	Adecuado	8	10,0%	5	6,3%	13	16,3%	
	Largo	9	11,3%	5	6,3%	14	17,5%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	
Infección del Tracto Urinario	Si	17	21,3%	12	15,0%	29	36,3%	X2=0,036 p > 0.05 g.l = 1
	No	31	38,8%	20	25,0%	51	63,7%	
	Total	48	60,0%	32	40,0%	80	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 04 revela que, de las 48 mujeres diagnosticadas con aborto incompleto, el 30,0% (24) tenían una edad gestacional menor a 12 semanas, y el 30,0% (24) estaban entre 13 y 22 semanas. En el grupo sin aborto incompleto, el 22,5% (18) tenía una edad gestacional menor a 12 semanas y el 17,5% (14) entre 13 y 22 semanas. En cuanto a los antecedentes de aborto, el 18,8% (15) de las mujeres con aborto incompleto tenían historia previa de abortos, frente al 5,0% (4) del grupo sin aborto. La mayoría (41,3%; 33) no presentaron antecedentes, Respecto a la gesta, el 30,0% (24) de las mujeres con aborto incompleto eran primigestas, el 22,5% (18) multigestas y el 7,5% (6) gran multigestas. En el grupo sin aborto, el 21,3% (17) eran primigestas, el 15,0% (12) multigestas y el 3,8% (3) gran multigestas, Sobre el uso de métodos anticonceptivos, el 20,0% (16) de las mujeres con aborto incompleto los utilizaban, mientras que el 40,0% (32) no lo hacían. En el grupo sin aborto, el 16,3% (13) usaban métodos y el 23,8% (19) no, El 23,8% (19) de las mujeres con aborto incompleto recibieron atención prenatal, en comparación con el 17,5% (14) del grupo sin aborto. La mayoría de ambos grupos no

asistieron a controles prenatales. Respecto al periodo intergenésico, el 30,0% (24) de las mujeres con aborto incompleto no tenían periodo intergenésico, mientras que el 15,0% (7) tuvieron periodos cortos, el 10,0% (8) periodos adecuados y el 11,3% (9) periodos largos. Estas proporciones fueron similares en el grupo sin aborto. Finalmente, el 21,3% (17) de las mujeres con aborto incompleto tuvieron infección del tracto urinario, frente al 15,0% (12) en el grupo sin aborto. La mayoría no presentó infecciones en ambos grupos.

En conclusión, ninguno de los factores gineco obstétricos analizados presentó una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de aborto incompleto ($p > 0,05$). Esto sugiere que la edad gestacional, historia de abortos previos, gestas, uso de métodos anticonceptivos, atenciones prenatales, periodo intergenésico y la infección del tracto urinario no son determinantes directos en la ocurrencia de aborto incompleto en la población estudiada.

Discusión

El aborto incompleto es una complicación frecuente en la práctica obstétrica, y su análisis a través de factores sociodemográficos y gineco-obstétricos permite identificar patrones que pueden influir en su incidencia. A continuación, se discuten las variables principales del presente estudio en comparación con antecedentes relevantes.

En este estudio, el 30,0% de los abortos incompletos ocurrieron antes de las 12 semanas, mientras que otro 30,0% se presentó entre las 13 y 22 semanas. Estos resultados coinciden con lo señalado por Ramírez (2018), quien encontró que el 56,1% de los abortos incompletos se presentan en el rango de 8 a 12 semanas, lo que refuerza la alta incidencia en las primeras etapas del embarazo. Además, Uceda (2021) destaca que las edades gestacionales tempranas son un periodo crítico, ya que complicaciones como amenazas de aborto o uso de medicamentos para la interrupción son más comunes en estas etapas (OR = 265,927).

La importancia de identificar la edad gestacional radica en que permite realizar intervenciones tempranas para reducir complicaciones maternas. Sin embargo, en el presente estudio no se encontró significancia estadística entre la edad gestacional y el aborto incompleto ($p > 0,05$), lo que podría explicarse por el tamaño muestral o la diversidad de causas involucradas.

El presente estudio encontró que el 18,8% de las mujeres con aborto incompleto tenían antecedentes de aborto. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Uceda (2021), quien identificó que los antecedentes de aborto son un factor de riesgo significativo, con un OR de 8,543, lo que sugiere que las mujeres con abortos previos tienen más probabilidades de experimentar complicaciones similares en futuros embarazos. Asimismo, Correa (2018) reportó que el 36% de las mujeres con aborto incompleto ya habían tenido al menos un aborto previo.

A pesar de la importancia de este factor, en el presente estudio no se observó una asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Esto podría deberse a que otros factores, como el acceso a atención médica o las condiciones del entorno, influyen de manera más directa en esta población.

