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 la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

Para optar el título de:
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL

PRESENTADO POR:
Obst. Gaby Tehali GAMBOA RUA

ASESORA:
Dra. Noemí Yolanda QUISPE CADENAS

AYACUCHO - PERÚ

2026

DEDICATORIA

A dios por darme la vida, esperanza y salud, guiándome siempre para culminar con éxito uno de mis anhelos más deseados.

AGRADECIMIENTO

A mi madre: Alicia por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se lo debo entre los que incluye este.

A mis hermanas: Brenda y Aschly por su apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar siempre presentes; por estar conmigo en todo momento gracias.

INDICE

Dedicatoria…… v
Agradecimiento…… vi
Índice de contenidos …… vii
Índice de tablas …… ix
Índice de anexos …… x
RESUMEN..... xi
ABSTRACT xii
INTRODUCCION..... 13
CAPITULO I..... 16
EL PROBLEMA 16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 17
1.2.3. Problema general 17
1.2.4. Problemas específicos 18
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION 18
1.3.1. Objetivo general:..... 18
1.3.2. Objetivos específicos:..... 18
1.4. JUSTIFICACIÓN Y/O IMPORTANCIA DEL ESTUDIO 18
CAPITULO II..... 221
MARCO TEORICO 21
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO..... 21
2.2. BASES TEORICAS 30
2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES..... 399
CAPITULO III..... 40
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 40
3.1. TIPO DE INVESTIGACION 40
3.2. NIVEL DE INVESTIGACION 40
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... 40
3.4. MÉTODO DE ESTUDIO..... 41
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 41

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS 42
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 42
CAPITULO IV 44
RESULTADOS Y DISCUSION 44
DISCUSIÓN 54
CONCLUSIONES 58
RECOMENDACIONES 59
BIBLIOGRAFÍA 60
ANEXOS 66

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 01	Características sociodemográficas de las gestantes con gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024.	44
Tabla 02	Características obstétricas de las gestantes con gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024	45
Tabla 03	Tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024.	47
Tabla 04	Características sociodemográficas y tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024	49
Tabla 05	Características obstétricas y tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024.	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01	Ficha de recolección de datos	59
Anexo 2	Autorización del Hospital de Apoyo de Huanta	60

RESUMEN

El Objetivo del presente trabajo fue determinar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la gestación no evolutiva (GNE) diagnosticada por ecografía en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en 80 gestantes diagnosticadas con GNE mediante ecografía. **Resultados:** El tipo de gestación no evolutiva más frecuente fue el aborto frustro (63,7%), seguido del embarazo anembrionario (28,7%) y el embarazo ectópico (7,5%). La mayoría de las gestantes tenía entre 18 y 35 años, vivía en condición de convivencia, contaba con educación secundaria, era ama de casa y procedía de zonas urbanas. Entre las características obstétricas predominó la multigestación, el diagnóstico antes de las 12 semanas y la ausencia de seis o más controles prenatales. No se encontró asociación significativa entre los factores sociodemográficos y el tipo de GNE ($p>0,05$). Sin embargo, sí se halló asociación significativa con la edad gestacional al diagnóstico ($p<0,05$) y con el índice de masa corporal pregestacional ($p<0,05$). **Conclusiones:** El aborto frustro fue el tipo de gestación no evolutiva más frecuente. Aunque los factores sociodemográficos no mostraron relación con el tipo de GNE, sí lo hicieron la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal, destacando la importancia del control prenatal temprano y de la ecografía oportuna para la detección y manejo adecuado de la gestación no evolutiva.

Palabras clave: Gestación no evolutiva, ecografía, aborto frustro, embarazo anembrionario, diagnóstico prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic and obstetric factors associated with non-viable pregnancy (NVP)—diagnosed via ultrasound—in pregnant women treated at Huanta Support Hospital during 2024. **Material and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study conducted on 80 pregnant women diagnosed with NVP via ultrasound. **Results:** The most frequent type of non-viable pregnancy was missed abortion (63.7%), followed by anembryonic pregnancy (28.7%) and ectopic pregnancy (7.5%). The majority of the women were aged 18–35, were in a domestic partnership, had a secondary education, were homemakers, and came from urban areas. Predominant obstetric characteristics included multigravidity, diagnosis before 12 weeks of gestation, and a lack of six or more prenatal check-ups. No significant association was found between sociodemographic factors and the type of NVP ($p>0.05$). However, a significant association was found with gestational age at diagnosis ($p<0.05$) and pre-pregnancy body mass index ($p<0.05$). **Conclusions**: Missed abortion was the most frequent type of non-viable pregnancy. Although sociodemographic factors showed no relationship with the type of NVP, gestational age at diagnosis and body mass index did, highlighting the importance of early prenatal care and timely ultrasound for the detection and appropriate management of non-viable pregnancies.

Keywords: Non-viable pregnancy, ultrasound, missed abortion, anembryonic pregnancy, prenatal diagnosis.

INTRODUCCION

La gestación no evolutiva, también conocida como aborto espontáneo en sus primeras etapas, es una de las complicaciones más comunes en la obstetricia y ginecología. Este fenómeno, que se refiere a la interrupción de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, afecta a una proporción significativa de mujeres en edad fértil. A nivel mundial, se estima que aproximadamente el 10% al 20% de los embarazos confirmados terminan en un aborto espontáneo, siendo las primeras semanas de gestación las más críticas.[1] En el contexto peruano, estudios recientes sugieren que las tasas de aborto espontáneo en diversas regiones varían, pero las estadísticas siguen siendo alarmantes, lo que resalta la necesidad de un análisis más profundo sobre los factores que inciden en esta condición.[2]

Uno de los métodos más utilizados para diagnosticar la gestación no evolutiva es la ecografía, que permite visualizar los signos que sugieren la no evolución del embarazo, como la ausencia de actividad cardíaca fetal, el desarrollo incompleto del embrión o la presencia de anomalías en la cavidad uterina. Esta técnica ha demostrado ser fundamental para la toma de decisiones clínicas, especialmente en hospitales públicos donde las complicaciones del embarazo son frecuentes.[3] Sin embargo, la identificación temprana y los factores que predisponen a la gestación no evolutiva siguen siendo poco comprendidos, lo que justifica la necesidad de investigar más a fondo las variables asociadas a este tipo de complicaciones.

El objetivo general de esta investigación es identificar los factores asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Específicamente, se plantean objetivos como el periodo intergenésico, la edad materna, el grado de instrucción, la ocupación, la paridad, la edad gestacional en el momento del diagnóstico, el periodo, los antecedentes de abortos previos, así como el peso y talla de las pacientes. Además, se busca evaluar el impacto de la atención prenatal en la prevención y diagnóstico precoz de esta condición.

Diversos estudios han demostrado que la edad materna es un factor clave en el riesgo de aborto espontáneo, siendo las mujeres mayores de 35 años las más propensas a sufrir este tipo de complicaciones.[4] Además, la paridad juega un papel importante, ya que las mujeres que han tenido varios abortos espontáneos previos presentan un mayor riesgo de enfrentar nuevamente esta situación.[5] En cuanto a los antecedentes de abortos, la literatura sostiene que las mujeres con un historial de uno o más abortos espontáneos tienen una probabilidad significativamente mayor de sufrir otro aborto.[6]

El análisis de estas variables, mediante la recopilación de datos de historias clínicas en el Hospital de Apoyo Huanta, permitirá identificar los patrones y factores más prevalentes que contribuyen a la gestación no evolutiva. La importancia de este estudio radica en la posibilidad de implementar estrategias preventivas basadas en las características demográficas y obstétricas de los pacientes, con el fin de reducir la incidencia de esta complicación y mejorar la calidad de la atención prenatal.

En el presente estudio, realizado en 80 gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024, se identificó que los tipos de gestación no evolutiva diagnosticados por ecografía correspondieron principalmente al aborto frustro (63,7%), seguido del embarazo anembrionario (28,7%) y, en menor proporción, del embarazo ectópico (7,5%). La mayoría de las gestantes se encontraba entre los 18 y 35 años, vivía en convivencia, tenía educación secundaria, era ama de casa y procedía de zonas urbanas. En cuanto a las características obstétricas, predominó la condición de

multigestas, el diagnóstico antes de las 12 semanas de gestación y la ausencia de seis o más controles prenatales. Aunque no se hallaron asociaciones significativas con los factores sociodemográficos ni con la mayoría de características obstétricas, sí se encontró relación con la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal, lo que resalta la importancia del control prenatal temprano y de la valoración ecográfica en el primer trimestre para la detección oportuna de gestaciones no evolutivas y la prevención de complicaciones.

CAPITULO I
EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestación no evolutiva (GNE) es una complicación obstétrica combinada diagnosticada a través de la ecografía, que se presenta cuando no existe un desarrollo adecuado del embrión, lo que conduce a la interrupción de la gestación en etapas tempranas. A nivel internacional, la GNE es una de las principales causas de aborto espontáneo y, aunque las tasas de mortalidad materna por esta causa son bajas, los efectos psicológicos y físicos sobre la mujer pueden ser significativos.[7] Según estudios globales, se estima que el 10-20% de los embarazos clínicamente reconocidos terminan en aborto espontáneo, y alrededor de un 50% de estos casos son atribuibles a factores cromosómicos, entre ellos las gestaciones no evolutivas.[8]

En América Latina y el Caribe, la incidencia de aborto espontáneo y GNE también es alta, reflejando las tendencias globales. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que uno de cada cinco embarazos en la región termina en aborto espontáneo.[9] Sin embargo, la falta de un registro adecuado y la diversidad de los sistemas de salud dificultan la obtención de estadísticas exactas en muchos países. En algunos contextos, el acceso a servicios de salud especializados en gineco-obstetricia y la disponibilidad de tecnologías de diagnóstico como la ecografía siguen siendo limitadas, lo que puede retrasar el diagnóstico adecuado y el manejo de la GNE.[10]

En el contexto peruano, la gestación no evolutiva representa una de las causas más comunes de aborto espontáneo. Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2020),

se estima que las tasas de aborto espontáneo varían entre el 10% y el 15% de los embarazos clínicos, y las causas más comunes están relacionadas con alteraciones cromosómicas, factores hormonales, infecciones y condiciones de salud preexistentes en la mujer. Aunque las estadísticas son limitadas, el diagnóstico temprano mediante ecografía permite una mejor comprensión de las causas que influyen en la GNE. La ecografía es una herramienta fundamental para la identificación de esta condición, ya que permite visualizar la no evolución del embrión, la ausencia de latido cardíaco o la falta de desarrollo adecuado.

En el Hospital de Apoyo Huanta, donde se centra esta investigación, la prevalencia de GNE y su relación con factores asociados, tales como la edad materna, el historial obstétrico, las enfermedades preexistentes y los factores socioeconómicos, se ha observado con creciente preocupación. En el periodo de 2023 a 2024, según un informe preliminar del hospital, aproximadamente el 15% de los embarazos atendidos fueron diagnosticados con gestación no evolutiva, siendo más frecuente en mujeres mayores de 35 años, y aquellas con antecedentes de abortos espontáneos previos o enfermedades crónicas.[11]

La identificación de los factores asociados a la GNE en esta población permitirá mejorar el diagnóstico y tratamiento, optimizando los protocolos de manejo y proporcionando información relevante para la prevención de futuras complicaciones. Sin embargo, aún existe una falta de estudios específicos sobre los factores que contribuyen a la GNE en el contexto del Hospital de Apoyo Huanta, lo que subraya la necesidad de investigar estos factores a fin de establecer estrategias más efectivas de prevención y atención.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.3. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la gestación no evolutiva determinados por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024?

1.2.4. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la gestación no evolutiva determinados por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024?
- ¿Cuáles son los tipos de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general:

Identificar los factores asociados a la gestación no evolutiva determinados por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024.
- Determinar los factores obstétricos asociados a la gestación no evolutiva determinados por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024.
- Identificar los tipos de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN Y/O IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La gestación no evolutiva (GNE) es una de las complicaciones más comunes en el primer trimestre del embarazo, caracterizándose por la falta de desarrollo embrionario o la detención de su crecimiento, lo que resulta en la pérdida gestacional. A nivel mundial, se estima que entre el 10% y el 20% de los embarazos clínicamente reconocidos terminan en aborto espontáneo, y una parte significativa de estos casos se debe a GNE.[7] En Perú, según el Ministerio de Salud (2020), el aborto espontáneo representa entre el 10% y el 15% de los embarazos, de los cuales un alto porcentaje es diagnosticado mediante ecografía. Sin embargo, a pesar de su frecuencia, los factores específicos que contribuyen a la GNE en la población local, como en el Hospital de Apoyo Huanta, no

han sido estudiados a fondo. Esta investigación busca llenar ese vacío al identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y las patologías asociadas, lo que permitirá mejorar los protocolos de atención y diagnóstico temprano, optimizando la atención médica y reduciendo el impacto de la GNE en la salud de las mujeres.

Desde una perspectiva metodológica, este estudio se fundamenta en la recolección de datos de historias clínicas de mujeres que han sido diagnosticadas con GNE en el Hospital de Apoyo Huanta, utilizando un enfoque cuantitativo y descriptivo. La metodología permite identificar patrones y relaciones entre las variables sociodemográficas (edad, ocupación, grado de instrucción), obstétricas (paridad, antecedentes de abortos, periodo intergenésico), y las patologías asociadas (enfermedades preexistentes, complicaciones previas). Esta aproximación es relevante ya que el uso de datos secundarios provenientes de historias clínicas permite una visión precisa del contexto local, sin requerir la intervención de los pacientes ni recursos adicionales que podrían aumentar los costos y el tiempo de la investigación. Además, la metodología descriptiva permite proporcionar una visión general de los factores prevalentes sin manipular las variables, lo cual es esencial para obtener un panorama claro de la situación en el hospital.[12]

Socialmente, la GNE es una de las principales causas de sufrimiento emocional y psicológico para las mujeres, debido a la pérdida del embarazo en etapas tempranas. En muchos casos, este evento puede generar estigmatización y dificultades en la vida personal y familiar de las afectadas.[13] Además, la falta de información precisa sobre los factores que contribuyen a la GNE en el contexto local dificulta la implementación de estrategias efectivas para su prevención y tratamiento. Este estudio tiene la capacidad de impactar directamente en la mejora de los servicios de salud reproductiva, al identificar los factores asociados a la GNE, lo que a su vez permitirá diseñar políticas de salud más adecuadas y específicas para las mujeres de la región de Huanta. De igual manera, permitirá sensibilizar a la población sobre la importancia de la atención prenatal

adecuada, fomentando una mayor conciencia y apoyo a las mujeres durante el embarazo. Contribuir a este conocimiento puede reducir los índices de pérdida gestacional y proporcionar a las mujeres las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Argilagos Casasayas et al. [14] en Cuba, durante el 2024 realizaron un estudio sobre los factores relacionados con el embarazo ectópico, encontrando que determinadas características clínicas y antecedentes reproductivos estuvieron relacionados con la presentación de esta complicación obstétrica donde se plantearon como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en dos hospitales maternos de Santiago de Cuba. Metodología: estudio observacional analítico de casos y controles, con una muestra de 211 pacientes operadas por embarazo ectópico y un grupo control de 633 pacientes con embarazo normal, en los Hospitales Materno Norte y Materno Sur de Santiago de Cuba, entre enero de 2010 y diciembre de 2017. Resultados: Los factores que tuvieron una asociación significativa con el embarazo ectópico fueron la edad materna (OR=2,4; IC 95% 1,7-3,3; p < 0,001), el inicio precoz de relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=4,2; IC 95% 3,1-6,0; p < 0,001), el número de parejas sexuales mayor a tres en los últimos años (OR=4,1; IC 95% 2,9-5,8; p < 0,001), el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (OR=13,9; IC 95% 9,5-20,2; p < 0,001) y el antecedente de embarazo ectópico previo (OR=44,6; IC 95% 13,6-146,5; p < 0,001). Conclusión: La identificación de estos factores permite mejorar el diagnóstico temprano del embarazo ectópico, lo que es fundamental para reducir complicaciones maternas y mejorar el pronóstico reproductivo.

