

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OSBTETRICIA**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
INCOMPLETO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, HOSPITAL
VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. UCEDA MOZO Rosa Elena.

Bach. ZARZOSA MAUTINO Yosselin Edith.

ASESORA: MAG. VELEZ SALAZAR, ELIZABETH

HUARAZ - PERÚ

2021

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Título Profesional o Grado obtenido:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela, Carrera o Programa: _____

7. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

8. Estilo de Citas: _____

9. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo. Acceso

restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

10. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

11. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

12. Para ser llenado por la Dirección del Repositorio Institucional

Consignar la fecha que se indica en la misma fuente impresa o digital

Huaraz,

Firma:



Varillas William Eduardo
Área de Informática y Sistemas
- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Título Profesional o Grado obtenido:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela, Carrera o Programa: _____

7. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

8. Estilo de Citas: _____

9. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo. Acceso

restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

10. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

11. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”.

12. Para ser llenado por la Dirección del Repositorio Institucional

Consignar la fecha que se indica en la misma fuente impresa o digital

Huaraz,

Firma: 
Varillas William Eduardo
Asistente en Informática y Sistemas
- UNASAM -



***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

MIEMBROS DEL JURADO



DR. RAFAEL MARCOS NORABUENA PENADILLO
PRESIDENTE



DRA. YULIANA MERCEDES DE LA CRUZ RAMIREZ
SECRETARIA



DRA. CONSUELO TERESA VALENCIA VERA
VOCAL

FIRMA DE ASESORA



MAG. ELIZABETH VELEZ SALAZAR
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por permitirme continuar con nuestros objetivos, por brindarnos salud fortaleza y perseverancia por la bendición que nos brinda en cada paso que damos y guiarnos hasta este momento.

Yosselyn

A mi padre, hermano, familiares y a todas las personas que contribuyeron a lo largo de mi formación profesional para poder Llegar hasta este momento importante de nuestras vidas gracias por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Elena

AGRADECIMIENTO

Ala carrera profesional de obstetricia por enseñarnos el valor de la vida y ser el pilar esencial en la atención y salud de la mujer. A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional, por la lucha constante junto a nosotros para poder lograr nuestros metas.

Yosselyn

A nuestros docentes por todas las enseñanzas que nos brindan dentro todo su conocimiento, por la paciencia, perseverancia y motivación para hacer de nosotros buenos profesionales.

A la Doctora Elizabeth Vélez Salazar por aceptar ser nuestra asesora en este proceso, por cada una de sus consejos recomendaciones y su ayuda constante.

Rosa

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. HIPÓTESIS	13
3. BASES TEÓRICAS	16
3.1. Antecedentes de la investigación	16
3.2. Marco teórico	24
3.3. Definición de términos	40
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	42
4.1. Tipo de Estudio	42
4.2. Diseño metodológico.....	42
4.3. Universo o población	43
4.4. Unidad de análisis y muestra.....	45
4.5. Instrumento de recolección de datos	46
4.6. Análisis estadístico e interpretación de la información.....	48
4.7. Ética de la investigación.....	48

5.	RESULTADOS	50
6.	DISCUSIÓN	69
7.	CONCLUSIONES	73
8.	RECOMENDACIONES	74
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
	ANEXOS	42

RESUMEN

La presente tesis “Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019”, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. La investigación fue un estudio epidemiológico de casos y controles, cuantitativo y no experimental; con una población conformada por 3000 gestantes y una muestra de 200, un grupo por gestantes con diagnóstico de aborto incompleto (100 casos) y el segundo grupo por aquellas gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto (100 controles). Se usó el análisis documental de la información y su instrumento la ficha de recolección de datos. Los resultados arrojan el estado civil con un p-valor= 0,016 y OR= 2,196; los hábitos nocivos con un p-valor= 0,030 y OR= 7,452; control prenatal con p-valor= 0,006 y OR= 9,779; antecedente de aborto con un p-valor= 0,022 y OR= 8,543; amenaza de aborto actual con un p-valor= 0,000 y OR= 265,927; y, uso de misoprostol para provocar el aborto, con un p-valor= 0,008 y OR= 22,102. Se obtuvo como conclusiones que el único factor sociodemográfico que presenta asociación con el aborto incompleto fue el estado civil. Asimismo, el único factor biológico que presenta asociación con el aborto incompleto fue los hábitos nocivos. Sin embargo, los factores obstétricos como factor de riesgo en el aborto incompleto con mayor asociación significativa fueron: control prenatal; antecedente de aborto; amenaza de aborto actual; y, uso de misoprostol para provocar el aborto.

Palabras clave: Factores sociodemográficos, factores biológicos, factores obstétricos, aborto incompleto.

ABSTRACT

The present thesis "Risk factors associated with incomplete abortion in women of childbearing age, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2019", aimed to determine the risk factors associated with incomplete abortion in women of childbearing age, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz. The investigation was an epidemiological study of cases and controls, quantitative and not experimental; with a population made up of 400 pregnant women and a sample of 200, one group for pregnant women with a diagnosis of incomplete abortion (100 cases) and the second group for those pregnant women without a diagnosis of incomplete abortion (100 controls). The documentary analysis of the information and its instrument the data collection sheet were used. The results show the marital status with a p-value = 0.016 and OR = 2.196; harmful habits with a p-value = 0.030 and OR = 7.452; prenatal control with p-value = 0.006 and OR = 9.779; history of abortion with a p-value = 0.022 and OR = 8.543; current threat of abortion with a p-value = 0.000 and OR = 265.927; and, use of misoprostol to cause abortion, with a p-value = 0.008 and OR = 22.102. Conclusions were obtained that the only sociodemographic factor that presents an association with incomplete abortion was marital status. Likewise, the only biological factor that is associated with incomplete abortion was harmful habits. However, the obstetric factors as a risk factor in incomplete abortion with the greatest significant association were: prenatal control; history of abortion; threat of current abortion; and, use of misoprostol to induce abortion.

Keywords: Sociodemographic factors, biological factors, obstetric factors, incomplete abortion.

1. INTRODUCCIÓN

El aborto incompleto es la expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométriales ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017 mencionó que en todo el mundo se producen 25 millones de abortos al año, y que la mayoría de abortos se produce en países en desarrollo de África, Asia y América Latina ⁽²⁾.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2016 expreso especial preocupación por el aborto incompleto, ya que este tipo de aborto puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden ocasionar la muerte de la paciente, las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países; sin embargo, se calculó que más o menos 47 000 mujeres murieron por complicaciones de aborto incompleto y casi todas estas muertes pudieron haber sido evitadas a través de un mejor acceso a educación sexual, anticoncepción y aborto seguro ⁽³⁾.

En un estudio realizado por Chowdhury el año 2019 en Dhaka – Bangladesh en el Departamento de Obstetricia y Ginecología (ObG), Sir Salimullah Medical College y Mitford Hospital (SSMC & MH) se presentaron 50 casos de abortos incompletos, estos se realizaron entre las 9-10 semanas de gestación (66%), presentaron sangrado

vaginal (96%), dolor abdominal inferior (66%), el 88% de ellos tuvieron anemia leve y el 12% anemia grave. ⁽⁴⁾

En Zidama – Etiopia en el año 2018, en el Hospital General de Yirgalem, Burguer encontró que de un total de 180 casos de abortos; el 96,7% fueron por aborto incompleto, de estos el 53,3% de las pacientes con aborto incompleto pertenecían al grupo de edad de 18 a 25 años. ⁽⁵⁾

En Cuenca - Ecuador el año 2015 en el Hospital Homero Castanier Crespo se encontró que el tipo de aborto más frecuente fue el incompleto 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido. ⁽⁶⁾

Según Montenegro en Nicaragua el año 2013 encontró que en el Hospital Alemán Nicaragüense y en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa se reportaron 249 casos de aborto incompleto, de los cuales 62.8% de las mujeres tuvo las edades de 14 – 25 años, el 55,1% tuvo el grado de instrucción secundaria, el 65,2% eran convivientes, el 34,5% primigestas, el 17,8% tenían antecedente de aborto. ⁽⁷⁾

En el año 2012 el Instituto Guttmacher de Nueva York, refirió que en América Latina y el Caribe ingresan a los establecimientos de salud alrededor de 5 millones de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, está siendo consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres han sufrido complicaciones al no haber recibido atención médica oportuna, estimándose que el costo anual por tratamientos de complicaciones (hemorragias, infecciones) asciende a 680 millones de dólares. ⁽⁸⁾

Los factores que inciden en el aborto incompleto son múltiples, entre ellos pueden estar frecuentes los psicosociales como un bajo nivel de autoestima, la depresión en diversos grados, una edad temprana de embarazo, bajos niveles educativos, el embarazo sin estar casada y la disfuncionalidad familiar; sin embargo, con relativa frecuencia se le resta atención a dichos factores emitiendo juicios valorativos en contra de la mujer. ⁽⁹⁾

En el Hospital Florencia de Mora de la ciudad de Trujillo entre los años 2016 y 2017 se reportaron 28 abortos de los cuales el 90% fue por aborto incompleto, de las cuales el 61,11% no tenían control prenatal y el 100% de ellas presentaban desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos. ⁽¹⁰⁾

En el Hospital Regional de Cajamarca, en el año 2015 se registraron 383 abortos incompletos, cifra alarmante ya que este tipo de aborto, puede comprometer la vida de la madre, en la mayoría de oportunidades llegan con sangrado profuso o con procesos infecciosos, debido a que han sido provocados de forma insegura, utilizando diferentes métodos insalubres, las mujeres al ingresar al establecimiento de salud niegan y manifiestan haber sufrido un accidente, el aborto incompleto es un tema en donde se refleja de manera dramática la vulnerabilidad de las mujeres y la violencia ejercida sobre ellas desde su entorno y desde toda la sociedad. Es el último eslabón de una cadena de carencias y fallas desde lo educativo, pasando por el acceso a los servicios sanitarios de calidad y las presiones culturales en cuanto al rol de la mujer en la sociedad. ⁽¹¹⁾

En el año 2019 en el departamento de Ancash, el Hospital Víctor Ramos Guardia reporto 420 casos de aborto, de los cuales fueron 400 abortos incompletos, 12 abortos retenido y 8 abortos sépticos. ⁽¹²⁾

Durante nuestro internado, en el servicio de emergencia de ginecoobstetricia, pudimos observar los casos de aborto incompleto, de diferentes grupos etarios y situación socioeconómica, con el fin de que le realicen el legrado uterino, observando que en su mayoría eran mujeres en edad fértil, muchas de ellas acudían solas y en el momento de la anamnesis manifestaban que se les había producido un sangrado, que se habían accidentado (caídas) y al momento de realizar la exploración se encontraba restos placentarios, es por tales razones que surge el interés nuestro para realizar el presente estudio.