En relación con la paridad, el estudio halló que el 30,0% de las mujeres con aborto incompleto eran primigestas. Este resultado es consistente con lo reportado por Correa (2018), quien encontró que las primigestas representaban el 64% de los casos de aborto incompleto. De manera similar, Morales (2020) concluyó que las mujeres nulíparas o en su primer embarazo tienen mayor predisposición a complicaciones obstétricas, incluyendo el aborto incompleto.

El presente estudio no mostró una asociación significativa entre la paridad y el aborto incompleto ($p > 0,05$), lo cual podría explicarse por las características de la población estudiada, donde las multíparas también tienen una participación relevante en la muestra.

El 20,0% de las mujeres con aborto incompleto informó haber utilizado métodos anticonceptivos. Este hallazgo es menor en comparación con lo reportado por Ramírez (2018), quien observó que el 46,5% de las mujeres con aborto incompleto eran nulíparas y muchas de ellas utilizaban métodos anticonceptivos irregulares. Uceda (2021) también destacó que el uso de medicamentos como el misoprostol sin supervisión médica aumenta significativamente el riesgo de aborto incompleto ($OR = 22,102$).

Aunque en este estudio no se encontró relación significativa ($p > 0,05$) entre el uso de métodos anticonceptivos y el aborto incompleto, el análisis de antecedentes sugiere que el acceso y el uso adecuado de métodos puede influir indirectamente en la incidencia de esta condición.

En este estudio, el 36,3% de las mujeres con aborto incompleto no acudió a controles prenatales, lo que coincide con lo reportado por Pichilingue (2023), quien encontró que el 58,8% de las pacientes con aborto incompleto no recibió atención prenatal regular. Morales (2020) también destacó que la falta de controles prenatales está asociada con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluida la incidencia de aborto incompleto.

La ausencia de asociación significativa en el presente estudio ($p > 0,05$) puede estar influenciada por la variabilidad en el acceso a los servicios de salud en las áreas urbanas y rurales de la población estudiada.

El 21,3% de las mujeres con aborto incompleto presentó infecciones del tracto urinario (ITU). Estos hallazgos son consistentes con los de Pichilingue (2023), quien reportó que el 66,3% de las mujeres con aborto incompleto tenía infecciones urinarias. Ramírez (2018) también señala que las ITU no tratadas pueden desencadenar complicaciones durante el embarazo, incluido el aborto.

Aunque en este estudio no se encontró una relación significativa ($p > 0,05$), la literatura respalda la importancia de las infecciones como un factor que aumenta la probabilidad de complicaciones gestacionales, sugiriendo la necesidad de evaluaciones regulares durante el embarazo.

El presente estudio utilizó la ultrasonografía como herramienta principal para confirmar el diagnóstico de aborto incompleto, con una incidencia del 60,0% en la población estudiada. Esto es consistente con lo reportado por León (2016), quien demostró una sensibilidad del 98% y una especificidad del 83% en el diagnóstico de aborto incompleto

mediante ultrasonografía. Asimismo, Ramírez (2018) concluyó que la ecografía permite una evaluación más precisa en comparación con el examen clínico.

Estos hallazgos refuerzan el papel fundamental de la ultrasonografía en la detección temprana de abortos incompletos y la planificación de intervenciones oportunas.

Conclusiones

1. La incidencia de aborto incompleto determinado por ultrasonografía en el Hospital de Apoyo Cangallo durante el periodo de enero a marzo de 2024 fue del 60,0% (48 casos) del total de 80 mujeres evaluadas.
2. Los factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto incluyen que el 26,3% (21) de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto tenían entre 20 y 35 años, el 22,5% (18) eran solteras y el 38,8% (31) provenían de zonas urbanas. Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estos factores y el aborto incompleto ($p > 0,05$).
3. Los factores gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto mostraron que el 30,0% (24) ocurrió en mujeres con menos de 12 semanas de gestación, el 18,8% (15) tenían antecedentes de aborto previo y el 36,3% (29) no acudieron a controles prenatales. No obstante, ninguno de estos factores presentó una asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).
4. Al analizar la asociación entre los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos con el diagnóstico de aborto incompleto mediante ultrasonografía, no se evidenció una relación estadísticamente significativa en ninguna de las variables analizadas ($p > 0,05$). Esto sugiere que la ocurrencia de aborto incompleto puede estar influenciada por una combinación de factores que requieren mayor investigación.