Correa-Muñoz et al[15] en Chile, en el año 2024, se plantearon como objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a las pacientes diagnosticadas con

enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional de Talca durante el período 2013-2022. Metodología: estudio observacional transversal, en el que se analizaron 100 casos de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) registrados en la base de datos del Servicio de Onco-Ginecología del hospital. Resultados: La incidencia de ETG en la comuna de Talca fue de 2,1 casos por cada 1.000 embarazos. El tipo más frecuente de ETG fue la mola parcial (54%), seguido de la mola completa (36%), mola invasora (6%) y coriocarcinoma (4%). La edad promedio de las pacientes fue de 32 años, con una mayor frecuencia en el grupo de 25 a 30 años (26%). El principal síntoma de presentación fue la metrorragia (67%), seguido de dolor abdominal (40%). En el 48% de los casos, la sospecha diagnóstica se basó en la clínica y ecografía, mientras que solo en el 13% la sospecha se realizó exclusivamente por ecografía. El tratamiento principal fue la aspiración uterina (92%). Conclusión: La enfermedad trofoblástica gestacional es una patología poco frecuente, con variabilidad en su presentación clínica. Se recomienda fortalecer el diagnóstico precoz y continuar con estudios epidemiológicos para mejorar su detección y manejo.

Paz Poma W D[21] **en Ecuador, en el año 2023** se planteó como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi durante el período enero-diciembre 2020. Metodología: estudio observacional, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal. Se incluyeron 124 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Resultados: la prevalencia de embarazo ectópico fue del 10,9% de todos los embarazos atendidos en el hospital. En cuanto a las características sociodemográficas, el 31,5% de las pacientes tenía entre 25 y 29 años, el 54,8% tenía nivel educativo secundario y el 83,9% se encontraba en unión libre. Entre los factores gineco-obstétricos, el 37,1% era primípara, el 21,8% tenía antecedente de embarazo ectópico previo y el 32,3% había sufrido abortos previos. Se identificó que el 20,9% de las pacientes presentaba enfermedad pélvica inflamatoria, el 27,4% consumía tabaco y el

24,2% alcohol. Además, el 75,8% no usaba métodos anticonceptivos. Conclusión: los factores de riesgo más relevantes asociados al embarazo ectópico fueron la primiparidad, la enfermedad pélvica inflamatoria y la ausencia de uso de anticonceptivos. Se resalta la importancia de la educación en salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo ectópico y sus complicaciones.

Moreno Javier FM, Vásquez Paredes MY[16] en República Dominicana, en el año 2021 se plantearon como objetivo: Determinar la evolución y los factores de riesgo de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Departamento de Ginecología Oncológica del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante el periodo enero-junio de 2021. Metodología: estudio observacional, descriptivo y prospectivo, con una muestra de 41 mujeres diagnosticadas con embarazo molar. Resultados: la edad promedio de las pacientes fue menor de 20 años (26,8%) y entre 25 y 29 años (26,8%). En cuanto a los factores de riesgo, el 51,2% de las pacientes era multípara y el 48,8% primípara. El hallazgo clínico más frecuente fue la metrorragia (65,9%). La edad gestacional más común para el diagnóstico de embarazo molar fue entre las 4 y 5 semanas (24,4%), mientras que el menor número de casos se diagnosticó entre las 14 y 15 semanas (4,9%). Se encontraron antecedentes de aborto en el 34,1% de las pacientes, consumo de tabaco en el 29,3% y uso de anticonceptivos orales en el 29,3%. Los principales métodos diagnósticos fueron la sonografía transvaginal (95,1%) y la beta-hCG cuantitativa (100%). Conclusión: el embarazo molar afecta principalmente a mujeres jóvenes, siendo la metrorragia el síntoma más frecuente. Se destaca la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico de estas pacientes.

Logroño, Ramírez y Campoverde[17] **en Ecuador, en el año 2020** se plantearon como objetivo: Determinar la prevalencia de embarazo ectópico en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín y conocer los factores de riesgo asociados. Metodología: estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo,

considerando a las pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo ectópico en dicho servicio entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de mayo de 2019. Resultados: Durante este periodo se registraron 7.596 nacimientos, de los cuales 117 correspondieron a embarazos ectópicos, lo que representó una prevalencia del 1,5%, con una tasa de embarazo ectópico de 15,4 por cada 1.000 gestaciones. Entre los factores de riesgo identificados, el 9,4% de las pacientes había tenido un embarazo ectópico previo, el 36,7% refirió antecedente de aborto y el 54,8% tenía más de 30 años. Además, el 95,6% de las pacientes presentó dolor pélvico y el 63,7% sangrado vaginal. Conclusión: La prevalencia de embarazo ectópico en este hospital es similar a la reportada en estudios internacionales. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico reproductivo de las pacientes.

Arias y Martínez[18] **en** Venezuela, en 2019 se plantearon como objetivo: Determinar los factores de riesgo de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) en pacientes atendidas en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda durante el período enero-agosto 2018. Metodología: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de 55 pacientes diagnosticadas con ETG. Resultados: Se encontró que el 56,3% de las pacientes provenía de zonas urbanas y el 61,8% eran multigestas. En cuanto a la edad, el 27,3% tenía entre 14 y 18 años, el 29,1% entre 19 y 23 años y el 25,4% entre 24 y 28 años. El 70,9% no tenía antecedentes de aborto espontáneo y el 90,9% no tenía antecedente de embarazo molar previo. Además, el 67,3% nunca había usado dispositivo intrauterino y el 83,6% no tenía antecedente de uso prolongado de anticonceptivos orales. Conclusión: La ETG fue más frecuente en mujeres jóvenes menores de 28 años, multigestas y de procedencia urbana. Se resalta la necesidad de realizar un diagnóstico temprano de esta enfermedad y mejorar las estrategias de prevención mediante el control prenatal y el seguimiento adecuado de las gestantes en riesgo.

Bautista Culqui y Soto Yalli[19] en Huancavelica, en 2024 se plantearon como objetivo: Determinar las características de los embarazos no evolutivos en mujeres atendidas en el Hospital de Lircay durante el periodo 2020 a 2022. Metodología: estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra de 149 mujeres con embarazo no evolutivo. Resultados: Los tipos de embarazo no evolutivo más frecuentes fueron: aborto en un 72,5%, embarazo ectópico en 9,4%, embarazo anembrionario en 7,4%, óbito en 6,0% y embarazo molar en 4,7%. Respecto a las características demográficas, el 58,4% de las gestantes eran jóvenes, el 55,0% convivientes y el 68,5% amas de casa. En cuanto a las características socioculturales, el 73,8% tenía educación secundaria, el 59,1% procedía de zonas urbanas y el 89,9% tenía un ingreso familiar regular. Las características ginecobstétricas mostraron que el 49,0% eran multíparas, el 59,7% no tuvo atención prenatal y el 24,2% presentó antecedente de infección del tracto urinario. Conclusión: El aborto fue el tipo de embarazo no evolutivo más frecuente, y la mayoría de las mujeres afectadas eran jóvenes, con educación secundaria y multíparas. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la atención prenatal y la educación en salud sexual y reproductiva.

Padilla Reyes y Ochoa Saenz[20] en Huancavelica, el año 2023 se plantearon como objetivo: Determinar las características de las gestantes con embarazo no evolutivo diagnosticado por ecografía atendidas en el Hospital de Pampas durante el año 2021. Metodología: estudio transversal, observacional de nivel descriptivo y diseño descriptivo simple. La población y muestra estuvo conformada por 93 gestantes con embarazo no evolutivo diagnosticado por ecografía durante el año 2021. Resultados: En cuanto a las características sociodemográficas, el 59,1% de las gestantes fueron adultas, el 54,8% convivientes, el 51,6% procedentes de zona rural y el 51,6% tenía nivel de instrucción secundaria. Respecto a las características gineco-obstétricas, el 61,3% no recibió atención prenatal, el 52,7% presentó sobrepeso, el 61,3% fue multípara, el 51,6% no tenía antecedente de aborto y el 63,4% presentó infección del tracto urinario. En relación

con la edad gestacional, el 28% de los embarazos no evolutivos fueron diagnosticados a las 9 semanas de gestación. El tipo de embarazo no evolutivo más frecuente fue el embarazo anembrionario (48,4%), seguido del embarazo ectópico (40,9%). Conclusión: Las gestantes con embarazo no evolutivo diagnosticado por ecografía fueron en su mayoría adultas, convivientes, procedentes de zona rural y con educación secundaria. Además, la mayoría no recibió atención prenatal, presentó sobrepeso e infección del tracto urinario, lo que resalta la necesidad de reforzar el control prenatal y la educación en salud materna.

Hermoza Gutiérrez C[22] **en** Tacna, el año 2021 se planteó como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2015-2020. Metodología: estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional y de corte transversal, con una muestra de 181 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico. Resultados: Se encontró que los factores de riesgo con asociación estadística para embarazo ectópico fueron la edad materna ($p = 0,041$; $\chi^2 = 13,112$) y el antecedente de cesárea ($p = 0,034$; $\chi^2 = 8,657$). En cuanto a las características sociodemográficas, el 47,5% de las gestantes tenía entre 20 y 29 años, el 63% tenía nivel de instrucción secundaria y el 36,5% eran casadas. Entre las características gineco-obstétricas, el 43,1% eran nulíparas, el 83,4% tenía antecedente de cesárea, el 42% tenía antecedente de aborto y el 9,9% había tenido un embarazo ectópico previo. Además, el 75,1% inició su vida sexual entre los 15 y 20 años. En cuanto a la localización del embarazo ectópico, el 86,7% fue tubárico. Conclusión: Se determinó que la edad materna y el antecedente de cesárea son factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Se recomienda fortalecer las estrategias de prevención y el diagnóstico precoz en mujeres con factores de riesgo.

Sánchez Cóndor y Najarro Chipana[25] en Huancavelica, el año 2021 se plantearon como objetivo: Determinar las características de las gestantes con aborto atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba durante el año 2020. Metodología: estudio

observacional descriptivo, retrospectivo y transversal, con una muestra de 60 gestantes que sufrieron aborto y fueron atendidas en dicho hospital. Resultados: El 60,0% de las gestantes que abortaron tenía entre 20 y 34 años, el 18,3% tenía entre 18 y 19 años y el 21,7% era mayor de 35 años. En cuanto al nivel educativo, el 56,7% tenía secundaria, el 20,0% primaria, el 13,3% educación técnica y el 10,0% educación universitaria. Respecto a la ocupación, el 58,4% eran amas de casa y el 68,3% provenían de zonas rurales. Entre las características gineco-obstétricas, el 63,3% eran multigestas, el 30,0% había tenido un aborto previo y el 26,7% presentó infección del tracto urinario. El 65,0% de los casos correspondió a aborto incompleto y el 80,0% de las gestantes recibió tratamiento mediante legrado uterino. Conclusión: La mayoría de las gestantes con aborto en este estudio eran mujeres jóvenes, con educación secundaria y provenientes de zonas rurales. Se resalta la importancia del control prenatal y del acceso a educación en salud reproductiva para prevenir abortos espontáneos y sus complicaciones.

Flores CA[23] **en Huacho, el año 2021** se planteó como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2017-2019. Metodología: estudio observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles, basado en la revisión de historias clínicas de gestantes atendidas en dicho hospital. Se incluyeron 112 casos de embarazo ectópico y 448 controles de gestantes sin este diagnóstico. Resultados: La prevalencia de embarazo ectópico fue del 1,03%. Entre los factores de riesgo con asociación estadísticamente significativa se encontró el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (OR: 40,52; IC95%: 21,97-75,27; p=0,001), el uso de dispositivo intrauterino (OR: 20,01; IC95%: 8,10-55,77; p=0,001), la cirugía tubárica previa (OR: 24,72; IC95%: 6,83-133,86; p=0,001), el antecedente de aborto (OR: 3,64; IC95%: 2,39-5,73; p=0,001) y el antecedente de embarazo ectópico (p=0,001). Conclusión: La enfermedad inflamatoria pélvica, el uso de dispositivo intrauterino y la cirugía tubárica previa fueron

los principales factores de riesgo identificados. Se destaca la necesidad de reforzar el control prenatal y la prevención en mujeres con antecedentes de riesgo.

Ramos Eulogio J[24] en Huancavelica, el año 2019 se planteó como objetivo: Determinar las características de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia durante los años 2017 y 2018. Metodología: estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con una muestra censal de 65 gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario. Resultados: El 69,2% de las gestantes procedían de la provincia de Huancavelica, el 12,3% de Acobamba, el 10,8% de Angaraes y el 7,7% de Huaytará. Respecto a la edad, el 44,6% tenía entre 21 y 25 años, el 23,1% entre 26 y 30 años y el 12,3% entre 31 y 35 años. En cuanto al nivel de instrucción, el 53,8% tenía educación secundaria, el 26,2% educación primaria y el 12,3% educación superior universitaria. Sobre la edad gestacional, el 36,9% de los embarazos anembrionarios fueron diagnosticados a las 6,5 semanas y el 20% a las 7 semanas. Además, el 44,6% de las gestantes eran multíparas y el 32,3% primíparas. Se aplicó misoprostol en el 100% de los casos y el 60% de las gestantes post aborto presentó anemia leve. Conclusión: La mayoría de gestantes con embarazo anembrionario eran jóvenes, con educación secundaria y multíparas. Se resalta la importancia del diagnóstico ecográfico temprano para el manejo oportuno y la prevención de complicaciones.

Reategui EP y Cumbia C[44]**. En San Martín, el año 2019.** El estudio tuvo como objetivo "Determinar los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre 2018", investigación no experimental, cuantitativa y retrospectivo, de diseño correlacional, la población y muestra fue 100 gestantes con embarazo no evolutivo. La técnica fue la revisión documentaria y como instrumento la ficha de recolección de datos. Los resultados fueron que las gestantes con embarazo no evolutivo se caracterizaron por presentar como factores sociodemográficos, la edad entre 20 a 35 años (60%), nivel de instrucción

secundaria (49%), estado civil conviviente (80%), tabaquismo entre 1 a 3 por día (93%), bajo nivel de ingreso económico (< de 500 soles) en 46%. Entre los factores obstétricos de las gestantes con embarazo no evolutivo destacan, la no atención prenatal (72%), sobrepeso (33%), multípara (41%), antecedente de aborto (33%) e infección del tracto urinario (34%). No se evidencia ningún caso de oligoamnios y diabetes mellitus. Entre las patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, encontramos al aborto frustro (29%), embarazo molar (8%), embarazo ectópico (5%), embarazo anembrionario (2%) y otros tipos de aborto (55%). Para determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de mayor asociación con el embarazo no evolutivo se utilizó el estadístico chi cuadrado con un nivel de significancia al 95%, los resultados reflejan que no existe asociación entre dichos factores con el embarazo no evolutivo por tener un p valor > 0,05 en cada factor. En conclusión, no existe asociación de los factores sociodemográficos y obstétricos con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, p valor > 0,05.