Por las consideraciones anteriormente mencionadas se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019? En seguida se propuso el siguiente objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019. Se plantearon como objetivos específicos: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil. Analizar los factores de riesgo biológicos asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil. Describir los factores de riesgo obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil.

El presente estudio se justifica debido a que, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, se presentaron 400 casos de aborto incompleto, ⁽¹²⁾ estos al no tener una atención

adecuada y oportuna pueden generar diversas complicaciones como las hemorragias, infecciones, esterilidad y en peores de los casos puede producir la muerte de la mujer. El profesional de obstetricia es el encargado de brindar una adecuada educación a la mujer en edad fértil. El presente estudio tiene relevancia social, ya que nuestros resultados permitirán trabajar con aquellas poblaciones de mujeres en edad fértil en riesgo, a través de las concientizaciones mediante las sesiones educativas sobre planificación familiar, aborto y sus consecuencias, con esto lográndose disminuir las tasas de aborto incompleto, siendo las mujeres en edad fértil la población beneficiaria con el estudio. Cuando una madre ingresa al hospital, requiere días de hospitalización, uso de tratamientos costosos, abandono del hogar, trabajo y exposición a poder adquirir cualquier infección intrahospitalaria durante su estancia.

La presente investigación tiene valor teórico, porque aportara información hasta el momento desconocida en el Hospital Víctor Ramos Guardia de la Ciudad de Huaraz en el cual no se ha realizado un estudio de esta naturaleza, permitiendo la comparación de sus resultados con las de otras investigaciones llevadas a cabo en realidades diferentes; a la vez que sugiere ideas, recomendaciones o hipótesis a futuros estudios. La investigación tiene utilidad metodológica, ya que el diseño y tipo de estudio sirve de modelo para futuras investigaciones que se desarrollen en similar o distinta realidad a la nuestra. Al finalizar la investigación nuestros resultados serán presentados a las autoridades del hospital para que juntamente en relación con el equipo multidisciplinario puedan desarrollar acciones y actividades para trabajar con la población en riesgo y así poder disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna generadas por el aborto incompleto.

2. HIPÓTESIS

H_i : Los factores de riesgo sociodemográficos biológicos y obstétricos están asociados con el aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019.

H_0 : Los factores de riesgo sociodemográficos biológicos y obstétricos no están asociados con el aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019.

2.1. Variables

Se cuenta con dos variables:

Variable independiente:

Factores de riesgo.

Variable dependiente:

Aborto incompleto.

2.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable independiente: Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Los factores de riesgo se medirán mediante una ficha de recolección de datos de los factores sociodemográficos, biológicos y obstétricos.	Factores sociodemográficos	Procedencia	Urbana Rural	Nominal
				Grado de instrucción	Sin grado de instrucción, primaria. Secundaria, superior.	Nominal
				Ocupación	Trabajadora independiente Trabajadora dependiente, ama de casa	Nominal
				Estado civil	Sin unión civil Con unión civil	Nominal
				Ingreso económico	≤ 930 nuevos soles > 930 nuevos soles	Nominal
			Factores biológicos	Edad	≤ 19 años y ≥ 35 años 20 – 34 años	Razón
				Índice de masa corporal	Bajo peso, sobrepeso Normal	Ordinal
				Anemia	Sí No	Nominal
				Hábitos nocivos	Si No	Nominal
			Factores obstétricos	Control prenatal	≥ 6 controles < 6 controles	Nominal
				Numero de gestaciones	Primigesta Multigesta	Nominal
				Antecedente de aborto	Sí No	Nominal
				Amenaza de aborto actual	Sí No	Nominal

				Antecedente de infecciones del tracto urinario	Sí No	Nominal
				Periodo intergenésico	> 1 año < 1 año	Nominal
				Uso de misoprostol para provocar el aborto	Sí No	Nominal
				Uso de método anticonceptivo	Sí No	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable dependiente: Aborto incompleto	Se define clínicamente por la presencia de un orificio cervical abierto y sangrado, por lo cual no se han expulsado del útero todos los productos de la concepción.	El aborto incompleto se medirá en función del resultado obtenido como “aborto incompleto”, mediante la Historia Clínica Perinatal.	Aborto incompleto	Diagnóstico de aborto incompleto	Sí No	Nominal

3. BASES TEÓRICAS

3.1. Antecedentes de la investigación

GARCIA, M. (2016) **Aborto incompleto, factores de riesgo en adolescentes, estudio a realizar en el Hospital Universitario año 2015**. Guayaquil – Ecuador. Tesis de licenciatura. Objetivo: identificar los factores de riesgo en las pacientes diagnosticadas con Aborto Incompleto en el Hospital Universitario de Guayaquil. Se realizó un estudio descriptivo transversal cuyo análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. El instrumento fue una ficha de recolección de datos. El universo estuvo conformado por un total de 207 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Abortos, de los cuales 163 expedientes clínicos con diagnóstico de aborto incompleto. Resultados: el factor de riesgo más predominante en el aborto incompleto fue el consumo de agentes farmacológicos 38.65% (63 casos), la mayor frecuencia se dio en el mes de junio 13.50% (22 casos) y el grupo de edad adolescente fueron de 16 años 28.83% (47 casos). Se concluye que existes factores asociados al aborto incompleto. Conclusiones: el aborto provocado constituyo el factor mayormente predominante al aborto incompleto porque representó el 38,65% de los casos, seguido de causa Espontaneo 35,58%, esfuerzo físico excesivo 9,20%, Infecciones en el embarazo 7.98%, trauma 6.75% y por antecedentes patológicos personales 1.84%. En cuanto a los antecedentes obstétricos; historia de embarazos o gestaciones, 56 pacientes son primigestas (34,36%). La mayoría de pacientes no presentan antecedentes de aborto previos las cuales fueron 62 pacientes (38.04%).⁽¹³⁾

MACAS, J. (2013) Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013. Guayaquil – Ecuador. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar la frecuencia de factores asociados al aborto incompleto. Estudio descriptivo, retrospectivo para lo cual se revisaron los expedientes clínicos, utilizando una hoja cuestionario de recolección de datos, que indagaba información relacionada con el objetivo de determinar la frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. La muestra estuvo representada por 273 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto. Los resultados muestran que el 98,53% en relación con el misoprostol no se auto-medicaron, la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%, el 87,18% procedían de zonas urbanas, el 22,34% tenían dos gestaciones, el 49,08% son nulíparas, el 54,94% sin abortos previos, el 63,00% sin cesáreas previas, mientras un 79,85% fueron abortos incompletos espontáneos como causa desencadenante. Conclusiones: la automedicación con misoprostol no constituyó como factor asociado al aborto incompleto, los grupos de edad que presentaron mayor número de casos fueron los comprendidos entre los 21-26 años.

(14)

PLUAS, M. (2013) Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcivar”. Guayaquil - Ecuador. Tesis para obtener título. Objetivo: Identificar la incidencia del aborto

incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital Miguel Hilario Alcivar dentro del periodo de “septiembre del 2012 a febrero 2013”. Estudio prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal. Muestra 44 historias clínicas con diagnóstico de aborto incompleto. El instrumento fue la ficha de recolección de datos, el análisis estadístico se realizó a través de la estadística descriptiva. Resultados: De un total de 44 pacientes presento aborto incompleto (39.3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%; de Unión libre con 59.1%, proceden de áreas rurales 38.6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje el nivel primario completa con 45.5%; conviven con sus parejas con 63.6%, son amas de casa con 72.7%; 77.3% fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto de muestran que el mayor porcentaje fue de 13-16 SG con 38.6%. Conclusiones: Los porcentajes estuvieron iguales en la presentación del aborto el 50% para inducido y el otro 50% para el espontáneo. Según el cumplimiento protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido; el 77.28% si aplico las normas correctamente, mientras que el 22.72% no lo hizo. ⁽¹⁵⁾

GUERRERO, M. (2013) Prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad. Guayaquil – Ecuador. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar los factores asociados y los casos de aborto incompleto en pacientes que ingresaron al área de emergencia del Hospital Materno Infantil. La investigación fue retrospectiva y descriptiva, la muestra estuvo conformada por 109 historias clínicas. El instrumento fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la estadística descriptiva. Resultados: los factores asociados fueron la edad de 20 a 23 años (43%); el grado de instrucción secundaria (75%); la ocupación ama

de casa (76%); estado civil soltera (60%), edad gestacional de 6 a 10 semanas (75%), multigesta (63%). Se concluye que la alta prevalencia de abortos incompletos en las pacientes es causa de un problema de Salud Pública. ⁽¹⁶⁾

PONCE, M. (2018) Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa El Salvador. Primer semestre 2016. Lima – Perú. Tesis de especialista. Objetivo: Determinar los factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del centro materno infantil Juan Pablo II Villa El Salvador. Primer semestre 2016. Se realizó un estudio de casos y controles. Los casos fueron 405 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. Por cada caso se consideró un control. La investigación fue observacional, analítica, asociativo, transversal y retrospectiva. El instrumento fue una ficha de recolección de datos. Se aplicó la base de cálculo de Odds Ratio e intervalos de confianza al 95% y se analizó con el chi cuadrado significativo con $p < 0,05$. Resultados: Se encontró que las mujeres en edad fértil con aborto incompleto se caracterizaron por ser de edad adulta 65.4%, convivientes 66.4%, con educación secundaria 73.1%, del distrito de Villa El Salvador 60%, con índice de masa corporal anormal 55%, nivel de hemoglobina normal 76% y no tenían antecedente de aborto previo 66.7%, sin embargo, no tuvieron valores estadísticamente significativos ni asociados a riesgo. Se determinó como factores de riesgo asociados para aborto incompleto: ser soltera (OR=1.71), hemoglobina baja (OR=1.81), ser multigesta (OR=1.62) y tener una edad gestacional de 1-12 semanas (OR = 14.94). Conclusiones y recomendaciones: Existen factores asociados para el aborto incompleto, la mayoría de los cuales son

prevenibles o controlables. La utilización de los resultados puede servir para futuras actividades preventivo promocionales.⁽¹⁷⁾