Recomendaciones

1. Los directivos del Hospital de Apoyo e Cangallo deben fortalecer el servicio de ultrasonografía, asegurando su disponibilidad y accesibilidad para todas las gestantes, con el fin de mejorar el diagnóstico temprano de complicaciones como el aborto incompleto.
2. Se recomienda implementar un sistema organizado de historias clínicas que permita un registro detallado de los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos de las pacientes para un análisis integral y seguimiento adecuado.
3. Mejorar el sistema de registros de los informes ecográficos, asegurando que incluyan datos clave como la edad gestacional, antecedentes obstétricos y hallazgos relevantes para facilitar la toma de decisiones clínicas.
4. Promover campañas educativas dirigidas a las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales regulares, enfatizando su papel en la prevención de complicaciones obstétricas, incluyendo el aborto incompleto.
5. Fomentar investigaciones futuras que analicen con mayor profundidad la relación entre los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y otras variables como infecciones, anemia o hábitos de salud, para desarrollar estrategias preventivas basadas en evidencia.
6. Garantizar la capacitación continua del personal médico y obstétrico en el uso de ultrasonografía para la identificación y manejo oportuno de abortos incompletos, maximizando la efectividad del diagnóstico y tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Távara, Luis. "El aborto como problema de salud pública en el Perú." *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia* 47.4 (2001): 250-254.
2. Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Citado el 2023] Disponible desde <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
3. Jacob Sánchez Cjuno. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes Hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, durante el periodo agosto-diciembre del 2012.
4. Correa Álvarez, Blanca Mariuxi; Moreno Herrera, Yadira Isabel. *Aborto incompleto: factores de riesgo y complicaciones*. 2018.
5. Pichilingue León, Danitza Margot. *Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en la Clínica Familiar Unión, Huacho-Lima 2022*. 2023.
6. Uceda Mozo, Rosa Elena; Zarzosa Mautino, Yosselin Edith. *Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019*. 2021.
7. Morales Méndez, Henry Luis. *Factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de gineco-obstetricia del Hospital San José durante enero–diciembre 2019*. 2020.
8. Ramírez Vílchez, Yessica Rosario. *Relación entre el diagnóstico del aborto por ecografía y por evaluación clínica Hospital José Agurto Tello Chosica 2015*. 2018.
9. León Nureña, Juan Carlos. *Sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con aborto incompleto en hospital Belén de Trujillo en el año 2015*. 2016.
10. Ministerio de Salud. *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive*. Sinco Editores. 2007.
11. Fescina, R.; De Mucio, B.; Ortiz El; Jarquin D. *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR. 2012.
12. Lozano Pilco, Brandy. *Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15- 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Enero a noviembre del 2016*. Tesis pregrado-Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Fac. de Medicina.
13. Menéndez-Velásquez, Jorge Federico. *El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones*. *Gaceta Médica de México*, Vol.139, Suplemento 1, Julio-Agosto 2003.

14. Sánchez Vidal, Karina Johana. 2004. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado- Hospital Nacional Sergio Bernales-Lima, Perú. Tesis pregrado UNMSM-Escuela Académica Profesional de Obstetricia.
15. Hinojosa- Salazar (Huanta 2004). Factores que influyen en la decisión para someterse al aborto provocado, en mujeres de la ciudad de Huanta.
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica. 2013.
17. Prada, Elena; Singh, Susheela; Remez, Lisa y Villarreal, Cristina (2012). Embarazo No deseado y Aborto Inducido en Colombia: causas y consecuencias.

Anexo 1

Ficha de recolección de datos

Título: “FACTORES ASOCIADOS A ABORTO INCOMPLETO DETERMINADO POR ULTRASONOGRAFIA. HOSPITAL DE APOYO DE CANGALLO. ENERO – MARZO 2024”.

A. DATOS GENERALES:

1. Número de registro: _____
 2. Fecha de atención: _____
-

B. VARIABLE DEPENDIENTE: Aborto incompleto determinado por ultrasonografía

1. ¿La paciente tiene diagnóstico confirmado de aborto incompleto por ultrasonografía?

- Sí
 - No
-

C. VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- Adolescente (menos de 20 años)
- Adulta joven (20-35 años)
- Adulta mayor (más de 35 años)

2. Estado civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente

3. Grado de instrucción

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Superior

4. Procedencia

- Urbana
- Rural

5. Ocupación

- Ama de casa
 - Estudiante
 - Empleada
 - Independiente
-

D. VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS

1. Edad gestacional al momento del diagnóstico:

- Primer trimestre (hasta las 12 semanas)
- Segundo trimestre (13-24 semanas)

2. Historia de abortos previos:

- Sí
- No

3. Numero de gestaciones:

- Primigesta
- Multigesta
- Gran multigesta

4. Uso de métodos anticonceptivos:

- Sí

Si la respuesta es sí, especificar:

- Métodos hormonales (píldora, inyectables, implantes)
- Métodos barrera (condón)
- No

5. Atenciones prenatales:

- Sí
- No

6. Periodo intergenésico:

- Ninguno
- Corto (Menos de 18 meses)
- Adecuado (De 18 a 24 meses)
- Largo (Más de 24 meses)