Silva BV y Espinoza G[43] en Ayacucho, el año 2017 en su tesis “Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016” refieren que el propósito del presente estudio fue determinar los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en gestantes que acuden al Hospital EsSalud de Ayacucho durante los meses de mayo a julio del 2016, a través de una investigación aplicada, descriptiva, transversal y prospectiva con una muestra de 50 gestantes del primer trimestre con embarazo no evolutivo, encontrándose los siguientes resultados; el embarazo no evolutivo se presentó en 48% por aborto frustro, 30% por embarazo anembrionario, 8% por embarazo ectópico y óbito fetal en ambos casos y sólo 6% por embarazo molar. Los factores asociados a embarazo no evolutivo, estadísticamente significativo (p<0,05) fueron; la edad materna y la automedicación.

2.2. BASES TEORICAS

2.1. GESTACIÓN NO EVOLUTIVA

2.1.1 Definición

La gestación no evolutiva (GNE) comprende una serie de condiciones en las que el desarrollo del embarazo se detiene prematuramente, sin que el embrión tenga la posibilidad de evolucionar hacia una gestación viable. Estas alteraciones pueden presentarse desde el momento de la implantación hasta semanas posteriores y se incluyen dentro de las principales causas de pérdida gestacional temprana. En términos clínicos, el concepto de GNE abarca diferentes patologías, tales como el aborto frustro, el embarazo anembrionario, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional, cada una con características y factores predisponentes específicos.[26, 27]

Desde el punto de vista fisiopatológico, la gestación no evolutiva puede deberse a múltiples factores, incluyendo alteraciones cromosómicas en el embrión, fallos en la implantación debido a anomalías en el endometrio, trastornos hormonales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, enfermedades maternas preexistentes (diabetes, síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico), infecciones congénitas y exposición a sustancias teratogénicas. También se ha observado que el estrés materno severo, deficiencias nutricionales y antecedentes de abortos espontáneos pueden aumentar la probabilidad de una gestación no evolutiva.[28, 29]

2.1.2 Criterios de diagnóstico ecográfico para la gestación no evolutiva

El diagnóstico ecográfico constituye la principal herramienta para la identificación de una gestación no evolutiva, ya que permite evaluar el desarrollo embrionario y sus estructuras asociadas. Existen criterios específicos según el tipo de alteración:

- **Aborto frustro:** Presencia de embrión sin actividad cardíaca detectada en una longitud cráneo-caudal mayor a 7 mm en ecografía transvaginal.

- **Embarazo anembrionario:** Saco gestacional vacío con un diámetro ≥25 mm sin evidencia de polo embrionario.
- **Embarazo ectópico:** Ausencia de saco gestacional intrauterino acompañado de una masa anexial heterogénea, con o sin líquido libre en la cavidad pélvica.
- **Embarazo molar:** Imagen ecográfica característica en "tormenta de nieve" por la proliferación trofoblástica.[30, 31]

Los avances en ecografía Doppler han permitido mejorar la identificación de embarazos no evolutivos mediante la evaluación del flujo sanguíneo en la vasculatura uteroplacentaria. En casos de gestaciones no viables, se observa una disminución en el flujo sanguíneo a nivel del saco gestacional y la placenta, lo que sugiere insuficiencia placentaria.[32]

2.1.3 Clasificación de los tipos de gestación no evolutiva

Las gestaciones no evolutivas se dividen en cuatro grandes grupos:

- Aborto frustro: Retención del embrión en la cavidad uterina sin signos de expulsión.
- Embarazo anembrionario: Formación del saco gestacional sin desarrollo embrionario.
- Embarazo ectópico: Implantación embrionaria fuera del útero, con riesgo de ruptura tubárica.
- Embarazo molar: Crecimiento anormal del trofoblasto, subdividido en mola hidatiforme completa, mola parcial y neoplasia trofoblástica gestacional.[33, 34]

Además, existen otras variantes menos frecuentes como la gestación cervical y la gestación cornual, que representan desafíos diagnósticos y terapéuticos por su riesgo de hemorragia masiva.[35]

2.1.4 Aborto frustro: Definición, causas y hallazgos ecográficos

El aborto frustro se define como la retención intrauterina de un embrión no viable sin que se produzcan contracciones uterinas ni expulsión espontánea del tejido gestacional. Esta condición puede derivar en complicaciones como infección intrauterina, hemorragias o la necesidad de evacuación quirúrgica.

Causas principales:

- Factores genéticos: Trisomías, monosomías y deleciones cromosómicas.
- Factores inmunológicos: Rechazo materno del embrión por incompatibilidad inmunológica.
- Factores infecciosos: Infecciones maternas como toxoplasmosis, sífilis y citomegalovirus.
- Factores metabólicos y endocrinos: Diabetes mellitus, hipotiroidismo y síndrome de ovario poliquístico.[36, 37]

Hallazgos ecográficos:

- Saco gestacional colapsado o deformado.
- Embrión sin latido cardíaco.
- Engrosamiento endometrial irregular.[38]

2.1.5 Embarazo anembrionario: Factores predisponentes y diagnóstico

El embarazo anembrionario ocurre cuando el saco gestacional se desarrolla sin embrión. Se considera que hasta un 50% de estos casos están relacionados con aneuploidías. Otros factores predisponentes incluyen:

- Edad materna avanzada.
- Exposición a radiación ionizante.
- Alteraciones del ambiente uterino por miomas o sinequias endometriales.
- Tabaquismo y consumo excesivo de alcohol.[39, 40]

El diagnóstico se establece mediante ecografía transvaginal, basada en:

- Saco gestacional vacío con diámetro ≥25 mm.
- Ausencia de desarrollo embrionario tras 7 semanas de amenorrea.
- Niveles de beta-hCG inferiores a los esperados.[41]

2.1.6 Embarazo ectópico: Características clínicas, factores de riesgo y diagnóstico diferencial

El embarazo ectópico se caracteriza por la implantación del óvulo fecundado fuera del endometrio uterino, siendo la localización tubárica la más frecuente (97%). Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar complicaciones como hemorragias severas y pérdida de la función reproductiva.[42]

Características clínicas:

- Dolor pélvico progresivo e intenso.
- Sangrado vaginal oscuro e intermitente.
- Masa anexial palpable.
- Signos de shock hipovolémico en casos de ruptura tubárica.[42]

Factores de riesgo:

- Cirugía tubárica previa.
- Historia de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Uso de dispositivo intrauterino.
- Técnicas de reproducción asistida.[42]

2.1.7 Embarazo molar: Tipos, etiología, diagnóstico y manejo clínico

El embarazo molar es una patología trofoblástica caracterizada por la proliferación anormal del tejido placentario. Se clasifica en[42]:

- Mola hidatiforme completa: Sin embrión ni tejido fetal, con degeneración quística de las vellosidades coriales.
- Mola hidatiforme parcial: Desarrollo fetal anormal con proliferación trofoblástica focal.
- Neoplasia trofoblástica gestacional: Incluye mola invasiva y coriocarcinoma.

Diagnóstico:

- Ecografía: Imagen en "tormenta de nieve".
- Beta-hCG: Niveles >100,000 mUI/mL.
- Histopatología: Proliferación trofoblástica con atipias celulares.[42]

Manejo clínico:

- Evacuación uterina.
- Seguimiento de beta-hCG.
- Quimioterapia en casos malignos.[42]

2.3. FORMULACION DE LA HIPOTESIS

Existe una asociación significativa entre los factores sociodemográficos, obstétricos y las patologías maternas con la gestación no evolutiva determinada por ecografía en las pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024.

2.4. VARIABLES E INDICADORES

V1: FACTORES ASOCIADOS

Dimensión 1: Factores sociodemográficos

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Ocupación
- Lugar de procedencia
- Ingreso económico

Dimensión 2: Factores obstétricos

- Número de atenciones prenatales
- Edad gestacional
- Paridad
- Infección del tracto urinario
- Antecedente de aborto
- Índice de masa corporal

V2: GESTACIÓN NO EVOLUTIVA

Dimensión: diagnostico por ecografía

- Aborto frustro
- Embarazo anembrionario
- Embarazo ectópico
- Embarazo molar

2.5. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS

Factores de riesgo: se definen como aquellas condiciones predisponentes que aumentaron la probabilidad de desarrollar una gestación no evolutiva (GNE).

Edad: desempeña un papel crucial en la evolución del embarazo, ya que la incidencia de GNE es mayor en mujeres menores de 20 años y en aquellas mayores de 35 años. En adolescentes, los embarazos presentan una mayor tasa de complicaciones debido a la inmadurez del sistema reproductivo y a una mayor frecuencia de deficiencias nutricionales.

Nivel de instrucción: se asocia con el acceso a la información sobre salud reproductiva y el uso adecuado de los servicios de atención prenatal. Las mujeres con menor nivel educativo presentan mayor incidencia de GNE, lo que se relaciona con el desconocimiento de los signos de alarma del embarazo, el inicio tardío de los controles prenatales y la exposición a factores de riesgo modificables, como el consumo de sustancias nocivas y la falta de suplementación con micronutrientes esenciales.

Estado civil: influye en la estabilidad emocional y en el acceso a recursos de apoyo durante la gestación. Se observa que las mujeres solteras o en unión libre presentaron una mayor incidencia de gestaciones no evolutivas en comparación con las casadas.

Ocupación: se considera un factor determinante en la salud gestacional, ya que las condiciones laborales influyeron en el nivel de estrés, la carga física y la exposición a sustancias nocivas.

Lugar de procedencia: se analiza en función del acceso a los servicios de salud. Se identifica que las mujeres provenientes de zonas rurales presentan mayor incidencia de GNE en comparación con aquellas de áreas urbanas. Esto se explica por la limitada cobertura en atención prenatal, las barreras geográficas para el acceso a centros de

salud y la persistencia de prácticas culturales que retrasan la búsqueda de atención médica ante signos de alarma gestacional.

Ingreso económico: influye directamente en la calidad del control prenatal y en el acceso a una adecuada alimentación y suplementación nutricional, lo que se relaciona con la deficiencia en el consumo de ácido fólico, hierro y otros micronutrientes esenciales.

Aborto frustro: se define como la retención intrauterina de un embrión no viable sin signos de expulsión espontánea. Su diagnóstico se realizó mediante ecografía transvaginal, observándose un embrión sin actividad cardíaca en un saco gestacional de tamaño normal o con signos de colapso.

Embarazo anembrionario: se caracteriza por el desarrollo del saco gestacional sin la presencia de embrión. Ecográficamente, se identifica un saco gestacional con un diámetro ≥25 mm sin estructuras embrionarias en su interior.

Embarazo ectópico: se diagnostica cuando el embrión se implantó fuera de la cavidad endometrial, con mayor frecuencia en las trompas de Falopio. Clínicamente, se presenta con dolor pélvico intenso, sangrado vaginal irregular y signos de irritación peritoneal en casos de ruptura.

Embarazo molar: forma parte de la enfermedad trofoblástica gestacional y se caracteriza por la proliferación anormal del tejido trofoblástico. Se clasifica en mola hidatiforme completa y mola parcial, dependiendo de la presencia o ausencia de material genético fetal. Su diagnóstico se realizó mediante ecografía, observándose la clásica imagen de tormenta de nieve en la mola completa.

Diagnóstico por ecografía: El diagnóstico ecográfico constituyó la herramienta fundamental para la detección de GNE. Se basó en la evaluación del saco gestacional,

la presencia o ausencia de embrión y la actividad cardíaca fetal. En el caso del embarazo ectópico, se utilizó la ecografía transvaginal para detectar la ausencia de saco gestacional intrauterino y la presencia de una masa anexial.

Atención prenatal: desempeña un papel clave en la detección temprana de factores de riesgo asociados a GNE. Un control prenatal adecuado permite identificar deficiencias nutricionales, alteraciones hormonales y signos de alarma que pudieron condicionar la viabilidad del embarazo.

Paridad: se define como el número de gestaciones previas de la mujer que superaron las 20 semanas de gestación. Se observa que las mujeres nulíparas y aquellas con paridad elevada tienen mayor riesgo de GNE.

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V1: Factores Asociados	Se refiere a los elementos sociodemográficos y obstétricos que pueden influir en la presencia de una gestación no evolutiva.	Factores individuales y clínicos registrados en la historia clínica y mediante encuesta estructurada.	Factores sociodemográficos	• Edad • Nivel de instrucción • Estado civil • Ocupación • Lugar de procedencia • Ingreso económico	Categórica nominal y ordinal
			Factores obstétricos	• Número de atenciones prenatales • Edad gestacional • Gesta • ITU • Antecedente de aborto • IMC.	
V2: Gestación No Evolutiva	Es la interrupción del desarrollo embrionario antes de alcanzar la viabilidad, diagnosticada mediante ecografía.	Diagnóstico confirmado por ecografía basado en la ausencia de viabilidad fetal.	Diagnóstico por ecografía	• Aborto frustro • Embarazo anembrionario • Embarazo ectópico • Embarazo molar	Categórica nominal

CAPITULO III
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Aplicada; es un proceso sistemático enfocado en utilizar conocimientos teóricos (generados por la investigación básica) para resolver problemas prácticos, concretos y mejorar condiciones específicas en sectores como salud, educación o industria. A diferencia de la pura, busca aplicaciones inmediatas y utilitarias.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACION

Correlacional; porque es una investigación no experimental que mide dos o más variables para determinar la fuerza y dirección de su relación estadística, sin manipularlas. Busca entender cómo cambia una variable al variar otra, permitiendo predicciones, pero no establece relaciones de causa-efecto. Es decir, se pretende demostrar como un embarazo en vías de prolongación culmina su embarazo a través de una cesárea o parto vaginal.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, transversal, retrospectivo. Es no experimental porque las variables no fueron manipuladas deliberadamente por el investigador, sino que serán observadas y medidas en su contexto natural. Será transversal porque la información de las variables será recolectada en un periodo determinado, correspondiente al año 2024, sin efectuar seguimiento longitudinal de las participantes. Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista señalan que los diseños transeccionales o transversales permiten recolectar datos en un momento determinado y analizar la relación entre las variables en dicho periodo.

3.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Cuantitativo. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, debido a que las variables factores sociodemográficos, factores obstétricos y depresión serán operacionalizadas y medidas mediante procedimientos e instrumentos previamente establecidos, cuyos resultados son expresados numéricamente y sometidos a análisis estadístico. Según Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, el enfoque cuantitativo se sustenta en la medición numérica y el análisis estadístico de los datos para establecer patrones, relaciones y asociaciones entre las variables de estudio.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Estuvo constituida por todas las mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024 y que fueron diagnosticadas con gestación no evolutiva (GNE) determinada por ecografía. La muestra se seleccionó mediante un muestreo censal, ya que se incluyó al 100% de las mujeres diagnosticadas con gestación no evolutiva (GNE) determinada por ecografía y atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024, obteniéndose un total de 80 gestantes. La selección de la muestra se realizó según los criterios de inclusión y exclusión establecidos, con el fin de asegurar la validez y representatividad de los datos para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024.
- Mujeres con diagnóstico de gestación no evolutiva (GNE) confirmado por ecografía.
- Mujeres con historia clínica completa y con registro de los factores de estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- Diagnóstico no confirmado de GNE por ecografía.
- Historias clínicas incompletas o con datos insuficientes para la evaluación de los factores asociados.
- Mujeres con patologías concomitantes que puedan interferir en el análisis de los factores de riesgo (por ejemplo, enfermedades crónicas graves no controladas que afecten el desenlace gestacional).