RONCAL, F. (2018) Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2016. Cajamarca – Perú: Tesis de Licenciatura. El objetivo de la presente investigación fue determinar y analizar los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, el estudio fue realizado en una muestra de 82 mujeres de las cuales 62 tuvieron diagnóstico de aborto incompleto. El diseño fue no experimental de corte transversal, tipo descriptivo, correlacional, el instrumento fue una ficha de recolección de datos el análisis estadístico fue la estadística descriptiva. Como resultados se encontró que el 34,1% de mujeres perteneció al grupo etáreo de 15-19 años; el 24,4% tuvo secundaria incompleta; el 37,8% convivientes, y 40,2% pertenecientes a familia disfuncional. El 41,5% de mujeres tuvo un nivel de autoestima media y un grado de depresión mínima en el 35,4%. El porcentaje de aborto fue de 75,6%. Se determinó que el grado de instrucción como factor social influye en el aborto incompleto según $p = 0,000$ y como factor psicológico, la depresión, también influye significativamente en la presencia de aborto incompleto según $p = 0,001$. Conclusiones: La mayoría de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto tuvieron un nivel de autoestima baja y un grado de depresión mínima.⁽¹⁸⁾

SANTISTEBAN, M. (2018) Factores socioculturales y Gineco-Obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan. Lima – Perú. Tesis de licenciatura. El objetivo es Identificar los factores

socioculturales y gineco-obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan. Se realizó un estudio de casos y controles. El estudio se realizó en pacientes con edad gestacional menor a 22 semanas con diagnóstico de aborto incompleto (casos) atendidas en el Hospital de Huaycan y pacientes con gestación viable menor a 22 semanas (controles) atendidas en el Hospital de Huaycan. La muestra estuvo constituida por 140 casos y 140 controles. Se realizó la transcripción de datos a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Se realizó el análisis de los resultados mediante el programa SPSS versión 23. El instrumento fue una ficha de recolección de datos. Se obtuvieron las frecuencias de los factores, para su asociación y el grado de significancia con el aborto incompleto se aplicó la base de cálculo del Odds ratio, valor $p < 0,05$ e intervalos de confianza del 95%. Los factores socioculturales asociados al aborto incompleto fueron: Edad materna ≤ 19 años (OR: 3.31 y $p < 0.0076$), >35 años (OR: 3.47 $p < 0.0005$), estado civil conviviente (OR: 2.06 $p < 0.0227$), nivel de instrucción superior (OR: 2.37 $p < 0.04$) y consumo de alcohol (OR: 2,02 $p < 0,04$). El factor gineco-obstétrico asociado al aborto incompleto fue: Edad gestacional (OR: 5,92 $p < 0,000$). Conclusiones: La edad materna <19 años y >35 años como factor sociocultural y la edad gestacional como factor gineco-obstétrico, presentaron una fuerte asociación estadísticamente significativa al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan, 2017. ⁽¹⁹⁾

CABRERA, E. (2017) Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Laura Ester Rodriguez Dulanto, Lima-Perú, de enero – junio del 2016. Lima – Perú: Tesis de

Licenciatura. Objetivo: El siguiente estudio de investigación que se realizó fue con la finalidad de identificar los factores que se asocian al aborto incompleto en pacientes del área de gineco-obstetricia del hospital Laura Ester Rodriguez Dulanto -Hospital de supe- Lima-Perú desde enero – junio del 2016. El estudio fue tipo descriptivo, retrospectivo, el estudio tuvo un total 27 historias clínicas con diagnóstico de aborto incompleto. Los datos se obtuvieron de historias clínicas, el instrumento fue una ficha de recolección de datos. Para analizar los resultados se empleó el SPSS 23. Resultados: El factor que más se asoció al aborto incompleto fue el antecedente de aborto previo con un 59,3%, seguido de traumatismos con un 40,7%, el tipo de aborto incompleto precoz tuvo una mayor frecuencia con un 77,2%, se determinó que el aborto incompleto se manifestó la mayoría pacientes de 19 años con 4 casos, el 59,3% tuvo antecedente de abortos previos, mientras que un 40,7% presentó aborto incompleto precedido de algún traumatismo. Conclusiones: Se concluye que el antecedente de aborto previo constituyó el factor más asociado, el aborto incompleto precoz fue el más frecuente, siendo la edad de 19 años la que presento mayor recurrencia de casos y la causa desencadenante fue precedida por algún traumatismo.⁽²⁰⁾

LAURENTE, L. (2015). **Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte**. Lima -Perú. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar la asociación entre los principales factores socioreproductivos y el aborto incompleto en el hospital de Baja Complejidad Vitarte de enero a diciembre 2015. Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal. En pacientes gestantes con edad gestacional menor a 22

semanas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital baja Complejidad Vitarte de enero a diciembre del año 2015. Se realizó la transcripción de datos desde las fichas de recolección de datos a la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010. Posteriormente los datos fueron ordenado y tabulados, analizándose luego mediante el paquete estadístico SPSS versión 22. Se obtuvieron la frecuencia de los principales factores de riesgo en las participantes para determinar el grado de asociación de las variables cualitativas de los factores socio-reproductivos con el aborto incompleto para lo cual se aplicó la base del cálculo del Odds Ratio e intervalos de confianza al 95%, además se analizó e chi cuadrado significativo con $p < 0,05$. Resultados: los factores socio-reproductivos como la edad menor de 35 años (OR=3,1, IC 95%=1-9,2, $P < 0,0385$), estado civil soltera (OR= 2,34, IC 95%=1,3-4,2, $P < 0,0045$), grado de instrucción ninguno/primaria (OR=3,67, IC95%= 1,9-6,8, $P < 0,0001$) parejas sexuales > 2 (OR=4,75, IC95%=2,5-8,8, $P < 0,0001$) gestaciones anteriores (OR=2,67, IC95%=1,3-5,4, $P = 0,007$), (OR=2,67, IC95%=1,3-5,4, $P = 0,007$), (OR=7,07, IC95%=3,6-13,4, $P < 0,0001$), fueron estadísticamente significativos. Pero los factores de edad gestacional (OR=1,45, IC95%=0,65-3,2, $P = 0,35$) y Ocupación ama de casa/ estudiante (OR=0,75, IC95%=0,3-2,16, $P = 0,7518$) que no tiene significancia de asociación. Conclusiones: El presentar aborto previo como antecedente fue el más asociado al aborto incompleto al presentar un riesgo de hasta 7,07 y el haber tenido más de 2 parejas sexuales también es un factor importante al de 4,75 de riesgo. ⁽²¹⁾

VENTURA, R. (2012) Factores socioeconómicos y antecedentes de aborto en adolescentes Hospital de Apoyo la Caleta - Chimbote. Ancash-Perú. Tesis de

licenciatura. Objetivo: Conocer los factores socioeconómicos y su relación con los antecedentes de aborto en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2012. Estudio descriptivo, correlacional, no experimental. El estudio estuvo conformado por 54 adolescentes. El instrumento empleado fue una ficha de recolección de datos. Se empleó la prueba estadística de Independencia de Criterios Chi cuadrado (x^2) y el Coeficiente de correlación de Pearson. Resultados: El 79.63% de las adolescentes tienen entre 17 a 19 años, el 55.52 % viven en asentamientos humanos, el 61,11% presentan estudios secundarios, el 74.06% son de religión católica, el 59,26% conviven con su pareja, el 70.37% están con su pareja, 80.33% no tienen ningún hijo, el 70.37% no usan métodos anticonceptivos, el 51.85% son estudiantes y el 48.14% dependen de su pareja. El 70.37% de las adolescentes presentaron aborto incompleto, el 18.52 % otros tipos de aborto y el 11.11% presentaron aborto espontáneo; no se presentaron adolescentes con aborto terapéutico. Conclusiones: No, existe relación estadísticamente significativa entre: la edad, residencia, religión, convivencia familiar, estado conyugal, número de hijos y uso de métodos anticonceptivos con los antecedentes de aborto. Si, existió relación significativa con el grado de instrucción, ocupación y dependencia económica. ⁽²²⁾

3.2. Marco teórico

A. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de

tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. ⁽²³⁾

a) Factores sociodemográficos

Comprende al sistema social, las comunidades, la familia, que se imponen a través de los medios de comunicación, spots publicitarios, etc. Que contribuyen de manera positiva o negativa en la formación del ser humano. El nivel educativo y el estilo de vida determinan el acceso a la información. A mayor nivel educativo mejor estilo de vida, y la información que le va a llegar, será más completa tanto a nivel de cuidados prenatales, como sobre las actitudes.

⁽²⁴⁾

a.1. Procedencia

Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y la selva. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra. Las personas de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de su territorio. ⁽²⁵⁾

a.2. Grado de instrucción

Es el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona. Se clasifica en:

Analfabetismo: Se considera a una persona como analfabeta cuando tiene 15 y más años de edad y no sabe leer ni escribir. ⁽²⁶⁾

Primaria: Es cuando la persona alcanzó educación primaria completa o incompleta.

Secundaria: Es cuando la persona alcanzo educación secundaria completa o incompleta.

Superior: Es cuando la persona alcanzo educación superior universitaria y/o técnica completa o incompleta. ⁽²⁵⁾

a.3. Ocupación

El empleo o actividad sea remunerado o no; que ejerce la persona. y se clasifica en:

Trabajadora Independiente: Se entiende por trabajador independiente o trabajadores independientes aquellas personas que no están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino mediante un contrato de servicios y son remunerados bajo la figura de honorarios o comisiones. Estas personas, conocidas también como contratistas, tienen un tratamiento especial desde el punto de vista tributario e incluso de seguridad social.