7. Infección del tracto urinario durante el embarazo:

- Sí
- No

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD N° 78-2025-UNSCH-EPG/OGH

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajo de tesis de Posgrado en segunda instancia para la **Escuela de Posgrado – UNSCH**; en cumplimiento a la Resolución De Consejo Directivo N°109-2024-UNSCH-EPG/CD, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

AUTOR	Obst. Apolonia Jacinta ESPINOZA PALOMINO
PROGRAMA DE PREGRADO VINCULADO A LA SEGUNDA ESPECIALIDAD	OBSTETRICIA
DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD	SEGUNDA ESPECIALIZACION DE OBSTETRICIA EN ECOGRAFÍA Y MONITOREO FETAL
TÍTULO QUE OTORGA	TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL
TÍTULO DE TESIS	Factores asociados a aborto incompleto determinado por ultrasonografía. Hospital de apoyo de Cangallo. Enero – marzo 2024
EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD	23% de similitud
N° DE TRABAJO	2738208417
FECHA	30 de agosto de 2025

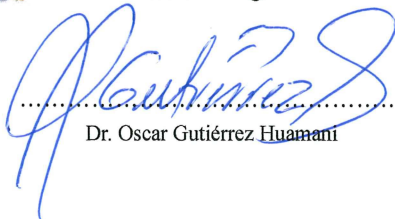
Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad con depósito.

Se expide la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

30 de agosto de 2025.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Escuela de Posgrado



Dr. Oscar Gutiérrez Huamani

Factores asociados a aborto incompleto determinado por ultrasonografía. Hospital de apoyo de Cangallo. Enero – marzo 2024

por Apolonia Jacinta ESPINOZA PALOMINO

Fecha de entrega: 30-ago-2025 08:58a. m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2738208417

Nombre del archivo: ESPINOZA_PALOMINO.docx (324.86K)

Total de palabras: 9458

Total de caracteres: 51627

Factores asociados a aborto incompleto determinado por ultrasonografía. Hospital de apoyo de Cangallo. Enero – marzo 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	5%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
4	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Deerfield High School Trabajo del estudiante	1%
9	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	repositorio.utesup.edu.pe Fuente de Internet	1%

repositorio.unh.edu.pe

11	Fuente de Internet	1 %
12	riujap.ujap.edu.ve Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.upica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to unhuancavelica Trabajo del estudiante	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°00481-2025-UNSCH-EPG/D.**

Siendo las 10:00 a.m. del 17 de julio de 2025 se reunieron en el auditorium de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis, presidido por el **Dr. OSCAR GUTIERREZ HUAMANI** Director (e) de la Escuela de Posgrado, el **Mg. ROALDO PINO ANAYA** Subdirector de la Segunda Especialidad en Ecografía Obstétrica y Monitoreo Fetal, e integrado por los siguientes miembros: **Dra. ALBINA EMPERATRIZ INFANTE BEIGOLEA** y la **Dra. FLOR ROSMERY PEREZ BARRETO**; para la sustentación oral y pública de la tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A ABORTO INCOMPLETO DETERMINADO POR ULTRASONOGRAFÍA. HOSPITAL DE APOYO DE CANGALLO. ENERO - MARZO 2024**, presentado por la **Obst. APOLONIA JACINTA ESPINOZA PALOMINO**. Teniendo como asesor al **Mg. OSMAR QUISPE ALANYA**.

Acto seguido se procedió a la exposición de la tesis, con el fin de optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL**. Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduanda.

A continuación, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis procedió a la votación, la que dio como resultado el siguiente calificativo: DIECISIETE (17).

CALIFICACION (x)

Aprobado(a) por Unanimidad.	<input checked="" type="checkbox"/>
Aprobado(a) por Mayoría.	<input type="checkbox"/>
Desaprobado(a) por Unanimidad.	<input type="checkbox"/>
Desaprobado(a) por Mayoría.	<input type="checkbox"/>

(x) Marcar con aspa.

Luego, el presidente del Jurado recomienda que la Escuela de Posgrado proponga que se le otorgue a la **Obst. APOLONIA JACINTA ESPINOZA PALOMINO**, el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL**. Siendo las 11:15 hrs. se levanta la sesión.

Se extiende el acta en la ciudad de Ayacucho, a las 11:15 hrs. del 17 de julio de 2025.

.....
Dr. OSCAR GUTIERREZ HUAMANI
Director(e) de la Escuela de Posgrado.

.....
Mg. ROALDO PINO ANAYA
Director de la Especialidad de la EPG

.....
Dra. ALBINA EMPERATRIZ INFANTE BEIGOLEA
Miembro.

.....
Dra. FLOR ROSMERY PEREZ BARRETO
Miembro.

.....
Dr. JOSÉ ALARCON GUERRERO
Secretario Docente.

Observaciones:

.....
.....
.....