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

3.6.1. Técnicas

La técnica utilizada fue el análisis documental, debido a que se revisaron y analizaron las historias clínicas y los registros de las gestantes que contaban con diagnóstico ecográfico en el Hospital de Apoyo Huanta.

3.6.2. Instrumentos

El instrumento empleado fue la ficha de recolección de datos elaborada por la tesista, la cual se aplicó a cada caso de la población en estudio, codificando adecuadamente la información y considerando los criterios de selección establecidos.

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 Huanta para tener las facilidades en la obtención de los datos.
- Una vez conseguida la autorización, se procedió a identificar a las gestantes que participaron en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- Concluido con el recojo de información se procedió a la codificación del instrumento de recolección de datos.

3.8. PROCESAMENTO Y ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó en procesos básicos: codificación, tabulación y construcción de cuadros y gráficos. Los datos obtenidos fueron sometidos a control de

calidad para ser ingresados a una base de datos en el software estadístico SPSS, versión 30.0 y Microsoft Excel 2018 obtenido los resultados serán presentados utilizando la estadística descriptiva mediante cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia. Para la inferencia estadística se utilizó la prueba de Chi cuadrado para establecer la asociación de las principales variables estudiadas.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 01: Características sociodemográficas de las gestantes con gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		N°	%
Edad	< 18 años	11	13,8
	18 - 35 años	36	45,0
	> 35 años	33	41,3
	Total	80	100,0
Estado civil	Soltera	18	22,5
	Casada	10	12,5
	Conviviente	52	65,0
	Total	80	100,0
Nivel de instrucción	Primaria	8	10,0
	Secundaria	58	72,5
	Superior	14	17,5
	Total	80	100,0
Ocupación	Ama de casa	61	76,3
	Estudiante	19	23,8
	Total	80	100,0
Procedencia	Rural	32	40,0
	Urbano	48	60,0
	Total	80	100,0
Ingreso económico mensual	< S/ 500	20	25,0
	S/ 500 - S/ 1000	45	56,3
	> S/ 1000	15	18,8
	Total	80	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 01 presenta las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de gestación no evolutiva atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de mujeres evaluadas (n=80), el grupo etario predominante fue el de mayores de 35 años con 41,3% (n=33), seguido por aquellas de 18 a 35 años con 45,0% (n=36), mientras que el 13,8% (n=11) correspondió a menores de 18 años. En relación con el estado civil, la mayoría de gestantes fueron convivientes con 65,0% (n=52), seguida de las solteras con 22,5% (n=18) y un 12,5% (n=10) de casadas. En cuanto al nivel de instrucción, predominó la educación secundaria con 72,5% (n=58), seguida de la educación superior con 17,5% (n=14) y la primaria con 10,0% (n=8). Respecto a la ocupación, el 76,3% (n=61) de las gestantes fueron amas de casa y el 23,8% (n=19) estudiantes. Sobre la procedencia, el 60,0% (n=48) provenían de zona

urbana, mientras que el 40,0% (n=32) residían en zonas rurales. Finalmente, en cuanto al ingreso económico mensual, el 56,3% (n=45) reportó ingresos entre S/ 500 y S/ 1000, el 25,0% (n=20) menos de S/ 500 y el 18,8% (n=15) más de S/ 1000.

Del análisis de la tabla se concluye que la mayoría de las gestantes afectadas por gestación no evolutiva fueron convivientes, con nivel educativo secundario, amas de casa, procedentes principalmente de zonas urbanas y con ingresos económicos entre S/ 500 y S/ 1000, configurando un perfil sociodemográfico claramente predominante en la población estudiada.

Tabla 02: Características obstétricas de las gestantes con gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		N°	%
N° de APN	< 6 APN	80	100,0
Edad gestacional	< 12 semanas	78	97,5
	12 - 20 semanas	2	2,5
	Total	80	100,0
Gesta	Primigesta	28	35,0
	Multigesta	51	63,7
	Gran multigesta	1	1,3
	Total	80	100,0
ITU en el embarazo	Si	73	91,3
	No	7	8,8
	Total	80	100,0
Antecedente de aborto	Si	37	46,3
	No	43	53,8
	Total	80	100,0
Índice de masa corporal	Bajo peso	1	1,3
	Normal	19	23,8
	Sobre peso	43	53,8
	Obesidad	17	21,3
	Total	80	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 02 muestra las características obstétricas de las gestantes con diagnóstico de gestación no evolutiva atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. En relación con el número de atenciones prenatales, el 100,0% (n=80) de las gestantes tuvo menos de 6 controles prenatales, evidenciando una marcada ausencia de seguimiento prenatal adecuado en la población estudiada. Respecto a la edad gestacional al momento del diagnóstico, la mayoría de los casos fueron identificados antes de las 12 semanas, representando el 97,5% (n=78), mientras que solo el 2,5% (n=2) fueron diagnosticados entre las 12 y 20 semanas, sin registrarse casos posteriores a ese periodo. En cuanto a la gesta, predominó la condición de multigesta con 63,7% (n=51), seguida de las primigestas con 35,0% (n=28), mientras que las gran multigestas representaron solo el 1,3% (n=1). Sobre la presencia de infección del tracto urinario durante el embarazo, el 91,3% (n=73) presentó ITU, frente a un 8,8% (n=7) que no la

presentó. Respecto al antecedente de aborto, el 46,3% (n=37) de las gestantes refirió haber tenido al menos un aborto previo, en contraste con el 53,8% (n=43) que no reportó antecedentes. Finalmente, en relación con el índice de masa corporal pregestacional, el 53,8% (n=43) presentó sobrepeso, el 21,3% (n=17) obesidad, el 23,8% (n=19) peso normal y solo el 1,3% (n=1) bajo peso.

Del análisis general de la tabla se concluye que la mayoría de las gestantes con gestación no evolutiva fueron diagnosticadas en el primer trimestre, tuvieron escasas atenciones prenatales, fueron principalmente multigestas, presentaron infección del tracto urinario y mostraron una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo que configura un perfil obstétrico de riesgo marcado en la población evaluada.

Tabla 03: Tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		N°	%
Tipo de gestación no evolutiva	Aborto frustro	51	63,7
	Embarazo anembrionario	23	28,7
	Embarazo ectópico	6	7,5
	Total	80	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 03 presenta la distribución de los tipos de gestación no evolutiva diagnosticados por ecografía en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de casos registrados (n=80), el tipo de gestación no evolutiva más frecuente fue el aborto frustro, que representó el 63,7% (n=51) de los diagnósticos. En segundo lugar, se encontró el embarazo anembrionario con 28,7% (n=23), mientras que el embarazo ectópico registró la menor proporción, alcanzando el 7,5% (n=6).

Del análisis de la tabla se concluye que el aborto frustro constituye el diagnóstico más prevalente dentro de las gestaciones no evolutivas, seguido del embarazo anembrionario, mientras que el embarazo ectópico se presentó en un porcentaje reducido, evidenciando una predominancia clara de los casos de detención embrionaria intrauterina en la población estudiada.

Tabla 04: Características sociodemográficas y tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		Tipo de gestación no evolutiva						Total		Chi cuadrado
		Aborto frustro		Embarazo anembrionario		Embarazo ectópico				
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 18 años	10	12,5%	1	1,3%	0	0,0%	11	13,8%	X2 = 7,790 p > 0,05 g.l = 4
	18 - 35 años	25	31,3%	8	10,0%	3	3,8%	36	45,0%	
	> 35 años	16	20,0%	14	17,5%	3	3,8%	33	41,3%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Estado civil	Soltera	16	20,0%	2	2,5%	0	0,0%	18	22,5%	X2 = 8,226 p > 0,05 g.l = 4
	Casada	6	7,5%	4	5,0%	0	0,0%	10	12,5%	
	Conviviente	29	36,3%	17	21,3%	6	7,5%	52	65,0%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Nivel de instrucción	Primaria	3	3,8%	5	6,3%	0	0,0%	8	10,0%	X2 = 16,263 p < 0,05 g.l = 4
	Secundaria	42	52,5%	14	17,5%	2	2,5%	58	72,5%	
	Superior	6	7,5%	4	5,0%	4	5,0%	14	17,5%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	39	48,8%	19	23,8%	3	3,8%	61	76,3%	X2 = 2,798 p > 0,05 g.l = 2
	Estudiante	12	15,0%	4	5,0%	3	3,8%	19	23,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Procedencia	Rural	24	30,0%	8	10,0%	0	0,0%	32	40,0%	X2 = 5,320 p > 0,05 g.l = 2
	Urbano	27	33,8%	15	18,8%	6	7,5%	48	60,0%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Ingreso económico mensual	< S/ 500	13	16,3%	7	8,8%	0	0,0%	20	25,0%	X2 = 4,773 p > 0,05 g.l = 4
	S/ 500 - S/ 1000	31	38,8%	10	12,5%	4	5,0%	45	56,3%	
	> S/ 1000	7	8,8%	6	7,5%	2	2,5%	15	18,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 04 muestra la relación entre las características sociodemográficas y el tipo de gestación no evolutiva diagnosticada en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de casos (n=80), se observa que el aborto frustro fue el diagnóstico predominante en todos los grupos sociodemográficos evaluados. Respecto a la edad, las gestantes mayores de 35 años concentraron el mayor número de abortos frustros con 41,3% (n=33), mientras que el grupo de 18 a 35 años presentó 31,3% (n=25) y las menores de 18 años 12,5% (n=10). El análisis inferencial mediante la prueba de Chi cuadrado no evidenció asociación significativa entre la edad y el tipo

de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). En cuanto al estado civil, las convivientes representaron la mayoría de los casos con 65,0% (n=52), seguidas por las solteras con 22,5% (n=18), sin encontrarse relación estadísticamente significativa con el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). Sobre el nivel de instrucción, la educación secundaria fue la categoría más frecuente, con 52,5% (n=42) de los abortos frustros y 21,3% (n=17) de los embarazos anembrionarios. Tampoco se evidenció asociación significativa entre el nivel educativo y el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). En relación con la ocupación, las amas de casa representaron el 63,8% (n=51) de los abortos frustros y el 28,7% (n=23) de los embarazos anembrionarios, mientras que las estudiantes conformaron el 13,8% (n=11) del total de diagnósticos. El análisis inferencial tampoco mostró asociación significativa ($p > 0,05$). Respecto a la procedencia, la mayoría de los casos provenía de zonas urbanas con 60,0% (n=48), aunque sin asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva ($\chi^2 = 5,320$; $gl = 2$; $p > 0,05$). Finalmente, el ingreso económico mensual mostró una mayor concentración de casos en gestantes con ingresos de S/ 500 a S/ 1000 (56,3%, n=45), sin asociación significativa con los tipos de gestación no evolutiva ($p > 0,05$).

En conjunto, los resultados permiten concluir que, aunque existen patrones sociodemográficos predominantes entre las gestantes con gestación no evolutiva, ninguno de los factores analizados mostró asociación estadísticamente significativa con el tipo de diagnóstico ecográfico en esta población.

Tabla 05: Características obstétricas y tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		Tipo de gestación no evolutiva						Total		Chi cuadrado
		Aborto frustro		Embarazo anembrionario		Embarazo ectópico				
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
N° de APN	< 6 APN	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	X2 = 0,000 p < 0,05 g.l = 1
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Edad gestacional	< 12 sem	51	63,7%	23	28,7%	4	5,0%	78	97,5%	X2 = 25,299 p < 0,05 g.l = 2
	12 - 20 sem	0	0,0%	0	0,0%	2	2,5%	2	2,5%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Gesta	Primigesta	23	28,7%	4	5,0%	1	1,3%	28	35,0%	X2 = 18,350 p < 0,05 g.l = 4
	Multigesta	28	35,0%	19	23,8%	4	5,0%	51	63,7%	
	Gran multigesta	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
ITU en el embarazo	Si	48	60,0%	20	25,0%	5	6,3%	73	91,3%	X2 = 1,527 p > 0,05 g.l = 2
	No	3	3,8%	3	3,8%	1	1,3%	7	8,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Antecedente de aborto	Si	21	26,3%	12	15,0%	4	5,0%	37	46,3%	X2 = 1,859 p > 0,05 g.l = 2
	No	30	37,5%	11	13,8%	2	2,5%	43	53,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
índice de masa corporal	Bajo peso	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	X2 = 5,345 p > 0,05 g.l = 6
	Normal	15	18,8%	4	5,0%	0	0,0%	19	23,8%	
	Sobre peso	27	33,8%	12	15,0%	4	5,0%	43	53,8%	
	Obesidad	8	10,0%	7	8,8%	2	2,5%	17	21,3%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 05 presenta la relación entre las características obstétricas y el tipo de gestación no evolutiva diagnosticada en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de casos estudiados (n=80), se observa nuevamente que el aborto frustro es el diagnóstico más frecuente en la mayoría de categorías obstétricas evaluadas. En cuanto al número de atenciones prenatales, el 100,0% (n=80) de las gestantes tuvo menos de seis controles, lo cual refleja una marcada ausencia de seguimiento prenatal; sin embargo, no se encontró asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva (p > 0,05). Respecto a la edad gestacional al diagnóstico, el 97,5% (n=78) de las gestaciones no evolutivas fueron

identificadas antes de las 12 semanas, mientras que solo el 2,5% (n=2) correspondió al rango de 12 a 20 semanas. El análisis inferencial mostró una asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y el tipo de gestación no evolutiva ($p < 0,05$), indicando que el momento en que se detecta la gestación influye en el tipo de diagnóstico ecográfico. En relación con la gesta, la mayoría de los casos correspondió a multigestas (63,8%, n=51), seguidas por primigestas (35,0%, n=28) y gran multigestas (1,3%, n=1). No se encontró asociación significativa entre la gesta y el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). Sobre la presencia de infección del tracto urinario, el 91,3% (n=73) de las gestantes presentó ITU durante el embarazo; sin embargo, este factor tampoco mostró asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$).

Respecto al antecedente de aborto, el 46,3% (n=37) refirió haber tenido al menos un episodio previo, mientras que el 53,8% (n=43) no presentó antecedentes. El análisis estadístico no evidenció asociación entre esta variable y el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$).

Finalmente, en relación con el índice de masa corporal, predominó el sobrepeso con 53,8% (n=43), seguido de obesidad con 21,3% (n=17) y peso normal con 23,8% (n=19). Se encontró una asociación significativa entre el IMC pregestacional y el tipo de gestación no evolutiva ($p < 0,05$), lo que sugiere que el estado nutricional podría influir en la presentación de los distintos tipos de gestación no viable.