Trabajadora Dependiente: Se entiende por trabajador o trabajadora dependiente, toda persona natural que preste servicios personales en el proceso social de trabajo bajo dependencia de otra persona natural o jurídica. La prestación de su servicio debe ser remunerado. ⁽²⁵⁾

a.4. Estado civil

Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo. Esta denominación se da desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos: soltero, casado, conviviente, viudo. ⁽²⁵⁾

a.5. Ingreso económico

Es la cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. ⁽²⁷⁾

b. Factores biológicos

Los factores biológicos son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones,

de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante, entre ellos tenemos: ⁽²⁸⁾

b.1. Edad

Es el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento presente, se mide en días, meses o años y está determinada por diferentes etapas. ⁽²⁵⁾

b.2. Índice de masa corporal

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. ⁽²⁹⁾ El índice de masa corporal se clasifica en:

- ✓ <18,5 kg/m²:Bajo peso
- ✓ 18.5 a 24.9 kg/m²: Normal
- ✓ >25 kg/m²: Sobrepeso

b.3. Anemia

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos. La

OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%. De acuerdo a los niveles de Hb, la clasifica en: (a) anemia leve (Hb de 10 a 10,9 g/dl); (b) anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl) y (c) anemia grave (Hb menos de 7 g/dl) ⁽³⁰⁾

b.4. Hábitos nocivos

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) considera al tamizaje de abuso de sustancias como parte de la valoración integral de la atención prenatal. Se debe realizar durante la primera consulta, preferentemente antes del embarazo o en el primer trimestre. Los efectos del uso de drogas durante el embarazo se pueden clasificar en tres categorías: Efecto materno; Efecto en el curso del embarazo y nacimiento; Para causar efectos sobre el feto, las sustancias deben cruzar la barrera placentaria. La mayoría de los productos de las drogas atraviesa por difusión pasiva. ⁽³¹⁾

El tabaco es la segunda droga legal después del alcohol consumido con mayor frecuencia entre los peruanos. Cuando se fuma tabaco ocurren dos efectos nocivos simultáneos: el principal cuando se inhala y el humo entra al sistema respiratorio y el secundario cuando el humo exhalado se mezcla con aire ambiente creando el humo de tabaco ambiental. En los embarazos que se logra la implantación in útero, las toxinas contenidas en el tabaco ocasionan daños morfológicos en la placenta los cuales son irreversibles como la necrosis y se pueden observar desde la novena semana. ⁽³¹⁾

c. Factores obstétricos

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados prenatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial. Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes. ⁽²⁸⁾

c.1. Control prenatal

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. ⁽³²⁾

c.2. Número de gestaciones

Es la mujer embarazada. Gravidez significa embarazo

Primigravida o Primigesta: Es la mujer que se embaraza por primera vez.

Multigravida o Multigesta: Es la mujer que se ha embarazado dos o más veces.

(33)

c.3. Antecedente de abortos

El aborto es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. (34)

c.4. Amenaza de aborto actual

La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que puede producirse un aborto espontáneo en una mujer con una gestación intrauterina viable confirmada. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos y ecografía. En general, el tratamiento es la conducta expectante para la amenaza de aborto y, si se produce el aborto espontáneo o éste parece inevitable, la observación o la evacuación del útero. (34)

c.5. Antecedentes de infecciones del tracto urinario

La infección del tracto urinario (ITU) es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. El origen bacteriano de la ITU es el más frecuente (80%-90%); en este caso, la definición exacta exige no solo la presencia de gérmenes en las vías urinarias, sino también su cuantificación en al menos 105 unidades formadoras de colonias (UFC)/mL de orina. Sin embargo, varios estudios han establecido que un tercio o más de los pacientes,

mayoritariamente mujeres sintomáticas, tiene conteos de UFC por debajo de este nivel y presentan ITU. ⁽³⁵⁾

c.6. Periodo intergenésico

Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos. Se calcula tanto para los nacidos vivos dentro como fuera del matrimonio, siempre que exista un nacido vivo anterior. ⁽³⁶⁾

c.7. Uso de misoprostol

El misoprostol vaginal es más efectivo que el misoprostol oral. Además, es tan efectivo como las prostaglandinas tradicionalmente utilizadas y más costosas, como la $PGF2\alpha$, que es más difícil de almacenar que el misoprostol, y están asociadas con más efectos secundarios. ⁽³⁷⁾

c.8. Uso de métodos anticonceptivos

Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos adolescentes. ⁽³⁶⁾

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel

que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual.

(38)

B. ABORTO INCOMPLETO

Es la expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométricas.⁽¹⁾

Etiología:

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades infecciosas
- Malas condiciones socio-económicas (desnutrición).
- Violencia familiar.
- Intoxicaciones ambientales.⁽³⁹⁾

a. Cuadro clínico

Gestación menor de 22 semanas con:

- Dolor abdominal en bajo vientre y/o sangrado vaginal de cuantía variable con o sin cambios cervicales.
- Con sin expulsión completa del producto de la gestación. ⁽³⁹⁾

e. Diagnóstico:

Criterios diagnósticos

- Gestación menor de 22 semanas.
- Sangrado por vía vaginal.
- Dolor hipogástrico tipo contracción.
- Sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal).
- Sangrado persistente que pone en peligro la vida de la paciente. ⁽³⁹⁾

Diagnóstico diferencial:

- Embarazo ectópico.
- Hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo.
- Enfermedad del trofoblasto (mola hidatiforme).
- Lesiones del canal vaginal.
- Patología cuello uterino y vagina (cáncer, pólipos, cervicitis, etc). ⁽³⁹⁾

Exámenes auxiliares

1. De patología clínica:

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

2. De imágenes:

- Ecografía, revela restos en cavidad uterina o embrión, ausencia de signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento, número de fetos. ⁽³⁹⁾

f. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

f.1. Medidas generales y terapéutica

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias

(Categorías I-1, I-2, I-3)

- Identificación de signos de alarma y factores asociados.

- Colocación de vía EV segura con ClNa 9%.

- Referencia oportuna:
 - Vía segura con catéter endovenoso N°18.

 - Vía aérea permeable. Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.

 - Posición decúbito dorsal.

 - Abrigo suficiente.

 - Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.

 - Traslado con acompañante, potencial donante de sangre.

 - Comunicar al sitio de referencia.

- En casos que cuente con profesional de salud capacitado y el sangrado sea abundante, realizar:
 - Examen con espéculo.

 - Retirar los restos del canal vaginal y cervical con pinza Foerster. ⁽³⁹⁾

**f.2. Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas
(Categoría I-4)**

Lo mismo que en establecimientos con FONP más:

- Realizar tacto vaginal y examen con espéculo.

- Solicitar hemograma (hemoglobina o hematocrito), grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, prueba de ELISA para VIH o prueba rápida.
- Si hay signos de descompensación, ver protocolo de shock Hemorrágico.
- Si cuentan con médico capacitado, insumos e infraestructura, proceder al legrado o aspiración manual endouterina en aborto incompleto no complicado. De lo contrario, estabilizar y referir.
- Referir si la paciente presenta:
 - Fiebre, reacción peritoneal, dolor a la movilización de cérvix o secreción purulenta o con mal olor.
 - Anemia severa y requiere transfusión sanguínea.⁽³⁹⁾

f.3. Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (Categorías II-1, II-2)

f.3.1. Aborto incompleto.

- Hospitalización.
- Instalar vía EV segura con ClNa 9%0.
- Solicitar:
 - Ecografía.

- Hemograma, (hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen de orina.
- RPR o VDRL.
- Prueba de Elisa VIH o prueba rápida. ⁽³⁹⁾

- Procedimiento:

Si el tamaño uterino es menor de 12 cm:

Legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino, si fuera necesario.

Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm:

Si el cuello uterino está abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, procurar la expulsión de restos con infusión oxicítica 30 UI en 500 cc de ClNa 9%0. Luego realizar legrado uterino.

Si el cuello uterino está cerrado y no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis. Luego realizar legrado uterino contando con una vía endovenosa segura.

Si la metrorragia es abundante, colocar una vía segura con oxitocina y evacuar el contenido uterino inmediatamente. Si el cuello uterino estuviera cerrado, realizar una dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerotomía abdominal en último caso.⁽³⁹⁾

g. Signos de alarma

- Aparición de fiebre, desvanecimiento.
- Signos de hipotensión y shock.⁽³⁹⁾

h. Criterios de alta

Paciente estabilizada hemodinámicamente, con funciones vitales estables, con prueba de deambulación, sin síntomas, con capacidad de ingerir alimentos y realizar actividades comunes.

i. Impartir:

- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.
- Elección de un método anticonceptivo de ser el caso.

g. Pronóstico

Depende de la complicación infecciosa o hemorrágica y de la prontitud de la intervención de parte del equipo de salud.

h. Complicaciones

- Shock hipovolémico.

- Shock séptico.
- Perforación uterina: Laparoscopia o Laparotomía exploratoria.
- Desgarros de cérvix: Sutura.
- Pelviperitonitis: Histerectomía. ⁽³⁹⁾

3.3. Definición de términos

- a) **Shock séptico:** Es un síndrome clínico de disfunción de órganos potencialmente letal causada por una respuesta desregulada a la infección. ⁽⁴⁰⁾
- b) **El examen de RPR:** (reagina plasmática rápida) es una prueba de detección para sífilis. Mide unas sustancias (proteínas) llamadas anticuerpos presentes en la sangre de personas que pueden tener la enfermedad. ⁽⁴²⁾
- c) **Prueba serológica para la sífilis (VDRL):** Es un examen para detectar sífilis. Mide sustancias (proteínas), llamadas anticuerpos, que su cuerpo puede producir si usted entra en contacto con la bacteria que causa la sífilis. ⁽⁴³⁾
- d) **Test de Elisa:** Es un examen de laboratorio comúnmente usado para detectar anticuerpos en la sangre. Un anticuerpo es una proteína que el sistema inmunitario del cuerpo produce cuando detecta sustancias dañinas, llamadas antígenos. ⁽⁴⁴⁾

- e) **Aspiración manual endouterina (AMEU):** Es un procedimiento que extrae el contenido intrauterino a través de una cánula conectada a un aspirador portátil que permite crear vacío manualmente. ⁽⁴⁵⁾

- f) **Shock hipovolémico:** Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. ⁽⁴⁶⁾

- g) **Histerectomía:** Es una operación para extraer el útero de una mujer. El útero es donde crece el bebé durante el embarazo. ⁽⁴⁷⁾

- h) **Metrorragia:** Es el sangrado vaginal que ocurre entre los periodos menstruales de una mujer, es decir, el sangrado que tiene lugar fuera de estos ciclos. La menstruación normal dura entre 3 y 7 días, y el intervalo entre una regla y otra suele ser de 24 a 35 días. ⁽⁴⁸⁾

- i) **Transfusión sanguínea:** Es un procedimiento médico que consiste en infundir sangre o alguno de sus derivados de un donante a un receptor para reponer el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina y la capacidad de transporte de oxígeno y otras sustancias, corregir los niveles séricos de proteínas o para compensar un déficit de los componentes de la sangre. ⁽⁴⁹⁾