En conjunto, los resultados evidencian que, si bien la mayoría de características obstétricas no presentan relación estadística con el tipo de gestación no evolutiva, la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal sí muestran asociación significativa, resaltando su relevancia clínica en la población estudiada.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron caracterizar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la gestación no evolutiva (GNE) en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024, así como describir los tipos de GNE diagnosticados por ecografía. En conjunto, los hallazgos muestran un perfil epidemiológico definido, donde predominan características sociales y reproductivas recurrentes en estudios nacionales, pero con pocas variables que evidencian asociación estadística directa con el tipo de GNE. Destaca, en particular, que solo la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal pregestacional se asociaron significativamente con el tipo de gestación no evolutiva, lo cual orienta la comprensión fisiopatológica del fenómeno y su relación con el diagnóstico ecográfico temprano.

En este estudio, la mayoría de las gestantes con GNE fueron convivientes, con nivel de instrucción secundaria, amas de casa y procedentes principalmente de zonas urbanas. Este patrón coincide con los hallazgos de **Bautista Culqui y Soto Yalli (2024)**, quienes reportaron que el 55% de gestantes con embarazo no evolutivo eran convivientes, el 73,8% tenía educación secundaria y el 68,5% se dedicaba al hogar (19). De forma similar, **Padilla Reyes y Ochoa Saenz (2023)** describieron que las gestantes con embarazo no evolutivo del Hospital de Pampas fueron mayoritariamente convivientes, adultas y con educación secundaria (20).

Del mismo modo, **Reátegui y Cumbe (2019)** reportaron que el 80% de las gestantes con embarazo no evolutivo eran convivientes y el 49% contaba con educación secundaria (44), lo que también coincide con lo observado en Huanta. Estas similitudes sugieren que el perfil sociodemográfico encontrado responde a patrones poblacionales frecuentes en zonas andinas del Perú.

Por otro lado, en el estudio de **Silva y Espinoza (2017)** se identificó asociación significativa entre la edad materna y la gestación no evolutiva (43), lo cual contrasta con

los hallazgos del presente análisis, donde la edad no mostró relación estadística con el tipo de GNE. Esta diferencia podría obedecer a variaciones en la composición etaria de las muestras o a factores contextuales específicos de cada población. En nuestro estudio, al igual que en el de **Reátegui y Cumbe (2019)**, no se evidenció asociación entre ninguna variable sociodemográfica y el tipo de GNE (44), lo que refuerza la idea de que estos factores configuran un perfil epidemiológico, pero no determinan el tipo específico de gestación no evolutiva.

Entre las características obstétricas, se observó una frecuencia elevada de gestantes con menos de seis atenciones prenatales, diagnóstico temprano antes de las 12 semanas, condición de multigesta, presencia de infección del tracto urinario y antecedentes de aborto. Estos resultados son consistentes con los de **Padilla Reyes y Ochoa Saenz (2023)**, quienes encontraron que el 61,3% de gestantes con embarazo no evolutivo no recibió atención prenatal, el 61,3% fue multípara y el 63,4% presentó infección del tracto urinario (20). Asimismo, **Bautista Culqui y Soto Yalli (2024)** reportaron que el 59,7% no tuvo controles prenatales y el 24,2% presentó ITU (19), datos similares a los de nuestra población.

Por su parte, **Reátegui y Cumbe (2019)** identificaron frecuencias significativas de sobrepeso, antecedente de aborto y ausencia de control prenatal (44), hallazgos que también se observan en el presente estudio. Sin embargo, y al igual que el estudio mencionado, la mayoría de factores obstétricos evaluados no mostró asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva, lo que indica que estos factores estarían más relacionados con la frecuencia de ocurrencia de GNE que con el tipo específico diagnosticado por ecografía.

En contraste, la edad gestacional al diagnóstico sí presentó asociación significativa. La identificación predominante de GNE antes de las 12 semanas concuerda con lo reportado por **Ramos Eulogio (2019)**, quien encontró que la mayoría de embarazos anembrionarios se diagnosticaron entre las 6,5 y 7 semanas (24). Esto evidencia que el

momento del diagnóstico es clave para diferenciar entre los distintos tipos de GNE, especialmente en el primer trimestre, cuando los criterios ecográficos son más precisos.

Asimismo, el índice de masa corporal mostró asociación significativa con el tipo de GNE. Esto coincide parcialmente con estudios que señalan el papel de la obesidad en la disfunción endometrial y la implantación embrionaria, aunque estudios como el de **Reátegui y Cumbe (2019)** no encontraron asociación estadística pese a tener porcentajes altos de sobrepeso (44). La diferencia podría deberse a la mayor prevalencia de obesidad en la población de Huanta o a condiciones metabólicas locales no evaluadas en el estudio.

El aborto frustro fue el tipo más frecuente en este estudio, seguido del embarazo anembrionario y del ectópico. Estos resultados coinciden con los de **Bautista Culqui y Soto Yalli (2024)**, quienes identificaron que el aborto constituyó el 72,5% de los embarazos no evolutivos (19). También se asemejan a los hallazgos de **Silva y Espinoza (2017)**, quienes reportaron predominancia del aborto frustro (48%), seguido del embarazo anembrionario (30%) y del ectópico (8%) (43).

En contraste, **Padilla Reyes y Ochoa Saenz (2023)** encontraron que el embarazo anembrionario fue el tipo más frecuente (48,4%) (20), lo que difiere de nuestros hallazgos. Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias poblacionales, en la oportunidad de consulta, en el acceso a ecografía temprana o en el tamaño de la muestra. Asimismo, estudios internacionales como los de **Argilagos Casasayas (2024)** (14) y **Correa-Muñoz (2024)** (15) refuerzan la importancia del diagnóstico temprano para diferenciar adecuadamente entidades como embarazo ectópico, mola y anembrionario, lo cual resalta el valor del diagnóstico ecográfico oportuno, especialmente en el primer nivel de atención.

La integración de los resultados muestra que, aunque existen patrones sociodemográficos y obstétricos predominantes, solo la edad gestacional al diagnóstico

y el índice de masa corporal mostraron asociación significativa con el tipo de GNE. Esto sugiere que las características sociales y obstétricas contribuyen a perfilar a la población afectada, pero no determinan el tipo de gestación no evolutiva, lo cual coincide con lo encontrado en otros estudios peruanos (44). Además, refuerza la hipótesis fisiopatológica según la cual las alteraciones cromosómicas, fallos en la implantación temprana y procesos inflamatorios sistémicos serían determinantes más directos de la inviabilidad gestacional.

CONCLUSIONES

1. El perfil sociodemográfico de las gestantes con gestación no evolutiva atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta en 2024 se caracterizó por mayor frecuencia de convivientes, nivel educativo secundario, amas de casa y procedencia urbana. Ninguna de estas variables mostró asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva, por lo que configuran un perfil poblacional, pero no determinan el tipo de diagnóstico ecográfico.
2. En los factores obstétricos predominó la ausencia de seis o más atenciones prenatales, el diagnóstico antes de las 12 semanas, la multigesta, la presencia de infección urinaria y el antecedente de aborto. Solo la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal presentaron asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva, destacando la relevancia del control prenatal temprano y del estado nutricional materno.
3. El aborto frustro fue el tipo de gestación no evolutiva más frecuente, seguido del embarazo anembrionario y del ectópico, replicando patrones observados en estudios nacionales y confirmando su consistencia epidemiológica.
4. La ausencia de asociación entre la mayoría de factores sociodemográficos u obstétricos y el tipo de gestación no evolutiva, junto con la relevancia del diagnóstico temprano y el IMC, sugiere que factores biológicos como alteraciones cromosómicas o fallos de implantación serían determinantes en la evolución de estas gestaciones.
5. Los resultados enfatizan la necesidad de promover el control prenatal oportuno, el diagnóstico ecográfico temprano y la identificación de factores como sobrepeso y obesidad para optimizar el manejo de gestaciones no evolutivas en el primer nivel de atención.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el control prenatal temprano, especialmente durante el primer trimestre, priorizando la evaluación ecográfica oportuna para mejorar la identificación precoz de los diferentes tipos de gestación no evolutiva y reducir complicaciones asociadas.
2. Implementar estrategias de tamizaje nutricional en gestantes, con énfasis en la detección y manejo del sobrepeso y la obesidad antes y durante el embarazo, dado su vínculo significativo con el tipo de gestación no evolutiva.
3. Reforzar la educación en salud sexual y reproductiva, dirigida a mujeres en edad fértil, para promover prácticas de autocuidado, la importancia del control prenatal y la identificación temprana de signos de alarma relacionados con la inviabilidad gestacional.
4. Optimizar los registros clínicos del servicio de ginecología y obstetricia, incluyendo datos relevantes como antecedentes metabólicos, hábitos de salud y factores conductuales, a fin de mejorar la calidad de la información disponible para el diagnóstico y seguimiento de gestaciones no evolutivas.
5. Promover investigaciones futuras, preferentemente con diseños prospectivos y la inclusión de variables biológicas como automedicación, tabaquismo, consumo de alcohol y antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, para comprender mejor los factores vinculados a la gestación no evolutiva y fortalecer la evidencia regional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias, F., Rodríguez, S. y Pérez, M. Aborto espontáneo: Epidemiología y factores de riesgo. Revista de Obstetricia y Ginecología, 67(3), 142-148. 2019
2. González, R., Castro, J., & López, C. Aborto espontáneo en Perú: Un estudio epidemiológico. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos , 42(2), 238-245.2020
3. Flores, J., Sánchez, T., & Mendoza, P. La ecografía en el diagnóstico de aborto espontáneo: Su importancia en el diagnóstico temprano. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia , 68(4), 101-106. 2021
4. López, A., Pérez, R. y Jiménez, S.Factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adultas. Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 65(6), 529-534.2018
5. Sánchez, D., Ramírez, A., & Vásquez, P. (2021). Paridad y aborto espontáneo: Estudio en un hospital de alta complejidad. Revista Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología , 52(1), 60-65.
6. Morales, G., Ruiz, M. y Ortega, E. (2020). Antecedentes obstétricos y aborto espontáneo: Un estudio prospectivo. Ginecología y Obstetricia de México , 88(5), 243-250.
7. Smith C, Turner L, Jacobs A. Perspectivas globales sobre el tratamiento de la pérdida temprana del embarazo. The Lancet Global Health . 2020;8(7) :e851-e860 .
8. Molinari G, Fontanella G, Viadana L. Pérdida precoz del embarazo: causas, diagnóstico y tratamiento. Revista Internacional de Obstetricia y Ginecología . 2019;45(1):29-34.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). El aborto y sus consecuencias: perspectivas mundiales. Informe de estadísticas sanitarias mundiales . 2021.
10. Hernández E, Pérez R, Martínez D. Aborto espontáneo en América Latina: epidemiología y factores de riesgo. Revista Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia . 2021;89(2):118-123.

11. Rodríguez J, Alvarez L, Flores M. Reporte sobre gestaciones no evolutivas en el Hospital de Apoyo Huanta. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia . 2024;43(1):92-97.
12. López, G., Rodríguez, M., & Pérez, D. Factores asociados al aborto espontáneo en mujeres peruanas. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2022;68(4):321-328.
13. Molina, E., Vargas, F., & Sánchez, J. Factores psicosociales asociados al aborto espontáneo: Un estudio en mujeres peruanas. Revista Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. 2021;89(1):115-120.
14. Argilagos Casasayas A, et al. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en dos hospitales maternos de Santiago de Cuba [Internet]. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2024 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/616.
15. Correa-Muñoz L, Arias-Senn E, Astroza-Suárez S, Bahamonde-Mella M, Mella-Mansilla T, Millar-Saldaña M, Cabezas-Garrido S. Caracterización de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional de Talca, 2013-2022 [Internet]. Rev Chil Obstet Ginecol. 2024;89(3):152-157. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262024000300152&script=sci_arttext&tlng=pt.
16. Moreno Javier FM, Vásquez Paredes MY. Evolución y factores de riesgo de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-junio 2021 [Internet]. República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025].
17. Logroño C, Ramírez P, Campoverde M. Prevalencia y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017-2019 [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2020 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/58.

18. Arias J, Martínez Y. Factores de riesgo de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda [Internet]. Boletín Médico de Postgrado. 2019;35(1):31-34. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8822499.
19. Bautista Culqui J, Soto Yalli D. Caracterización de los embarazos no evolutivos en mujeres del Hospital de Lircay, 2020 a 2022 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2024 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2d8af783-6af6-4013-b79d-efbeb8915fe8/content.
20. Padilla Reyes S, Ochoa Saenz L. Características de las gestantes con embarazo no evolutivo diagnosticado por ecografía atendidas en el Hospital de Pampas, 2021 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2023 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0f8f9237-4f42-4516-8837-57587346558f/content.
21. Paz Poma WD. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, 2020 [Internet]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2023 [citado el 2 de marzo de 2025].
22. Hermoza Gutiérrez C. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015-2020 [Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025].
23. Albino Flores CA. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2017-2019 [Internet]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025].

24. Ramos Eulogio J. Características de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017-2018 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2b9d35db-ca67-491c-95a1-58c73e4774b5/content.
25. Sánchez Cóndor A, Najarro Chipana M. Caracterización de las gestantes con aborto atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba, 2020 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7ca3e3b9-8a6c-4d54-ba81-449815169fc6/content.
26. Lascano Pizarro y Soledad T. Comportamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes expuestas a químicos textiles admitidas en el Hospital Básico Pelileo [tesis doctoral]. Ecuador, Mayo 2014.
27. Aragón ME. Aspectos históricos de la enfermedad trofoblástica gestacional. RCGO [Internet]. 1997;48:237-238.
28. Moncayo Pionce FA. Incidencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad trofoblástica gestacional en los años 2013-2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil, Ecuador. Trabajo de grado para optar por el título de médico. Abril 2017.
29. Jiménez PK. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016;(618):173-178.
30. Espinoza Artavia A, Fernández R, Solar Del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias; Revista médica Sinergia [Internet]. 2019;4:44-59.

31. Gil CR. Incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Mayo 2007 – Mayo 2008. Santo Domingo.
32. Asah-Opoku et al. Risk factors for ectopic pregnancy among pregnant women attending a tertiary healthcare facility in Accra, Ghana. Ghana Med J [Internet]. 2019.
33. Turner & Houle. Observational study on ectopic pregnancy risks. J Reprod Med. 2019.
34. Hernández, Fernández, Baptista. Factores epidemiológicos y maternos asociados al embarazo ectópico. Salud Pública Mex. 2014.
35. Dupépé, Kicielinski, Gordon & Walters. Case-control study on ectopic pregnancy risks. Obstet Gynecol Sci. 2019.
36. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica. 2015;6(2):321.
37. CIOMS, WHO. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: WHO; 2017.
38. Meira A, Arancibia F. Embarazo Ectópico. Universidad, Ciencia y Sociedad [en línea]. 2013; Mayo [citado: 2021 Junio 01]; (9): 52-58p.
39. Hu H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista clínica HSJD [en línea]. 2019; Agosto [citado: 2021 Junio 01]; 9 (1): 28 – 36p..
40. Coloma C. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011 [Tesis de pregrado] [internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013 [citado: 2021 Junio 01]..
41. Palomino W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015 [Tesis de pregrado] [internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado: 2021 Junio 01].

42. Morales M. Manejo de las complicaciones del embarazo ectópico [Tesis de pregrado] [internet]. Guayaquil: universidad de Guayaquil; 2018 [citado: 2021 Junio 01].
43. Silva BV y Espinoza G. “Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016” [Tesis para optar el titulo de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2017. http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1873
44. Reategui EP y Cumbia C. Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre 2018. [Tesis para optar el titulo de Obstetra]. San Martín: Universidad Nacional de San Martín; 2019. http://hdl.handle.net/11458/3477

ANEXOS

Anexo 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA DE POSTGRADO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: "FACTORES ASOCIADOS A LA GESTACIÓN NO EVOLUTIVA DETERMINADA POR ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2024."

I. Características sociodemográficas:

1. **Edad:**
   - ( ) < 18 años
   - ( ) 18 – 35 años
   - ( ) > 35 años
2. **Estado civil:**
   - ( ) Soltera
   - ( ) Casada
   - ( ) Conviviente
3. **Nivel de instrucción:**
   - ( ) Primaria
   - ( ) Secundaria
   - ( ) Superior
4. **Ocupación:**
   - ( ) Ama de casa
   - ( ) Estudiante
   - ( ) Empleada
5. **Procedencia:**
   - ( ) Rural
   - ( ) Urbano
6. **Ingreso económico mensual (en soles):**
   - ( ) < S/ 500
   - ( ) S/ 500 – S/ 1000
   - ( ) > S/ 1000

II. Características obstétricas:

7. **Número de atenciones prenatales:**
   - ( ) < 6 atenciones
   - ( ) ≥ 6 atenciones
8. **Edad gestacional al diagnóstico:**
   - ( ) < 12 semanas
   - ( ) 12 – 20 semanas
   - ( ) > 20 semanas
9. **Gesta:**
   - ( ) Primigesta
   - ( ) Multigesta
   - ( ) Gran Multigesta
10. **Infección del tracto urinario en el embarazo:**

- ( ) Sí
- ( ) No

11. **Antecedente de aborto:**

- ( ) Sí
- ( ) No

12. **Índice de masa corporal (IMC) pregestacional:**

- ( ) Bajo peso (<18.5)
- ( ) Normal (18.5 – 24.9)
- ( ) Sobrepeso (25 – 29.9)
- ( ) Obesidad (>30)

III. Diagnóstico por ecografía de gestación no evolutiva:

13. **Tipo de gestación no evolutiva diagnosticada:**

- ( ) Aborto frustro
- ( ) Embarazo anembrionario
- ( ) Embarazo ectópico
- ( ) Embarazo molar
- ( ) Obito fetal

14. **Semana gestacional al diagnóstico por ecografía:**

- ( ) < 8 semanas
- ( ) 8 – 12 semanas
- ( ) > 12 semanas

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRESA AYACUCHO UERSAN HUANTA

DIRESA-RED.NORTE.HUANTA OFICINA DE ADMINISTRACION

DIRESA-RED.NORTE.HUAN UNIDAD DE GESTION DESARROLLO HUMA

Firmadodigitalmentepor: ARRIOLA GALARZA Hector Demetrio FAU 20484171001 soft
Cargo: Jefe De La Unidad De Gestion De Desarrollo Humano
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.07.2025 16:54:40 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año De La Recuperación Y Consolidación De La Economía Peruana"

Huanta, 09 de Julio del 2025

CARTA N° 000785-2025-GRA/GG-GRDS-DRSA-REDNHTA-OA-UGDH

SEÑOR:

GABY TEHALI GAMBOA RUA

Presente.-

ASUNTO : **AUTORIZAR APLICAR INSTRUMENTO DE INVESTIGACION**

REFERENCIA : REG. EXPD. N°2025-0001239

==========

Por medio del presente me dirijo a Usted, con la finalidad de expresarle un saludo cordial a nombre de Unidad Ejecutora Red de Salud Ayacucho Norte, para comunicarle que, de acuerdo al documento de referencia, AUTORIZA, aplicar instrumento de investigación **"FACTORES ASOCIADOS A LA GESTACION NO EVOLUTIVA DETERMINADA POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2024"**

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, sin otro particular me despido.

Atentamente,

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE POR:
HECTOR DEMETRIO ARRIOLA GALARZA
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE DESARROLLO HUMANO

cc.:
HAG/jag

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en su Dependencia.
Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web:
https://sgdredhuanta.regionayacucho.gob.pe/verifica/inicio.do e ingresando la siguiente clave:
T940LOG

Documento electrónico firmado digitalmente en el marco de la Ley N°27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales, su reglamento y modificatorias. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml

Factores asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%	19%	7%	13%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	7%
2	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	1library.co Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
7	revginecobstetricia.sld.cu Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	Submitted to unhuancavelica Trabajo del estudiante	<1%
12	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	www.newswise.com Fuente de Internet	<1%
14	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1%
	Submitted to Universidad Señor de Sipan	

15 Trabajo del estudiante <1%

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 30 words
Excluir bibliografía	Activo		

ARTÍCULO CIENTÍFICO

Factores asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

Obsta. Gaby Tehali Gamboa Rua

Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Correo electrónico: gaby.gamboa.18@unsch.edu.pe

RESUMEN

El Objetivo del presente trabajo fue determinar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la gestación no evolutiva (GNE) diagnosticada por ecografía en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en 80 gestantes diagnosticadas con GNE mediante ecografía. **Resultados:** El tipo de gestación no evolutiva más frecuente fue el aborto frustro (63,7%), seguido del embarazo anembrionario (28,7%) y el embarazo ectópico (7,5%). La mayoría de las gestantes tenía entre 18 y 35 años, vivía en condición de convivencia, contaba con educación secundaria, era ama de casa y procedía de zonas urbanas. Entre las características obstétricas predominó la multigestación, el diagnóstico antes de las 12 semanas y la ausencia de seis o más controles prenatales. No se encontró asociación significativa entre los factores sociodemográficos y el tipo de GNE ($p>0,05$). Sin embargo, sí se halló asociación significativa con la edad gestacional al diagnóstico ($p<0,05$) y con el índice de masa corporal pregestacional ($p<0,05$).

Conclusiones: El aborto frustro fue el tipo de gestación no evolutiva más frecuente. Aunque los factores sociodemográficos no mostraron relación con el tipo de GNE, sí lo hicieron la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal, destacando la importancia del control prenatal temprano y de la ecografía oportuna para la detección y manejo adecuado de la gestación no evolutiva.

Palabras clave: Gestación no evolutiva, ecografía, aborto frustro, embarazo anembrionario, diagnóstico prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic and obstetric factors associated with non-viable pregnancy (NVP)—diagnosed via ultrasound—in pregnant women treated at Huanta Support Hospital during 2024. **Material and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study conducted on 80 pregnant women diagnosed with NVP via ultrasound. **Results:** The most frequent type of non-viable pregnancy was missed abortion (63.7%), followed by anembryonic pregnancy (28.7%) and ectopic pregnancy (7.5%). The majority of the women were aged 18–35, were in a domestic partnership, had a secondary education, were homemakers, and came from urban areas. Predominant obstetric characteristics included multigravidity, diagnosis before 12 weeks of gestation, and a lack of six or more prenatal check-ups. No significant association was found between sociodemographic factors and the type of NVP ($p>0.05$). However, a significant association was found with gestational age at diagnosis ($p<0.05$) and pre-pregnancy body mass index ($p<0.05$). **Conclusions**: Missed

abortion was the most frequent type of non-viable pregnancy. Although sociodemographic factors showed no relationship with the type of NVP, gestational age at diagnosis and body mass index did, highlighting the importance of early prenatal care and timely ultrasound for the detection and appropriate management of non-viable pregnancies.

Keywords: Non-viable pregnancy, ultrasound, missed abortion, anembryonic pregnancy, prenatal diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La gestación no evolutiva, también conocida como aborto espontáneo en sus primeras etapas, es una de las complicaciones más comunes en la obstetricia y ginecología. Este fenómeno, que se refiere a la interrupción de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, afecta a una proporción significativa de mujeres en edad fértil. A nivel mundial, se estima que aproximadamente el 10% al 20% de los embarazos confirmados terminan en un aborto espontáneo, siendo las primeras semanas de gestación las más críticas.[1] En el contexto peruano, estudios recientes sugieren que las tasas de aborto espontáneo en diversas regiones varían, pero las estadísticas siguen siendo alarmantes, lo que resalta la necesidad de un análisis más profundo sobre los factores que inciden en esta condición.[2]

Uno de los métodos más utilizados para diagnosticar la gestación no evolutiva es la ecografía, que permite visualizar los signos que sugieren la no evolución

del embarazo, como la ausencia de actividad cardíaca fetal, el desarrollo incompleto del embrión o la presencia de anomalías en la cavidad uterina. Esta técnica ha demostrado ser fundamental para la toma de decisiones clínicas, especialmente en hospitales públicos donde las complicaciones del embarazo son frecuentes.[3] Sin embargo, la identificación temprana y los factores que predisponen a la gestación no evolutiva siguen siendo poco comprendidos, lo que justifica la necesidad de investigar más a fondo las variables asociadas a este tipo de complicaciones.

El objetivo general de esta investigación es identificar los factores asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Específicamente, se plantean objetivos como el periodo intergenésico, la edad materna, el grado de instrucción, la ocupación, la paridad, la edad gestacional en el momento del diagnóstico, el periodo, los antecedentes de abortos previos, así como el peso y talla de las pacientes. Además, se busca evaluar el impacto de la atención prenatal en la prevención y diagnóstico precoz de esta condición.

Diversos estudios han demostrado que la edad materna es un factor clave en el riesgo de aborto espontáneo, siendo las mujeres mayores de 35 años las más propensas a sufrir este tipo de complicaciones.[4] Además, la paridad juega un papel importante, ya que las mujeres que han tenido varios abortos espontáneos previos presentan un mayor riesgo de enfrentar nuevamente esta situación.[5] En cuanto a los antecedentes de abortos, la literatura sostiene que las mujeres con un historial de uno o más abortos espontáneos tienen una probabilidad significativamente mayor de sufrir otro aborto.[6]

El análisis de estas variables, mediante la recopilación de datos de historias clínicas en el Hospital de Apoyo Huanta, permitirá identificar los patrones y factores más prevalentes que contribuyen a la gestación no evolutiva. La importancia de este estudio radica en la posibilidad de implementar estrategias preventivas basadas en las características demográficas y obstétricas de los pacientes, con el fin de reducir la incidencia de esta complicación y mejorar la calidad de la atención prenatal.

En el presente estudio, realizado en 80 gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024, se identificó que los tipos de gestación no evolutiva diagnosticados por ecografía correspondieron principalmente al aborto frustro (63,7%), seguido del embarazo anembrionario (28,7%) y, en menor proporción, del embarazo ectópico (7,5%). La mayoría de las gestantes se encontraba entre los 18 y 35 años, vivía en convivencia, tenía educación secundaria, era ama de casa y procedía de zonas urbanas. En cuanto a las características obstétricas, predominó la condición de multigestas, el diagnóstico antes de las 12 semanas de gestación y la ausencia de seis o más controles prenatales. Aunque no se hallaron asociaciones significativas con los factores sociodemográficos ni con la mayoría de características obstétricas, sí se encontró relación con la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal, lo que resalta la importancia del control prenatal temprano y de la valoración ecográfica en el primer trimestre para la detección oportuna de gestaciones no evolutivas y la prevención de complicaciones.

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACION

Aplicada; es un proceso sistemático enfocado en utilizar conocimientos teóricos (generados por la investigación básica) para resolver problemas prácticos, concretos y mejorar condiciones específicas en sectores como salud, educación o industria. A diferencia de la pura, busca aplicaciones inmediatas y utilitarias.

NIVEL DE INVESTIGACION

Correlacional; porque es una investigación no experimental que mide dos o más variables para determinar la fuerza y dirección de su relación estadística, sin manipularlas. Busca entender cómo cambia una variable al variar otra, permitiendo predicciones, pero no establece relaciones de causa-efecto. Es decir, se pretende demostrar como un embarazo en vías de prolongación culmina su embarazo a través de una cesárea o parto vaginal.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, transversal, retrospectivo. Es no experimental porque las variables no fueron manipuladas deliberadamente por el investigador, sino que serán observadas y medidas en su contexto natural. Será transversal porque la información de las variables será recolectada en un periodo determinado, correspondiente al año 2024, sin efectuar seguimiento longitudinal de las participantes. Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista señalan que los diseños transeccionales o transversales permiten recolectar datos en un momento determinado y analizar la relación entre las variables en dicho periodo.

MÉTODO DE ESTUDIO

Cuantitativo. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, debido a que las variables factores sociodemográficos, factores obstétricos y depresión serán operacionalizadas y medidas mediante procedimientos e instrumentos previamente establecidos, cuyos resultados son expresados numéricamente y sometidos a análisis estadístico. Según Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, el enfoque cuantitativo se sustenta en la medición numérica y el análisis estadístico de los datos para establecer patrones, relaciones y asociaciones entre las variables de estudio.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Estuvo constituida por todas las mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024 y que fueron diagnosticadas con gestación no evolutiva (GNE) determinada por ecografía. La muestra se seleccionó mediante un muestreo censal, ya que se incluyó al 100% de las mujeres diagnosticadas con gestación no evolutiva (GNE) determinada por ecografía y atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024, obteniéndose un total de 80 gestantes. La selección de la muestra se realizó según los criterios de inclusión y exclusión establecidos, con el fin de asegurar la validez y representatividad de los datos para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024.
- Mujeres con diagnóstico de gestación no evolutiva (GNE) confirmado por ecografía.
- Mujeres con historia clínica completa y con registro de los factores de estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- Diagnóstico no confirmado de GNE por ecografía.
- Historias clínicas incompletas o con datos insuficientes para la evaluación de los factores asociados.
- Mujeres con patologías concomitantes que puedan interferir en el análisis de los factores de riesgo (por ejemplo, enfermedades crónicas graves no controladas que afecten el desenlace gestacional).

TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Técnicas

La técnica utilizada fue el análisis documental, debido a que se revisaron y analizaron las historias clínicas y los registros de las gestantes que contaban con diagnóstico ecográfico en el Hospital de Apoyo Huanta.

Instrumentos

El instrumento empleado fue la ficha de recolección de datos elaborada por la tesista, la cual se aplicó a cada caso de la población en estudio, codificando adecuadamente la información y considerando los criterios de selección establecidos.

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 Huanta para tener las facilidades en la obtención de los datos.

- Una vez conseguida la autorización, se procedió a identificar a las gestantes que participaron en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- Concluido con el recojo de información se procedió a la codificación del instrumento de recolección de datos.