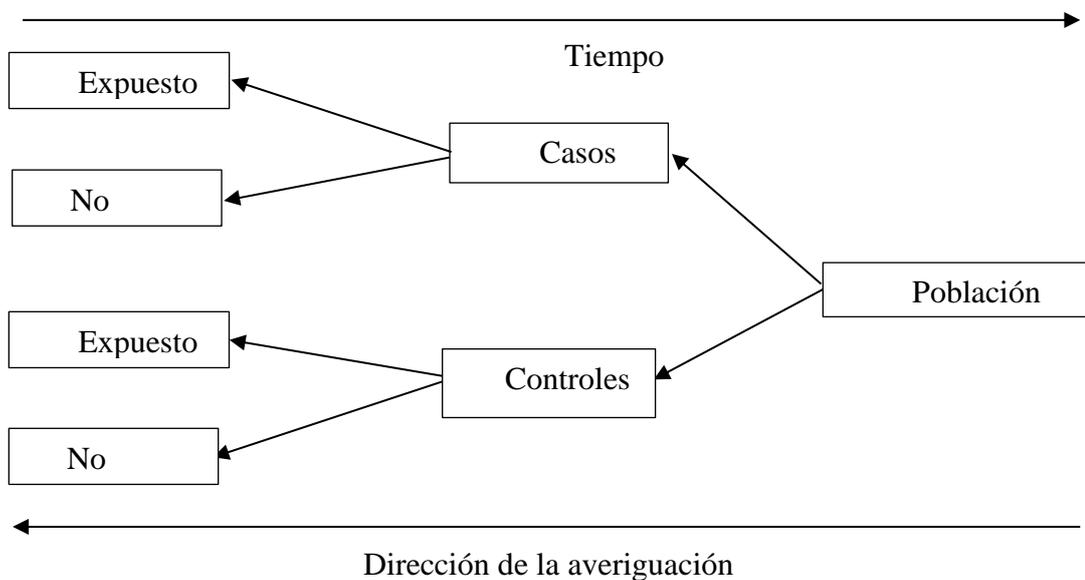
4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudio

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, porque se emplearon datos numéricos al momento de recolectar la información; el estudio fue analítico, debido a que mediante el análisis del estudio se buscó establecer relaciones de asociación; fue retrospectiva, ya que se recolectó datos de las historias clínicas del año 2019; la investigación se trató de un estudio epidemiológico de casos y controles, ya que se seleccionaron dos grupos: un grupo control que no presentaron aborto incompleto y otro grupo de casos que presentaron aborto incompleto. ⁽⁵⁰⁾

4.2. Diseño metodológico

El estudio fue no experimental porque no se modificó las variables. La investigación fue de corte transversal o transeccional porque los datos se recolectaron en un solo momento ⁽⁵⁰⁾. El presente estudio siguió el siguiente esquema:



4.3. Universo o población

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia, nivel II-2, ubicado en la Av. Mariscal Toribio Luzuriaga, N° 02001, Distrito de Huaraz, Provincia Huaraz, Departamento de Ancash. La población estuvo conformada por todas las gestantes atendidas con diagnóstico de aborto incompleto 2019 (400 casos), las cuales cumplieron con los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión:

Grupo casos

- Gestante con diagnóstico de aborto incompleto con datos completos en las historias clínicas.
- Gestante con diagnóstico de aborto incompleto con gestación única.
- Gestante con diagnóstico de aborto incompleto con antecedentes de patologías (Infección del tracto urinario, anemia, aborto).
- Gestante con diagnóstico de aborto incompleto de menor o igual a 22 semanas de evolución normal.
- Gestante con diagnóstico de aborto incompleto con rango de edad de 15 – 40 años.
- Gestante con diagnóstico de aborto incompleto sin complicaciones. (shock séptico, shock hipovolémico).

Grupo controles

- Gestante sin diagnóstico de aborto incompleto con datos completos en las historias clínicas.
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto con gestación única.
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto con antecedentes de patologías (Infección del tracto urinario, anemia, aborto).
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto de menor o igual a 22 semanas de evolución normal.
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto con rango de edad de 15 – 40 años.
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto sin complicaciones. (shock séptico, shock hipovolémico).

b. Criterios de exclusión**Grupo casos**

- Gestantes con diagnóstico de aborto incompleto que tengan datos ilegibles en las historias clínicas.
- Gestantes con diagnóstico de aborto incompleto con embarazo múltiple.
- Gestantes con diagnóstico de aborto completo, séptico, retenido.

- Gestantes con diagnóstico de aborto incompleto menores de 15 años y mayores de 40 años.
- Gestantes con diagnóstico de otras patologías, ruptura prematura de membranas, hiperémesis gravídica, preeclampsia.

Grupo controles

- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto que tengan datos ilegibles en las historias clínicas.
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto con embarazo múltiple.
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto menores de 15 años y mayores de 40 años.
- Gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto que presentan complicaciones (shock séptico, shock hipovolémico).

4.4. Unidad de análisis y muestra

4.4.1. Unidad de análisis

Conformada por cada gestante con diagnóstico y sin diagnóstico de aborto incompleto que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados.

4.4.2. Muestra

Se utilizó el muestreo no probabilístico o por conveniencia, la cual es

recomendable en la presente investigación por tratarse de una muestra pequeña y accesible. El primer grupo estuvo conformado por gestantes con diagnóstico de aborto incompleto (100 casos) y el segundo grupo por aquellas gestantes sin diagnóstico de aborto incompleto (100 controles).

4.5. Instrumento de recolección de datos

La técnica empleada fue el análisis documental de la información y como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos (Anexo N° 01), distribuido de la siguiente manera:

I.PARTE: Factores de riesgo sociodemográficos, biológicos y obstétricos.

Factores Sociodemográficos. 05 ítems del 1 al 5 (Procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil, ingreso económico).

Factores Biológicos. 04 ítems del 1 al 4 (Edad, Índice de masa corporal, nivel de hemoglobina, hábitos nocivos,).

Factores Obstétricos. 08 ítems del 1 al 8 (Control prenatal, número de gestaciones, antecedentes de aborto, antecedente de infecciones del tracto urinario, periodo intergenésico, uso de misoprostol, uso de métodos anticonceptivos).

II.PARTE: Aborto incompleto 01 ítem.

Validación:

Se realizó a través del juicio de expertos, los cuales estuvieron conformados

por 02 profesionales de Obstetricia y 02 médicos Gineco-obstetras; luego de obtener la información se sometió al test de concordancia no paramétrica Tau – b de Kendall (Anexo N° 02).

Confiabilidad:

En la presente investigación el instrumento de recolección de datos se sometió a una prueba piloto con 20 historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia; los datos fueron procesados con la prueba de confiabilidad estadística alpha de Cronbach, con el siguiente resultado:

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,806	17

Este resultado indica que los 17 ítems del instrumento sometido a las 20 unidades de análisis de la prueba piloto arrojan un valor de 0,806; estableciéndose que existe un nivel de fiabilidad del instrumento del 80,6%, siendo una confiabilidad aceptable.

4.6. Análisis estadístico e interpretación de la información

Una vez obtenidos los datos se procedió a elaborar una base de datos empleando, el software estadístico SPSS Vss 26.00

a) Estadística descriptiva:

Los datos de las variables cuantitativas fueron expresados en proporciones y porcentajes, en tablas bidimensionales comparativas de doble entrada.

b) Estadística inferencial:

Se analizó la asociación de las variables cuantitativas mediante la prueba estadística Chi cuadrado con un nivel de significancia de 5% ($p < 0.05$)

c) Estadígrafos propios del estudio:

Debido a que el estudio es de casos y controles se midió la asociación a través de la prueba Odds Ratio (OR).

4.7. Ética de la investigación

En el presente estudio se consideró la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), que trata sobre los principios éticos de la investigación médica en los seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

El deber del investigador es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber (Principio 4).

El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término,

debe incluir estudios en seres humanos (Principio 5).

En la investigación médica, es deber del investigador proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación (Principio 9).

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica (Principio 21).

En la investigación médica debe tomarse todo tipo de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social (Principio 24).

Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación (Principio 32) ⁽⁵¹⁾.

5. RESULTADOS

5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Tabla N° 1. Procedencia asociado al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Procedencia	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Rural)	33	33,0	32	32,0	65	32,5
No expuestas (Urbano)	67	67,0	68	68,0	135	67,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$x^2= 0,023; p= 0,880; gl= 1; OR= 1,047; IC= (95\%)= 0,579 - 1,892$$

El 33% (casos) de los abortos incompletos fueron mujeres en edad fértil de procedencia rural, en comparación con el 32% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto de procedencia rural.

Al realizar la prueba estadística de Chi cuadrado se obtuvo un valor p-valor= 0,880; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que la procedencia rural de la mujer en edad fértil no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,047 se determina que la procedencia no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 2. Grado de instrucción asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Grado de instrucción	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sin estudios, primaria)	31	31,0	24	24,0	55	27,5
No expuestas (Secundaria, superior)	69	69,0	76	76,0	145	72,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 1,229; p = 0,268; gl = 1; OR = 1,423; IC = (95\%) = 0,762 - 2,657$$

Se observa que del total de casos el 69,0% (casos) tienen estudios secundarios y superior, mientras que el 31,0% son mujeres sin estudios o con primaria, notándose que en los controles solo un 24,0% (controles) de las mujeres no tienen estudios o solo tienen primaria.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,268; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que el grado de instrucción sin estudios/primaria de las mujeres en edad fértil no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,423 se determina que el grado de instrucción no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 3. Ocupación asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Ocupación	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Trabajadora dependiente, ama de casa)	71	71,0	59	59,0	130	65,0
No expuestas (Trabajadora independiente)	29	29,0	41	41,0	70	35,0
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 3,165; p = 0,075; gl = 1; OR = 1,701; IC = (95\%) = 0,945 - 3,062$$

Se observa que el 71% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil cuya ocupación es Trabajadora dependiente/ama de casa, en comparación con el 59% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto cuya ocupación es Trabajadora dependiente/ama de casa.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,075; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que la ocupación Trabajadora dependiente/ama de casa de las mujeres en edad fértil no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,701 se determina que la ocupación no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 4. Estado civil asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Estado civil	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sin unión civil)	34	34,0	19	19,0	53	26,5
No expuestas (Con unión civil)	66	66,0	81	81,0	147	73,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 5,776; p = 0,016; gl = 1; OR = 2,196; IC = (95\%) = 1,148 - 4,201$$