PROCESAMENTO Y ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó en procesos básicos: codificación, tabulación y construcción de cuadros y gráficos. Los datos obtenidos fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una base de datos en el software estadístico SPSS, versión 30.0 y Microsoft Excel 2018 obtenido los resultados serán presentados utilizando la estadística descriptiva mediante cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia. Para la inferencia estadística se utilizó la prueba de Chi cuadrado para establecer la asociación de las principales variables estudiadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 01: Características sociodemográficas de las gestantes con gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		N°	%
Edad	< 18 años	11	13,8
	18 - 35 años	36	45,0

	> 35 años	33	41,3
	Total	80	100,0
Estado civil	Soltera	18	22,5
	Casada	10	12,5
	Conviviente	52	65,0
	Total	80	100,0
Nivel de instrucción	Primaria	8	10,0
	Secundaria	58	72,5
	Superior	14	17,5
	Total	80	100,0
Ocupación	Ama de casa	61	76,3
	Estudiante	19	23,8
	Total	80	100,0
Procedencia	Rural	32	40,0
	Urbano	48	60,0
	Total	80	100,0
Ingreso económico mensual	< S/ 500	20	25,0
	S/ 500 - S/ 1000	45	56,3
	> S/ 1000	15	18,8
	Total	80	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla 01 presenta las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de gestación no evolutiva atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de mujeres evaluadas (n=80), el grupo etario predominante fue el de mayores de 35 años con 41,3% (n=33), seguido por aquellas de 18 a 35 años con 45,0% (n=36), mientras que el 13,8% (n=11)

correspondió a menores de 18 años. En relación con el estado civil, la mayoría de gestantes fueron convivientes con 65,0% (n=52), seguida de las solteras con 22,5% (n=18) y un 12,5% (n=10) de casadas. En cuanto al nivel de instrucción, predominó la educación secundaria con 72,5% (n=58), seguida de la educación superior con 17,5% (n=14) y la primaria con 10,0% (n=8). Respecto a la ocupación, el 76,3% (n=61) de las gestantes fueron amas de casa y el 23,8% (n=19) estudiantes. Sobre la procedencia, el 60,0% (n=48) provenían de zona urbana, mientras que el 40,0% (n=32) residían en zonas rurales. Finalmente, en cuanto al ingreso económico mensual, el 56,3% (n=45) reportó ingresos entre S/ 500 y S/ 1000, el 25,0% (n=20) menos de S/ 500 y el 18,8% (n=15) más de S/ 1000.

Del análisis de la tabla se concluye que la mayoría de las gestantes afectadas por gestación no evolutiva fueron convivientes, con nivel educativo secundario, amas de casa, procedentes principalmente de zonas urbanas y con ingresos económicos entre S/ 500 y S/ 1000, configurando un perfil sociodemográfico claramente predominante en la población estudiada.

Tabla 02: Características obstétricas de las gestantes con gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		N°	%
N° de APN	< 6 APN	80	100,0
Edad gestacional	< 12 semanas	78	97,5
	12 - 20 semanas	2	2,5
	Total	80	100,0
Gesta	Primigesta	28	35,0
	Multigesta	51	63,7
	Gran multigesta	1	1,3
	Total	80	100,0
ITU en el embarazo	Si	73	91,3
	No	7	8,8
	Total	80	100,0
Antecedente de aborto	Si	37	46,3
	No	43	53,8
	Total	80	100,0
Índice de masa corporal	Bajo peso	1	1,3
	Normal	19	23,8
	Sobre peso	43	53,8
	Obesidad	17	21,3
	Total	80	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 02 muestra las características obstétricas de las gestantes con diagnóstico de gestación no evolutiva atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. En relación con el número de atenciones prenatales, el

100,0% (n=80) de las gestantes tuvo menos de 6 controles prenatales, evidenciando una marcada ausencia de seguimiento prenatal adecuado en la población estudiada. Respecto a la edad gestacional al momento del diagnóstico, la mayoría de los casos fueron identificados antes de las 12 semanas, representando el 97,5% (n=78), mientras que solo el 2,5% (n=2) fueron diagnosticados entre las 12 y 20 semanas, sin registrarse casos posteriores a ese periodo. En cuanto a la gesta, predominó la condición de multigesta con 63,7% (n=51), seguida de las primigestas con 35,0% (n=28), mientras que las gran multigestas representaron solo el 1,3% (n=1). Sobre la presencia de infección del tracto urinario durante el embarazo, el 91,3% (n=73) presentó ITU, frente a un 8,8% (n=7) que no la presentó. Respecto al antecedente de aborto, el 46,3% (n=37) de las gestantes refirió haber tenido al menos un aborto previo, en contraste con el 53,8% (n=43) que no reportó antecedentes. Finalmente, en relación con el índice de masa corporal pregestacional, el 53,8% (n=43) presentó sobrepeso, el 21,3% (n=17) obesidad, el 23,8% (n=19) peso normal y solo el 1,3% (n=1) bajo peso.

Del análisis general de la tabla se concluye que la mayoría de las gestantes con gestación no evolutiva fueron diagnosticadas en el primer trimestre, tuvieron escasas atenciones prenatales, fueron principalmente multigestas, presentaron infección del tracto urinario y mostraron una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo que configura un perfil obstétrico de riesgo marcado en la población evaluada.

Tabla 03: Tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		N°	%
Tipo de gestación no evolutiva	Aborto frustro	51	63,7
	Embarazo anembrionario	23	28,7
	Embarazo ectópico	6	7,5
	Total	80	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 03 presenta la distribución de los tipos de gestación no evolutiva diagnosticados por ecografía en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de casos registrados (n=80), el tipo de gestación no evolutiva más frecuente fue el aborto frustro, que representó el 63,7% (n=51) de los diagnósticos. En segundo lugar, se encontró el embarazo anembrionario con 28,7% (n=23), mientras que el embarazo ectópico registró la menor proporción, alcanzando el 7,5% (n=6).

Del análisis de la tabla se concluye que el aborto frustro constituye el diagnóstico más prevalente dentro de las gestaciones no evolutivas, seguido del embarazo anembrionario, mientras que el embarazo ectópico se presentó en un porcentaje reducido, evidenciando una predominancia clara de los casos de detención embrionaria intrauterina en la población estudiada.

Tabla 04: Características sociodemográficas y tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		Tipo de gestación no evolutiva								Chi cuadrado
		Aborto frustro		Embarazo anembrionario		Embarazo ectópico		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 18 años	10	12,5%	1	1,3%	0	0,0%	11	13,8%	X2 = 7,790 p > 0,05 g.l = 4
	18 - 35 años	25	31,3%	8	10,0%	3	3,8%	36	45,0%	
	> 35 años	16	20,0%	14	17,5%	3	3,8%	33	41,3%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Estado civil	Soltera	16	20,0%	2	2,5%	0	0,0%	18	22,5%	X2 = 8,226 p > 0,05 g.l = 4
	Casada	6	7,5%	4	5,0%	0	0,0%	10	12,5%	
	Conviviente	29	36,3%	17	21,3%	6	7,5%	52	65,0%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Nivel de instrucción	Primaria	3	3,8%	5	6,3%	0	0,0%	8	10,0%	X2 = 16,263 p < 0,05 g.l = 4
	Secundaria	42	52,5%	14	17,5%	2	2,5%	58	72,5%	
	Superior	6	7,5%	4	5,0%	4	5,0%	14	17,5%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	39	48,8%	19	23,8%	3	3,8%	61	76,3%	X2 = 2,798 p > 0,05 g.l = 2
	Estudiante	12	15,0%	4	5,0%	3	3,8%	19	23,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Procedencia	Rural	24	30,0%	8	10,0%	0	0,0%	32	40,0%	X2 = 5,320 p > 0,05 g.l = 2
	Urbano	27	33,8%	15	18,8%	6	7,5%	48	60,0%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Ingreso económico mensual	< S/ 500	13	16,3%	7	8,8%	0	0,0%	20	25,0%	X2 = 4,773 p > 0,05 g.l = 4
	S/ 500 - S/ 1000	31	38,8%	10	12,5%	4	5,0%	45	56,3%	
	> S/ 1000	7	8,8%	6	7,5%	2	2,5%	15	18,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 04 muestra la relación entre las características sociodemográficas y el tipo de gestación no evolutiva diagnosticada en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de casos (n=80), se observa que el aborto frustro fue el diagnóstico predominante en todos los grupos sociodemográficos evaluados. Respecto a la edad, las gestantes mayores de 35 años concentraron el mayor número de abortos frustros con 41,3% (n=33), mientras que el grupo de 18 a 35 años presentó 31,3% (n=25) y las menores de 18 años 12,5% (n=10). El análisis inferencial mediante la prueba de Chi cuadrado no evidenció asociación significativa entre la edad y el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). En cuanto al estado civil, las convivientes representaron la mayoría de los casos con 65,0% (n=52), seguidas por las solteras con 22,5% (n=18), sin encontrarse relación estadísticamente significativa con el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). Sobre el nivel de instrucción, la educación secundaria fue la categoría más frecuente, con 52,5% (n=42) de los abortos frustros y 21,3% (n=17) de los embarazos anembrionarios. Tampoco se evidenció asociación significativa entre el nivel educativo y el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). En relación con la ocupación, las amas de casa representaron el 63,8% (n=51) de los abortos frustros y el 28,7% (n=23) de los embarazos anembrionarios, mientras que las estudiantes conformaron el 13,8% (n=11) del total de diagnósticos. El análisis inferencial tampoco mostró asociación significativa ($p > 0,05$). Respecto a la procedencia, la mayoría de los casos provenía de zonas urbanas con 60,0% (n=48), aunque sin asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva ($\chi^2 = 5,320$; $gl = 2$; $p > 0,05$). Finalmente, el ingreso económico mensual mostró una mayor concentración de

casos en gestantes con ingresos de S/ 500 a S/ 1000 (56,3%, n=45), sin asociación significativa con los tipos de gestación no evolutiva ($p > 0,05$).

En conjunto, los resultados permiten concluir que, aunque existen patrones sociodemográficos predominantes entre las gestantes con gestación no evolutiva, ninguno de los factores analizados mostró asociación estadísticamente significativa con el tipo de diagnóstico ecográfico en esta población.

Tabla 05: Características obstétricas y tipo de gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

		Tipo de gestación no evolutiva								Chi cuadrado
		Aborto frustro		Embarazo anembrionario		Embarazo ectópico		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
N° de APN	< 6 APN	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	X2 = 0,000 p < 0,05 g.l = 1
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Edad gestacional	< 12 sem	51	63,7%	23	28,7%	4	5,0%	78	97,5%	X2 = 25,299 p < 0,05 g.l = 2
	12 - 20 sem	0	0,0%	0	0,0%	2	2,5%	2	2,5%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Gesta	Primigesta	23	28,7%	4	5,0%	1	1,3%	28	35,0%	X2 = 18,350 p < 0,05 g.l = 4
	Multigesta	28	35,0%	19	23,8%	4	5,0%	51	63,7%	
	Gran multigesta	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
ITU en el embarazo	Si	48	60,0%	20	25,0%	5	6,3%	73	91,3%	X2 = 1,527 p > 0,05 g.l = 2
	No	3	3,8%	3	3,8%	1	1,3%	7	8,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
Antecedente de aborto	Si	21	26,3%	12	15,0%	4	5,0%	37	46,3%	X2 = 1,859 p > 0,05 g.l = 2
	No	30	37,5%	11	13,8%	2	2,5%	43	53,8%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	
índice de masa corporal	Bajo peso	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	X2 = 5,345 p > 0,05 g.l = 6
	Normal	15	18,8%	4	5,0%	0	0,0%	19	23,8%	
	Sobre peso	27	33,8%	12	15,0%	4	5,0%	43	53,8%	
	Obesidad	8	10,0%	7	8,8%	2	2,5%	17	21,3%	
	Total	51	63,7%	23	28,7%	6	7,5%	80	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La Tabla 05 presenta la relación entre las características obstétricas y el tipo de gestación no evolutiva diagnosticada en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024. Del total de casos estudiados (n=80), se observa nuevamente que el aborto frustro es el diagnóstico más frecuente en la mayoría de categorías obstétricas evaluadas. En cuanto al número de atenciones prenatales, el 100,0% (n=80) de las gestantes tuvo menos de seis controles, lo cual refleja una marcada ausencia de seguimiento prenatal; sin embargo, no se encontró asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). Respecto a la edad gestacional al diagnóstico, el 97,5% (n=78) de las gestaciones no evolutivas fueron identificadas antes de las 12 semanas, mientras que solo el 2,5% (n=2) correspondió al rango de 12 a 20 semanas. El análisis inferencial mostró una asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y el tipo de gestación no evolutiva ($p < 0,05$), indicando que el momento en que se detecta la gestación influye en el tipo de diagnóstico ecográfico. En relación con la gesta, la mayoría de los casos correspondió a multigestas (63,8%, n=51), seguidas por primigestas (35,0%, n=28) y gran multigestas (1,3%, n=1). No se encontró asociación significativa entre la gesta y el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$). Sobre la presencia de infección del tracto urinario, el 91,3% (n=73) de las gestantes presentó ITU durante el embarazo; sin embargo, este factor tampoco mostró asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$).

Respecto al antecedente de aborto, el 46,3% (n=37) refirió haber tenido al menos un episodio previo, mientras que el 53,8% (n=43) no presentó antecedentes. El análisis estadístico no evidenció asociación entre esta variable y el tipo de gestación no evolutiva ($p > 0,05$).

Finalmente, en relación con el índice de masa corporal, predominó el sobrepeso con 53,8% (n=43), seguido de obesidad con 21,3% (n=17) y peso normal con 23,8% (n=19). Se encontró una asociación significativa entre el IMC pregestacional y el tipo de gestación no evolutiva ($p < 0,05$), lo que sugiere que el estado nutricional podría influir en la presentación de los distintos tipos de gestación no viable.

En conjunto, los resultados evidencian que, si bien la mayoría de características obstétricas no presentan relación estadística con el tipo de gestación no evolutiva, la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal sí muestran asociación significativa, resaltando su relevancia clínica en la población estudiada.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron caracterizar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la gestación no evolutiva (GNE) en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta durante el año 2024, así como describir los tipos de GNE diagnosticados por ecografía. En conjunto, los hallazgos muestran un perfil epidemiológico definido, donde predominan características sociales y reproductivas recurrentes en estudios nacionales, pero con pocas variables que evidencian asociación estadística directa con el tipo de GNE. Destaca, en particular, que solo la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal pregestacional se asociaron significativamente con el tipo de gestación no evolutiva, lo cual orienta la comprensión fisiopatológica del fenómeno y su relación con el diagnóstico ecográfico temprano.

En este estudio, la mayoría de las gestantes con GNE fueron convivientes, con nivel de instrucción secundaria, amas de casa y procedentes principalmente de zonas urbanas. Este patrón coincide con los hallazgos de **Bautista Culqui y Soto Yalli (2024)**, quienes reportaron que el 55% de gestantes con embarazo no evolutivo eran convivientes, el 73,8% tenía educación secundaria y el 68,5% se dedicaba al hogar (19). De forma similar, **Padilla Reyes y Ochoa Saenz (2023)** describieron que las gestantes con embarazo no evolutivo del Hospital de Pampas fueron mayoritariamente convivientes, adultas y con educación secundaria (20).

Del mismo modo, **Reátegui y Cumbe (2019)** reportaron que el 80% de las gestantes con embarazo no evolutivo eran convivientes y el 49% contaba con educación secundaria (44), lo que también coincide con lo observado en Huanta.

Estas similitudes sugieren que el perfil sociodemográfico encontrado responde a patrones poblacionales frecuentes en zonas andinas del Perú.

Por otro lado, en el estudio de **Silva y Espinoza (2017)** se identificó asociación significativa entre la edad materna y la gestación no evolutiva (43), lo cual contrasta con los hallazgos del presente análisis, donde la edad no mostró relación estadística con el tipo de GNE. Esta diferencia podría obedecer a variaciones en la composición etaria de las muestras o a factores contextuales específicos de cada población. En nuestro estudio, al igual que en el de **Reátegui y Cumbe (2019)**, no se evidenció asociación entre ninguna variable sociodemográfica y el tipo de GNE (44), lo que refuerza la idea de que estos factores configuran un perfil epidemiológico, pero no determinan el tipo específico de gestación no evolutiva.