Se observa que el 34% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil que se encuentran sin unión civil, en comparación con el 19% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto que se encuentran sin unión civil.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,016; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que el estado civil sin unión civil de las mujeres en edad fértil está asociado significativamente con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=2,196 se determina que el estado civil es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 5. Ingreso económico asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Ingreso económico	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (\leq 930 soles)	67	67,0	56	56,0	123	61,5
No expuestas (\geq 930 soles)	33	33,0	44	44,0	77	38,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 2,555; p = 0,110; gl = 1; OR = 1,595; IC = (95\%) = 0,898 - 2,833$$

Se observa que el 67% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con ingreso económico igual o menor a 930 soles, en comparación con el 56% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto cuyo ingreso económico es igual o menor a 930 soles.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,110; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que el ingreso económico igual o menor a 930 soles de las mujeres en edad fértil no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,595 se determina que el ingreso económico no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza

5.2. FACTORES BIOLÓGICOS COMO FACTOR DE RIESGO

ASOCIADO AL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Tabla N° 6. Edad asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Edad	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (≤ 19 años y ≥ 35 años)	37	37,0	32	32,0	69	34,5
No expuestas (20 – 34 años)	63	63,0	68	68,0	131	65,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 0,553; p = 0,457; gI = 1; OR = 1,248; IC = (95\%) = 0,696 - 2,238$$

Se observa que el 37% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil cuya edad es igual o menor de 19 años e igual o mayor de 35 años, en comparación con el 32% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto cuya edad es igual o menor de 19 años e igual o mayor de 35 años.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,457; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que la edad igual o menor de 19 años e igual o mayor de 35 años de las mujeres en edad fértil no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,248 se determina que la edad no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 7. Índice de masa corporal asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Índice de masa corporal	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Bajo peso, sobre peso)	33	33,0	28	28,0	61	30,5
No expuestas (Normal)	67	67,0	72	72,0	139	69,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 0,590; p = 0,443; gl = 1; OR = 1,267; IC = (95\%) = 0,693 - 2,316$$

Se observa que el 33% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con bajo peso o sobre peso, en comparación con el 28% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto con bajo peso o sobre peso.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,443; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que el Bajo peso/sobre peso de las mujeres en edad fértil no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,267 se determina que el índice de masa corporal no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 8. Anemia asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Anemia	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sí)	57	57,0	46	46,0	103	51,5
No expuestas (No)	43	43,0	54	54,0	97	48,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 2,422; p = 0,120; gl = 1; OR = 1,556; IC = (95\%) = 0,891 - 2,719$$

Se observa que el 57% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con anemia, en comparación con el 46% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto con anemia.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,120; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que anemia de las mujeres en edad fértil no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,556 se determina que la anemia no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 9. Hábitos nocivos asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Hábitos nocivos	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sí)	7	7,0	1	1,0	8	4,0
No expuestas (No)	93	93,0	99	99,0	192	96,0
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$x^2= 4,688; p= 0,030; gl= 1; OR= 7,452; IC= (95\%)= 0,900 - 61,729$$

Se observa que el 7% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con hábitos nocivos, en comparación con el 1% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto con hábitos nocivos.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,030; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), los hábitos nocivos de las mujeres en edad fértil está asociado con el aborto incompleto. Sin embargo, el OR=7,452 determina que los hábitos nocivos no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, pues no se incluye la unidad en el intervalo de confianza.

**5.3. FACTORES OBSTÉTRICOS COMO FACTOR DE RIESGO
ASOCIADO AL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL**

Tabla N° 10. Control prenatal asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Control prenatal	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (< 6 controles)	91	91,0	28	28,0	119	59,5
No expuestas (\geq 6 controles)	9	9,0	72	72,0	81	40,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$x^2= 82,353; p= 0,000; gl= 1; OR= 26,000; IC= (95\%)= 11,541 - 58,572$$

El 91% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con menos de 6 controles prenatales, en comparación con el 28% (controles) de mujeres que no presentaron aborto incompleto con menos de 6 controles prenatales.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,000; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres en edad fértil con menos de 6 controles prenatales está asociado significativamente con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=26,000 se determina que el control prenatal es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 11. Número de gestaciones asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Número de gestaciones	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Multigesta)	52	52,0	39	39,0	91	45,5
No expuestas (Primigesta)	48	48,0	61	61,0	109	54,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 3,408; p = 0,065; gl = 1; OR = 1,694; IC = (95\%) = 0,966 - 2,971$$

Se observa que el 52% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres multigestas en edad fértil, en comparación con el 39% (controles) de mujeres multigestas que no presentaron aborto incompleto.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,065; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres multigestas en edad fértil con no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,694 se determina que el número de gestaciones no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 12. Antecedente de aborto asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Antecedente de aborto	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sí)	34	34,0	10	10,0	44	22,0
No expuestas (No)	66	66,0	90	90,0	156	78,0
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 16,783; p = 0,000; gl = 1; OR = 4,636; IC = (95\%) = 2,140 - 10,047$$

Se observa que el 34% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con antecedente de aborto, en comparación con el 10% (controles) de mujeres en edad fértil con antecedente de aborto que no presentaron aborto incompleto.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,000; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres en edad fértil con antecedente de aborto está asociado significativamente con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=4,636 se determina que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 13. Amenaza de aborto actual asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Amenaza de aborto actual	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sí)	85	85,0	3	3,0	88	44,0
No expuestas (No)	15	15,0	97	97,0	112	56,0
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$x^2= 136,445; p= 0,000; gl= 1; OR= 183,222; IC= (95\%)= 51,283 - 654,606$$

Se observa que el 85% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con amenaza de aborto actual, en comparación con el 3% (controles) de mujeres en edad fértil con amenaza de aborto actual que no presentaron aborto incompleto.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,000; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres en edad fértil con amenaza de aborto actual está asociado significativamente con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=183,222 se determina que la amenaza de aborto actual es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 14. Antecedentes de infecciones del tracto urinario asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Antecedentes de infecciones del tracto urinario	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sí)	58	58,0	48	48,0	106	53,0
No expuestas (No)	42	42,0	52	52,0	94	47,0
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 2,007; p = 0,157; gl = 1; OR = 1,496; IC = (95\%) = 0,856 - 2,614$$

Se observa que el 58% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con antecedentes de infecciones del tracto urinario, en comparación con el 48% (controles) de mujeres en edad fértil con antecedentes de infecciones del tracto urinario que no presentaron aborto incompleto.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,157; siendo este mayor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres en edad fértil con antecedentes de infecciones del tracto urinario no está asociado con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=1,496 se determina que los antecedentes de infecciones del tracto urinario no es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 15. Periodo intergenésico asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Periodo intergenésico	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Menos de un año)	23	23,0	10	10,0	33	16,5
No expuestas (Más de un año)	77	77,0	90	90,0	167	83,5
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 6,133; p = 0,013; gl = 1; OR = 2,688; IC = (95\%) = 1,205 - 5,997$$

Se observa que el 23% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil con periodo intergenésico menor a un año, en comparación con el 10% (controles) de mujeres en edad fértil con periodo intergenésico menor a un año que no presentaron aborto incompleto.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,013; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres en edad fértil con periodo intergenésico menor a un año está asociado significativamente con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=2,688 se determina que el periodo intergenésico es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 16. Uso de misoprostol para provocar el aborto asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Uso de misoprostol para provocar el aborto	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (Sí)	26	26,0	2	2,0	28	14,0
No expuestas (No)	74	74,0	98	98,0	172	86,0
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 23,920; p = 0,000; gl = 1; OR = 17,216; IC = (95\%) = 3,960 - 74,844$$

Se observa que el 26% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil que usó misoprostol para provocar el aborto, en comparación con el 2% (controles) de mujeres en edad fértil que usó misoprostol para provocar el aborto que no presentaron aborto incompleto.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,000; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres en edad fértil que usaron misoprostol para provocar el aborto está asociado significativamente con el aborto incompleto. Con estos resultados del OR=17,216 se determina que el uso de misoprostol para provocar el aborto es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

Tabla N° 17. Uso de método anticonceptivo asociado a aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019.

Uso de método anticonceptivo	Aborto incompleto					
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Expuestas (No)	76	76,0	50	50,0	126	63,0
No expuestas (Sí)	24	24,0	50	50,0	74	37,0
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0

$$\chi^2 = 14,500; p = 0,000; gI = 1; OR = 3,167; IC = (95\%) = 1,732 - 5,791$$

Se observa que el 76% (casos) de los abortos incompletos fueron de mujeres en edad fértil que no usó método anticonceptivo, en comparación con el 50% (controles) de mujeres en edad fértil que no usó método anticonceptivo que no presentaron aborto incompleto.

La prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor= 0,000; siendo este menor que el alfa de significancia 0,05 (5%), se concluye que las mujeres en edad fértil que no usaron método anticonceptivo está asociado significativamente con el aborto incompleto. Con estos resultados del $OR=3,167$ se determina que el uso de método anticonceptivo es un factor de riesgo para el aborto incompleto, al incluirse la unidad en el intervalo de confianza.

5.4. REGRESIÓN LOGÍSTICA

Resumen de los factores riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019.