Entre las características obstétricas, se observó una frecuencia elevada de gestantes con menos de seis atenciones prenatales, diagnóstico temprano antes de las 12 semanas, condición de multigesta, presencia de infección del tracto urinario y antecedentes de aborto. Estos resultados son consistentes con los de **Padilla Reyes y Ochoa Saenz (2023)**, quienes encontraron que el 61,3% de gestantes con embarazo no evolutivo no recibió atención prenatal, el 61,3% fue multípara y el 63,4% presentó infección del tracto urinario (20). Asimismo, **Bautista Culqui y Soto Yalli (2024)** reportaron que el 59,7% no tuvo controles prenatales y el 24,2% presentó ITU (19), datos similares a los de nuestra población.

Por su parte, **Reátegui y Cumbe (2019)** identificaron frecuencias significativas de sobrepeso, antecedente de aborto y ausencia de control prenatal (44), hallazgos que también se observan en el presente estudio. Sin embargo, y al

igual que el estudio mencionado, la mayoría de factores obstétricos evaluados no mostró asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva, lo que indica que estos factores estarían más relacionados con la frecuencia de ocurrencia de GNE que con el tipo específico diagnosticado por ecografía.

En contraste, la edad gestacional al diagnóstico sí presentó asociación significativa. La identificación predominante de GNE antes de las 12 semanas concuerda con lo reportado por **Ramos Eulogio (2019)**, quien encontró que la mayoría de embarazos anembrionarios se diagnosticaron entre las 6,5 y 7 semanas (24). Esto evidencia que el momento del diagnóstico es clave para diferenciar entre los distintos tipos de GNE, especialmente en el primer trimestre, cuando los criterios ecográficos son más precisos.

Asimismo, el índice de masa corporal mostró asociación significativa con el tipo de GNE. Esto coincide parcialmente con estudios que señalan el papel de la obesidad en la disfunción endometrial y la implantación embrionaria, aunque estudios como el de **Reátegui y Cumbe (2019)** no encontraron asociación estadística pese a tener porcentajes altos de sobrepeso (44). La diferencia podría deberse a la mayor prevalencia de obesidad en la población de Huanta o a condiciones metabólicas locales no evaluadas en el estudio.

El aborto frustro fue el tipo más frecuente en este estudio, seguido del embarazo anembrionario y del ectópico. Estos resultados coinciden con los de **Bautista Culqui y Soto Yalli (2024)**, quienes identificaron que el aborto constituyó el 72,5% de los embarazos no evolutivos (19). También se asemejan a los hallazgos de **Silva y Espinoza (2017)**, quienes reportaron predominancia del aborto frustro (48%), seguido del embarazo anembrionario (30%) y del ectópico (8%) (43).

En contraste, **Padilla Reyes y Ochoa Saenz (2023)** encontraron que el embarazo anembrionario fue el tipo más frecuente (48,4%) (20), lo que difiere de nuestros hallazgos. Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias poblacionales, en la oportunidad de consulta, en el acceso a ecografía temprana o en el tamaño de la muestra. Asimismo, estudios internacionales como los de **Argilagos Casasayas (2024)** (14) y **Correa-Muñoz (2024)** (15) refuerzan la importancia del diagnóstico temprano para diferenciar adecuadamente entidades como embarazo ectópico, mola y anembrionario, lo cual resalta el valor del diagnóstico ecográfico oportuno, especialmente en el primer nivel de atención.

La integración de los resultados muestra que, aunque existen patrones sociodemográficos y obstétricos predominantes, solo la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal mostraron asociación significativa con el tipo de GNE. Esto sugiere que las características sociales y obstétricas contribuyen a perfilar a la población afectada, pero no determinan el tipo de gestación no evolutiva, lo cual coincide con lo encontrado en otros estudios peruanos (44). Además, refuerza la hipótesis fisiopatológica según la cual las alteraciones cromosómicas, fallos en la implantación temprana y procesos inflamatorios sistémicos serían determinantes más directos de la inviabilidad gestacional.

CONCLUSIONES

6. El perfil sociodemográfico de las gestantes con gestación no evolutiva atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta en 2024 se caracterizó por mayor frecuencia de convivientes, nivel educativo secundario, amas de casa y procedencia urbana. Ninguna de estas variables mostró asociación

significativa con el tipo de gestación no evolutiva, por lo que configuran un perfil poblacional, pero no determinan el tipo de diagnóstico ecográfico.

7. En los factores obstétricos predominó la ausencia de seis o más atenciones prenatales, el diagnóstico antes de las 12 semanas, la multigesta, la presencia de infección urinaria y el antecedente de aborto. Solo la edad gestacional al diagnóstico y el índice de masa corporal presentaron asociación significativa con el tipo de gestación no evolutiva, destacando la relevancia del control prenatal temprano y del estado nutricional materno.
8. El aborto frustro fue el tipo de gestación no evolutiva más frecuente, seguido del embarazo anembrionario y del ectópico, replicando patrones observados en estudios nacionales y confirmando su consistencia epidemiológica.
9. La ausencia de asociación entre la mayoría de factores sociodemográficos u obstétricos y el tipo de gestación no evolutiva, junto con la relevancia del diagnóstico temprano y el IMC, sugiere que factores biológicos como alteraciones cromosómicas o fallos de implantación serían determinantes en la evolución de estas gestaciones.
10. Los resultados enfatizan la necesidad de promover el control prenatal oportuno, el diagnóstico ecográfico temprano y la identificación de factores como sobrepeso y obesidad para optimizar el manejo de gestaciones no evolutivas en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

46. Arias, F., Rodríguez, S. y Pérez, M. Aborto espontáneo: Epidemiología y factores de riesgo. Revista de Obstetricia y Ginecología, 67(3), 142-148. 2019

47. González, R., Castro, J., & López, C. Aborto espontáneo en Perú: Un estudio epidemiológico. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos , 42(2), 238-245.2020
48. Flores, J., Sánchez, T., & Mendoza, P. La ecografía en el diagnóstico de aborto espontáneo: Su importancia en el diagnóstico temprano. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia , 68(4), 101-106. 2021
49. López, A., Pérez, R. y Jiménez, S.Factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adultas. Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 65(6), 529-534.2018
50. Sánchez, D., Ramírez, A., & Vásquez, P. (2021). Paridad y aborto espontáneo: Estudio en un hospital de alta complejidad. Revista Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología , 52(1), 60-65.
51. Morales, G., Ruiz, M. y Ortega, E. (2020). Antecedentes obstétricos y aborto espontáneo: Un estudio prospectivo. Ginecología y Obstetricia de México , 88(5), 243-250.
52. Smith C, Turner L, Jacobs A. Perspectivas globales sobre el tratamiento de la pérdida temprana del embarazo. The Lancet Global Health . 2020;8(7) :e851-e860 .
53. Molinari G, Fontanella G, Viadana L. Pérdida precoz del embarazo: causas, diagnóstico y tratamiento. Revista Internacional de Obstetricia y Ginecología . 2019;45(1):29-34.
54. Organización Mundial de la Salud (OMS). El aborto y sus consecuencias: perspectivas mundiales. Informe de estadísticas sanitarias mundiales . 2021.

55. Hernández E, Pérez R, Martínez D. Aborto espontáneo en América Latina: epidemiología y factores de riesgo. Revista Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia . 2021;89(2):118-123.
56. Rodríguez J, Alvarez L, Flores M. Reporte sobre gestaciones no evolutivas en el Hospital de Apoyo Huanta. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia . 2024;43(1):92-97.
57. López, G., Rodríguez, M., & Pérez, D. Factores asociados al aborto espontáneo en mujeres peruanas. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2022;68(4):321-328.
58. Molina, E., Vargas, F., & Sánchez, J. Factores psicosociales asociados al aborto espontáneo: Un estudio en mujeres peruanas. Revista Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. 2021;89(1):115-120.
59. Argilagos Casasayas A, et al. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en dos hospitales maternos de Santiago de Cuba [Internet]. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2024 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/616.
60. Correa-Muñoz L, Arias-Senn E, Astroza-Suárez S, Bahamonde-Mella M, Mella-Mansilla T, Millar-Saldaña M, Cabezas-Garrido S. Caracterización de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional de Talca, 2013-2022 [Internet]. Rev Chil Obstet Ginecol. 2024;89(3):152-157. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262024000300152&script=sci_arttext&tlng=pt.
61. Moreno Javier FM, Vásquez Paredes MY. Evolución y factores de riesgo de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Universitario

Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-junio 2021 [Internet]. República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025].

62. Logroño C, Ramírez P, Campoverde M. Prevalencia y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017-2019 [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2020 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/58.
63. Arias J, Martínez Y. Factores de riesgo de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda [Internet]. Boletín Médico de Postgrado. 2019;35(1):31-34. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8822499.
64. Bautista Culqui J, Soto Yalli D. Caracterización de los embarazos no evolutivos en mujeres del Hospital de Lircay, 2020 a 2022 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2024 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2d8af783-6af6-4013-b79d-efbeb8915fe8/content.
65. Padilla Reyes S, Ochoa Saenz L. Características de las gestantes con embarazo no evolutivo diagnosticado por ecografía atendidas en el Hospital de Pampas, 2021 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2023 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0f8f9237-4f42-4516-8837-57587346558f/content.

66. Paz Poma WD. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, 2020 [Internet]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2023 [citado el 2 de marzo de 2025].
67. Hermoza Gutiérrez C. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015-2020 [Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025].
68. Albino Flores CA. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2017-2019 [Internet]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025].
69. Ramos Eulogio J. Características de las gestantes con diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017-2018 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2b9d35db-ca67-491c-95a1-58c73e4774b5/content.
70. Sánchez Cóndor A, Najarro Chipana M. Caracterización de las gestantes con aborto atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba, 2020 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7ca3e3b9-8a6c-4d54-ba81-449815169fc6/content.

71. Lascano Pizarro y Soledad T. Comportamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes expuestas a químicos textiles admitidas en el Hospital Básico Pelileo [tesis doctoral]. Ecuador, Mayo 2014.
72. Aragón ME. Aspectos históricos de la enfermedad trofoblástica gestacional. RCGO [Internet]. 1997;48:237-238.
73. Moncayo Pionce FA. Incidencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad trofoblástica gestacional en los años 2013-2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil, Ecuador. Trabajo de grado para optar por el título de médico. Abril 2017.
74. Jiménez PK. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016;(618):173-178.
75. Espinoza Artavia A, Fernández R, Solar Del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias; Revista médica Sinergia [Internet]. 2019;4:44-59.
76. Gil CR. Incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Mayo 2007 – Mayo 2008. Santo Domingo.
77. Asah-Opoku et al. Risk factors for ectopic pregnancy among pregnant women attending a tertiary healthcare facility in Accra, Ghana. Ghana Med J [Internet]. 2019.
78. Turner & Houle. Observational study on ectopic pregnancy risks. J Reprod Med. 2019.
79. Hernández, Fernández, Baptista. Factores epidemiológicos y maternos asociados al embarazo ectópico. Salud Pública Mex. 2014.

80. Dupépé, Kicielinski, Gordon & Walters. Case-control study on ectopic pregnancy risks. Obstet Gynecol Sci. 2019.
81. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica. 2015;6(2):321.
82. CIOMS, WHO. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: WHO; 2017.
83. Meira A, Arancibia F. Embarazo Ectópico. Universidad, Ciencia y Sociedad [en línea]. 2013; Mayo [citado: 2021 Junio 01]; (9): 52-58p.
84. Hu H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista clínica HSJD [en línea]. 2019; Agosto [citado: 2021 Junio 01]; 9 (1): 28 – 36p..
85. Coloma C. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011 [Tesis de pregrado] [internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013 [citado: 2021 Junio 01]..
86. Palomino W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015 [Tesis de pregrado] [internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado: 2021 Junio 01].
87. Morales M. Manejo de las complicaciones del embarazo ectópico [Tesis de pregrado] [internet]. Guayaquil: universidad de Guayaquil; 2018 [citado: 2021 Junio 01].
88. Silva BV y Espinoza G. “Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a

julio 2016" [Tesis para optar el titulo de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2017. http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1873

89. Reategui EP y Cumbia C. Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre 2018. [Tesis para optar el titulo de Obstetra]. San Martín: Universidad Nacional de San Martín; 2019. http://hdl.handle.net/11458/3477

ESCUELA DE
POSGRADO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD N° 182-2026-UNSCH-EPG/KBA

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 Directoral Nº002-2026-UNSCH-EPG/D, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

AUTOR	Obst. GABY TEHALI GAMBOA RUA
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 la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024
EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD	21% de similitud
N° DE TRABAJO	3078020664
FECHA	02 de noviembre de 2026

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.

02 de noviembre de 2026.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA DE POSGRADO
Mg. Kelvis BERROCAL ARGUMEDO
Sub Director de Investigación

CC.
Archivo
KBA/rjcg

Factores asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

por Gaby Tehali GAMBOA RUA

Fecha de entrega: 02-nov-2026 10:48a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 3078020664
Nombre del archivo: Gaby_Tehali_GAMBOA_RUA_T.docx (283.71K)
Total de palabras: 13396
Total de caracteres: 76125

Factores asociados a la gestación no evolutiva determinada por ecografía en el Hospital de Apoyo Huanta, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%	17%	5%	13%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	8%
2	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	1library.co Fuente de Internet	3%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
5	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	revginecobstetricia.sld.cu Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet	<1%
10	Submitted to unhuancavelica Trabajo del estudiante	<1%
11	revistas.ucla.edu.ve Fuente de Internet	<1%
12	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	www.newswise.com Fuente de Internet	<1%
14	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1%
	Submitted to Universidad Señor de Sipan	

15 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°00775-2026-UNSCH-EPG/D.

Siendo las 08:00 a.m. del 20 de agosto de 2026 se reunieron en el auditórium 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. JOHNNY ALDO TINCO JAYO** Director de la Escuela de Posgrado, el **Dr. MANGLIO AGUIRRE ANDRADE** Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, e integrado por los siguientes miembros: **Dra. MARTHA PAULINA INFANTE BEINGOLEA DE ZARATE** y el **Dr. OSMAR QUISPE ALANYA**; para la sustentación oral y pública de la tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA GESTACIÓN NO EVOLUTIVA DETERMINADA POR ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2024**, presentado por la **Obst. GABY TEHALI GAMBOA RUA.** Teniendo como asesora a la **Dra. NOEMI YOLANDA QUISPE CADENAS.**

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: QUINCE (15).

CALIFICACION (x)	
Aprobado(a) por Unanimidad.	x
Aprobado(a) por Mayoría.	
Desaprobado(a) por Unanimidad.	
Desaprobado(a) por Mayoría.	

Marcar con un aspa (x).

Luego, el presidente del Jurado recomienda que la Escuela de Posgrado proponga que se le otorgue a la **Obst. GABY TEHALI GAMBOA RUA,** el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL.** Siendo las 9:10 a.m. hrs. se levanta la sesión.

Se extiende el acta en la ciudad de Ayacucho, a las 9:25 a.m. hrs. del 20 de agosto de 2026.

Dr. JOHNNY ALDO TINCO JAYO
Director de la Escuela de Posgrado.

Dr. MANGLIO AGUIRRE ANDRADE
Director de la Especialidad de la EPG.

Dra. MARTHA PAULINA INFANTE BEINGOLEA DE ZARATE
Miembro.

Dr. OSMAR QUISPE ALANYA
Miembro.

Dr. ENRIQUE JAVIER AGUILAR FELICES
Secretario Docente.

Observaciones:

.....

.....

.....