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Procedencia	-,603	,880	,470	1	,493	,547	,097	3,071
Grado de instrucción	-,288	,857	,113	1	,737	,750	,140	4,026
Ocupación	-,909	1,243	,535	1	,464	,403	,035	4,602
Estado civil	-,821	,945	,755	1	,385	,440	,069	2,803
Ingreso económico	,911	1,209	,567	1	,451	2,486	,232	26,595
Edad	,097	,737	,017	1	,895	1,102	,260	4,672
Índice de masa corporal	-,325	,826	,155	1	,694	,723	,143	3,647
Anemia	-,569	,764	,555	1	,456	,566	,127	2,530
Hábitos nocivos	3,891	2,138	3,312	1	,069	48,948	,741	3231,730
Control prenatal	2,280	,827	7,597	1	,006	9,779	1,932	49,490
Numero de gestaciones	-,175	,852	,042	1	,837	,839	,158	4,459
Antecedente de aborto	2,145	,936	5,254	1	,022	8,543	1,365	53,472
Amenaza de aborto actual	5,583	1,057	27,877	1	,000	265,927	33,470	2112,855
Antecedente de infecciones del tracto urinario	,169	,708	,057	1	,811	1,184	,296	4,743
Periodo intergenésico	,985	1,048	,884	1	,347	2,678	,343	20,886
Uso de misoprostol para provocar el aborto	3,096	1,174	6,952	1	,008	22,102	2,214	220,691
Uso de método anticonceptivo	,539	,752	,514	1	,474	1,714	,393	7,479
Constante	-11,878	2,809	17,876	1	,000	,000		

En el resumen del procesamiento de regresión logística, las variables que resultaron ser significativas fueron: Control prenatal con p-valor= 0,006; Antecedente de aborto con un p-valor= 0,022; Amenaza de aborto actual con un p-valor= 0,000; y, Uso de misoprostol para provocar el aborto, con un p-valor= 0,008; en todos los casos los valores son menores a 0,05, lo cual indica que los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2019 son: Control prenatal, Antecedente de aborto, Amenaza de aborto actual, y Uso de misoprostol para provocar el aborto.

Asimismo, el análisis arrojó un OR= 9,779 para el control prenatal, lo que indica existir 9,8 más posibilidades de que una mujer en edad fértil con menos de 6 controles prenatales sufra aborto incompleto que una mujer en edad fértil que tiene 6 o más controles prenatales; por otro lado arrojó un OR= 8,543 para antecedente de aborto, lo que indica que existe 8,5 más posibilidades que una mujer en edad fértil que tenga antecedentes de aborto sufra aborto incompleto que una mujer sin antecedente de aborto; asimismo, arrojó un OR= 265,927 para amenaza de aborto actual, indicando que existe 265 más posibilidades que una mujer en edad fértil que tiene amenaza de aborto actual sufra de aborto incompleto que una mujer que no tiene amenaza de aborto actual; de otra parte, un OR= 22,102 para uso de misoprostol para provocar el aborto, indicando que existe 22 más posibilidades de que una mujer en edad fértil que usa misoprostol para provocar el aborto sufra de aborto incompleto que una mujer que no hace uso de misoprostol.

6. DISCUSIÓN

Respecto al primer objetivo específico: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, los resultados muestran que el único de los factores sociodemográficos que resultó significativo para establecer asociación con el aborto incompleto es el estado civil cuyo $p = 0,016$ y $(OR=2,196)$; esto contradice lo hallado por Ventura ⁽²²⁾ quien estableció que no existe relación estadísticamente significativa entre: la edad, residencia, religión, convivencia familiar, estado conyugal con los antecedentes de aborto. Si, existió relación significativa con el grado de instrucción, ocupación y dependencia económica. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Guerrero ⁽¹⁶⁾ quien halló que los factores asociados con el aborto incompleto fueron el grado de instrucción secundaria (75%); la ocupación ama de casa (76%); estado civil soltera (60%). Por otra parte, Ponce ⁽¹⁷⁾ encontró que las mujeres en edad fértil con aborto incompleto se caracterizaron por ser convivientes 66.4%, con educación secundaria 73.1%, del distrito de Villa El Salvador 60%, sin embargo, no tuvieron valores estadísticamente significativos ni asociados a riesgo. Se determinó como factores de riesgo asociados para aborto incompleto: ser soltera ($OR=1.71$). Asimismo, Roncal ⁽¹⁸⁾ determinó que el grado de instrucción como factor social influye en el aborto incompleto según $p = 0,000$ y como factor psicológico, la depresión, también influye significativamente en la presencia de aborto incompleto según $p= 0,001$. De otra parte Santisteban ⁽¹⁹⁾ estableció que los factores socioculturales asociados al aborto incompleto fueron: estado civil conviviente ($OR: 2.06$ $p< 0.0227$), nivel de instrucción superior ($OR: 2.37$ $p< 0.04$). Finalmente Laurente ⁽²¹⁾ determinó que los

factores de riesgo estadísticamente significativo en el aborto incompleto fueron: estado civil soltera (OR= 2,34, IC 95=1,3-4,2, P<0,0045), grado de instrucción ninguno/primaria (OR=3,67, IC95%= 1,9-6,8, P<0,0001).

Respecto al segundo objetivo específico: Analizar los factores de riesgo biológicos asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, los resultados arrojaron que el único factor con valores significativos para establecer la asociación es los hábitos nocivos, cuyo $p = 0,030$ y (OR=7,452), sin embargo no constituye un factor de riesgo para el aborto incompleto; dichos resultados se contraponen a los hallados por García ⁽¹³⁾ quien mencionó que el factor de riesgo más predominante en el aborto incompleto fue grupo de edad adolescente de 16 años 28.83% (47 casos); se concluye que existes factores asociados al aborto incompleto. Por otro lado, Macas ⁽¹⁴⁾ halló que la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%. Asimismo, Plus ⁽¹⁵⁾ encontró que de un total de 44 pacientes presentó aborto incompleto (39.3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%. Por su parte Ponce ⁽¹⁷⁾ determinó que las mujeres en edad fértil con aborto incompleto se caracterizaron por ser de edad adulta 65.4%, con índice de masa corporal anormal 55%, nivel de hemoglobina normal 76%. También se contraponen a Santisteban ⁽¹⁹⁾ quien estableció que los factores socioculturales asociados al aborto incompleto fueron: Edad materna ≤ 19 años (OR: 3.31 y $p<0.0076$), >35 años (OR: 3.47 $p< 0.0005$) y consumo de alcohol (OR: 2,02 $p<0,04$). Por su parte Laurente ⁽²¹⁾ pudo determinar que os factores estadísticamente significativos fueron la edad menor de 35 años (OR=3,1, IC 95%=1-9,2, P<0,0385).

Para el tercer objetivo específico: Describir los factores de riesgo obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, los resultados de la presente investigación arrojan que los factores con mayor significancia de asociación con el aborto incompleto son: Control prenatal, Antecedente de aborto, Amenaza de aborto actual, Periodo intergenésico, Uso de misoprostol para provocar el aborto, y Uso de métodos anticonceptivos. Asimismo, el análisis arrojó un OR= 26,000 para el control prenatal, lo que indica existir 26 más posibilidades de que una mujer en edad fértil con menos de 6 controles prenatales sufra aborto incompleto que una mujer en edad fértil que tiene 6 o más controles prenatales; por otro lado arrojó un OR= 4,636 para antecedente de aborto, lo que indica que existe 4,6 más posibilidades que una mujer en edad fértil que tenga antecedentes de aborto sufra aborto incompleto que una mujer sin antecedente de aborto; asimismo, arrojó un OR= 183,222 para amenaza de aborto actual, indicando que existe 183 más posibilidades que una mujer en edad fértil que tiene amenaza de aborto actual sufra de aborto incompleto que una mujer que no tiene amenaza de aborto actual; de otra parte, un OP= 2,688 para periodo intergenésico, indicando que existe 2,7 más posibilidades que una mujer en edad fértil cuyo periodo intergenésico es menor a un año sufra de aborto incompleto que una mujer cuyo periodo intergenésico es mayor a un año; asimismo, un OR= 17,216 para uso de misoprostol para provocar el aborto, indicando que existe 17 más posibilidades de que una mujer en edad fértil que usa misoprostol para provocar el aborto sufra de aborto incompleto que una mujer que no hace uso de misoprostol; finalmente, un OR= 3,167 para uso de métodos anticonceptivos, indicando que existe 3,1 más posibilidades que una mujer en edad fértil que no usa métodos

anticonceptivos sufra de aborto incompleto que una mujer que sí usa métodos anticonceptivos.

Estos resultados concuerdan con los de Cabrera ⁽²⁰⁾ quien determinó que el factor que más se asoció al aborto incompleto fue el antecedente de aborto previo con un 59,3%, seguido de traumatismos con un 40,7%, el tipo de aborto incompleto precoz tuvo una mayor frecuencia con un 77,2%. De otra parte Ponce ⁽¹⁷⁾ determinó que las mujeres en edad fértil con aborto incompleto se caracterizaron por no tener antecedente de aborto previo 66.7%. Por otra parte Macas ⁽¹⁴⁾ sostiene que los resultados muestran que el 98,53% en relación con el misoprostol no se auto-medicaaron, la mayor frecuencia de aborto incompleto el 22,34% tenían dos gestaciones, el 54,94% sin abortos previos. Por su parte Ventura ⁽²²⁾ manifiesta que el 70.37% de adolescentes no usan métodos anticonceptivos, lo que concuerda con los resultados obtenidos.

7. CONCLUSIONES

1) El único factor sociodemográfico en mujeres en edad fértil que presenta asociación con el aborto incompleto fue el estado civil, cuyo p-valor= 0,016 y OR= 7,452; lo que indica que existe 7,4 veces más posibilidades que una mujer en edad fértil sin unión civil presente aborto incompleto que una mujer con unión civil.

2) Dentro de los factores biológicos como factor de riesgo para el aborto incompleto en mujeres en edad fértil no se halló ninguno; sin embargo los hábitos nocivos presenta asociación significativa, cuyos valores arrojaron un p-valor= 0,030, con un OR=7,452.

3) Los factores obstétricos como factor de riesgo en el aborto incompleto con mayor asociación significativa fueron: control prenatal con p-valor= 0,006 y OR= 9,779; antecedente de aborto con un p-valor= 0,022 y OR= 8,543; amenaza de aborto actual con un p-valor= 0,000 y OR= 265,927; periodo intergenésico con un p-valor= 0,013 y OR= 2,688; uso de misoprostol para provocar el aborto, con un p-valor= 0,008 y OR= 22,102; y uso de métodos anticonceptivos con un p-valor= 0,000 y OR= 3,167.

8. RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda a los profesionales de Obstetricia enfatizar la consejería sobre la importancia de los controles prenatales durante el embarazo, para identificar a las gestantes que tienen factores de riesgo para aborto incompleto, para un mejor manejo y vigilancia.
- 2) Al Hospital Víctor Ramos Guardia, implementar estrategias y actividades de educación sexual, Planificación familiar y orientación a las mujeres en edad reproductiva con el objetivo de lograr una mayor sensibilización en las mujeres en edad fértil para reducir embarazos no deseados que conllevan a un aborto.
- 3) Se sugiere a las autoridades del Ministerio de Salud (MINSA) promover e implementar estrategias de educación mediante los medios de comunicación masivos de la región a fin de lograr una mayor sensibilización en las mujeres en edad fértil para reducir y eliminar su práctica diaria de los hábitos nocivos como fumar y consumir bebidas alcohólicas durante el embarazo, pues este resulta ser un factor de riesgo asociado al aborto incompleto.
- 4) A los directivos del Hospital Víctor Ramos Guardia brindar capacitaciones o cursos continuos de educación sexual, planificación familiar y atención prenatal, enfatizando la calidad de una atención integral.
- 5) Respecto a los factores de riesgo obstétricos, recomendar al Hospital Víctor Ramos Guardia, diseñar estrategias más eficaces para lograr que el personal de salud de las Redes de Salud en cada jurisdicción logre cumplir las metas de alcanzar más de 6 controles prenatales en las gestantes a fin de reducir este factor como riesgo

asociado al aborto, lo cual reducirá considerablemente la amenaza de aborto actual, más aún en aquellas mujeres que ya tienen antecedentes de aborto anterior, con lo cual también se reducirán las posibilidades de aumentar el factor de riesgo obstétrico en antecedentes de aborto, amenazas de aborto actual.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de atención del aborto. Bogotá: Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología; 2011. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2011.%20%20ATE%20NCION%20DEL%20ABORTO.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud [base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2017. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva. Ginebra: Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2016. [Fecha de acceso 27 de junio del 2020]. URL disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
4. Chowdhury M, Rahman D. Manejo quirúrgico del aborto incompleto mediante aspiración manual por vacío (MVA). Mymensingh Med J. 2019 Oct; 28 (4): 900-905. [Fecha de acceso 26 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31599258>
5. Burger C. Factores asociados con el resultado del manejo del aborto incompleto en el Hospital General de Yirgalem, Zona Sidama, Etiopía meridional. Obstetricia de ginecología Internacional. 2018; 2018 (1): 1 – 6. [Fecha de acceso

20 de enero del 2020]. URL disponible en:

<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2018/3958681/>

6. López F. Frecuencia de aborto y características sociodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital “Homero Castanier Crespo”. [Tesis de licenciatura]. Cuenca– Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21693/1/TESIS%202015.pdf>.
7. Montenegro A. Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción de Juigalpa. [Tesis de licenciatura]. Managua - Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. [Fecha de acceso 28 de junio del 2020]. URL disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1366/1/56943.pdf>
8. Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. New York: Guttmacher Institute; 2012.
9. Enriquez B, Bermúdez R, Punetes E, Jiménez M. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 32(2). [Fecha de acceso 28 de junio del 2020]. URL disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:upN_R26gkKwJ:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fpid%3DS0138-600X2010000200013%26script%3Dsci_abstract+%&cd=1&hl=qu&ct=clnk&gl=pe

10. Ríos C, Vera R, Mantilla B. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. EsSalud. Enero 2016 – diciembre 2017. Rev. Méd. Trujillo. 2018;13(3):140-56. [Fecha de acceso 28 de junio del 2020]. URL disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/2097/1999>
11. Hospital Regional de Cajamarca. Reporte estadístico de abortos incompleto. Cajamarca – Perú: Hospital Regional de Cajamarca; 2015.
12. Hospital Víctor Ramos Guardia. Reporte estadístico de abortos. Huaraz – Perú: Hospital Víctor Ramos Guardia; 2019.
13. García, M. Aborto incompleto, factores de riesgo en adolescentes, estudio a realizar en el Hospital Universitario año 2015. [Tesis de licenciatura]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2016. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/23108/1/Tesis%20Aborto%20Incompleto.pdf>.
14. Macas, J. Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013. [Tesis de licenciatura]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1806/1/TESIS%20FRECUENCIA%20DE%20FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABORTO%20INCOMPLETO.pdf>

15. Pluas, B. Incidencia Del Aborto Incompleto En Mujeres De 15 A 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez Miguel Hilario Alcivar en el periodo septiembre del 2012 A febrero 2013. [Tesis de licenciatura]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: https://azslide.com/download/universidad-de-guayaquil-facultad-de-ciencias-medicas-escuela-de-obstetricia-tes_5a384ecf1723dd883157a3f0.html
16. Guerrero, M. Prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período de mayo a octubre del 2012. [Tesis de licenciatura]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec>
17. Ponce M. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del centro materno infantil juan pablo II. VILLA El Salvador. Primer semestre 2016. [Tesis de especialista]. Lima – Perú: Universidad San Martin de Porres; 2018. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3685>
18. Roncal F. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2016. [Tesis de licenciatura]. Cajamarca – Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en:

http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016_43192983_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Santisteban L. Factores socioculturales y Gineco-Obstétricos asociados al aborto incompleto en las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan. [Tesis de licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Privada Telesup; 2018. [Fecha de acceso 26 de enero del 2020]. URL disponible en: <https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/298>
20. Cabrera E. Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Laura Ester Rodriguez Dulanto, Lima-Perú, de enero – junio del 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima – Perú: Universidad San Juan Bautista; 2017. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/624>
21. Laurente L. Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte. [Tesis de licenciatura]. Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma; 2015. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/biblioteca/download.php?transparencia=75>.
22. Ventura R. Factores socioeconómicos y antecedentes de aborto en adolescentes Hospital de apoyo la caleta - Chimbote. [Tesis de licenciatura]. Ancash – Perú: Universidad Nacional del Santa; 2012. [Fecha de acceso 29 de junio del 2020]. URL disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2302>

23. Factores de riesgo [Base de datos en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
24. Crespo M, López Sastre J, Ramos A, Olmedo F, Rodríguez A. Aumentación del recién nacido y factores sociales. Estudio de una muestra estadísticamente significativa. (2010) Bol Soc Cast Ast Leen Pediatr. XVII: 357—365.
25. Upichihua H. Factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes. Iquitos – Perú. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Analfabetismo. Perú: INEI; 2019.
27. Ingreso económico [Base de datos en línea]. España: Eco-finanzas; 2019. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: <https://www.eco-finanzas.com/index.htm>
28. Riesgo reproductivo. [Base de datos en línea]. Ecuador: Rehabilitación temprana; 2015. [Fecha de acceso 20 de enero del 2020]. URL disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf
29. Organización Mundial de la Salud. Índice de masa corporal: Ginebra: OMS; 2015.
30. Espitia F., Orozco L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Medicas UIS. 2013; 26(3) 1 – 6. [Fecha de acceso 20 de enero del

- 2020]. URL disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005
31. Narkowicz S, Plotka J, Polkowska Z. Prenatal exposure to substance of abuse: A worldwide problema. *Environ Int.* 2013; 54: 14-163.
32. Organización Mundial de la Salud. Control prenatal: Ginebra: OMS; 2015. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020]. URL disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
33. Camacho B. Factores asociados a retardo de crecimiento intrauterino en el Hospital Regional De Loreto 2015. [Tesis para optar título profesional]. Iquitos – Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2016.
34. Aborto espontaneo. [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Manual MSD versión para profesionales; 2017. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/aborto-espontáneo>
35. Echevarria J., Sarmiento E., Osoreo F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta Médica Peruana.* 2006; 23 (1): 4. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006

36. Intervalo intergenésico. [Base de datos en línea]. España: EUSTAT. 2019. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_255/elem_1840/definicion.html
37. Misoprostol para la interrupción del embarazo en el segundo o tercer trimestre en embarazos complicados por una anomalía fetal o después de la muerte fetal intrauterina. [Base de datos en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/induction-labour-4>
38. Los métodos anticonceptivos. [Base de datos en línea]. Madrid: Sanitas; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/ginecologia/exploraciones-ginecologia/san041994wr.html>
39. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad. Lima – Perú: MINSA; 2007. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf.
40. Shock Séptico. [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Manual MSD; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-críticos/sepsis-y-shock-séptico/sepsis-y-shock-séptico>

41. Embarazo ectópico. [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Manual MSD; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/embarazo-ectópico>
42. Examen de reagina plasmática rápida (RPR). [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Medlineplus; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003533.htm>
43. Prueba serológica para la sífilis (VDRL). [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Medlineplus; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003515.htm>
44. Examen de sangre Elisa. [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Medlineplus; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003332.htm>
45. Bombin M. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol.2019;84 (6): 460-468. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>.
46. Shock hipovolémico. [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Medlineplus; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000167.htm>

47. Histerectomía. [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Medlineplus; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/hysterectomy.html>
48. Metrorragia. [Base de datos en línea]. Estados Unidos de América: Cuidateplus; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/metrorragia.html>
49. Transfusión sanguínea. [Base de datos en línea]. España: Consejería de salud; 2020. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <http://transfusion.granada-almeria.org/actividad/transfusion-sanguinea>
50. Hernández R. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: MC GRAW HILL; 2014.
51. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra: AMM; 2015. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2020] URL disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

**ANEXO N° 01: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO
INCOMPLETO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, HOSPITAL VÍCTOR
RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2019.**

Fecha: N° de Hcl:

Factores de riesgo asociados

Factores sociodemográficos

1. Procedencia
 - a) Urbana
 - b) Rural
2. Grado de instrucción
 - a) Sin estudios, primaria
 - b) Secundaria, superior
3. Ocupación
 - a) Trabajadora independiente
 - b) Trabajadora dependiente, ama de casa
4. Estado civil
 - a) Sin unión civil
 - b) Con unión civil
5. Ingreso economico
 - a) \leq 930 nuevos soles
 - b) \geq 930 nuevos soles

Factores biológicos

6. Edad
 - a) \leq 19 años y \geq 35 años
 - b) 20 – 34 años
7. Índice de masa corporal
 - a) Bajo peso, sobrepeso
 - b) Normal
8. Anemia
 - a) Si

b) No

9. Hábitos nocivos

a) Si

b) No

Factores obstétricos

10. Control prenatal

a) ≥ 6 controles

b) < 6 controles

11. Numero de gestaciones

a) Primigesta

b) Multigesta

12. Antecedente de aborto

a) Si

b) No

13. Amenaza de aborto actual

a) Si

b) No

14. Antecedente de infecciones del tracto urinario

a) Si

b) No

15. Periodo intergenesico

a) 1 año

b) < 1 año

16. Uso de misoprostol para provocar el aborto

a) Si

b) No

17. Uso de método anticonceptivo

a) Si

b) No

Aborto incompleto

a) Si

b) No

