



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Factores demográficos y obstétricos relacionados al aborto
incompleto espontaneo.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Torres Arteaga, Lisbeth Yeraldin (orcid.org/0000-0003-0447-7378)

ASESOR:

Dr. Urrunaga Pastor, Diego Alonso (orcid.org/0000-0002-8339-162X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Perinatal e Infantil

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO — PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres Teodoro Torres y Amelia Arteaga. Gracias por su apoyo incondicional durante este largo camino. Sin ustedes de mi lado nada hubiese sido posible. Dios los bendiga y los cuide siempre.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la fortaleza de luchar siempre por mis sueños, a mis padres por ser los pilares en mi vida y enseñarme la importancia de la humildad y solidaridad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenido	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	12
3.3. Población, muestreo y muestra	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	16
3.5. Procedimientos	16
3.6. Método de análisis de datos.....	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	25
VII. RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS	27
ANEXOS	31

Índice de tablas

Tabla 1: Factores demográficos de las pacientes con aborto incompleto atendidas un hospital durante el periodo 2022	19
Tabla 2: Factores demográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en un hospital durante el periodo 2022	20
Tabla 3: Factores obstétricos de las pacientes con aborto incompleto atendidas en un Hospital durante el periodo 2022.	21
Tabla 4: Factores obstétricos relacionados con aborto incompleto atendidas en un hospital durante el periodo 2022.	22

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores demográficos y obstétricos relacionados al aborto incompleto en pacientes gestantes atendidas en el Hospital La Caleta durante el 2022. Nuestra población de estudio estuvo constituida por 264 las gestantes, 132 con diagnóstico de aborto incompleto y 132 sin diagnóstico de aborto incompleto que fueron atendidas en el Hospital La Caleta durante el periodo 2022 y que cumplieron con los criterios de selección. Se recolecto la información mediante las historias clínicas, para determinar si existe relación significativa entre los factores demográficos y obstétricos y el aborto incompleto se aplicó la prueba Chi Cuadrado para relación de factores. Si P es menor de 0,05 existirá asociación significativa. Se obtuvieron los siguientes resultados: los factores demográficos relacionados al aborto incompleto fueron: La edad materna ($p=0.021$), la procedencia ($p=0.016$) y el estado civil ($p=0.011$). Los factores obstétricos que estuvieron relacionados al aborto incompleto fueron la edad gestacional ($p=0.031$), al igual que el número de gestas ($p=0.042$), tener antecedente de aborto ($p=0.001$). Se concluye que los factores demográficos que se relacionan con el aborto son la edad materna, la procedencia y el estado civil; mientras que los factores obstétricos relacionas al aborto son la edad gestacional, el numero de gestas y el haber tenido antecedente de aborto.

Palabras clave: Factores asociados, aborto incompleto, gestantes

ABSTRACT

The present study aimed to identify the demographic and obstetric factors related to incomplete abortion in pregnant patients attended at Hospital La Caleta during 2022. Our study population consisted of 264 pregnant women, 132 with a diagnosis of incomplete abortion and 132 without a diagnosis of incomplete abortion who were attended at La Caleta Hospital during 2022 and who met the selection criteria. The information was collected through medical records, to determine if there is a significant relationship between demographic and obstetric factors and incomplete abortion, the Chi-square test was applied for the relationship of factors. If P is less than 0.05 there is a significant association. The following results were obtained: the demographic factors related to incomplete abortion were: maternal age ($p=0.021$), origin ($p=0.016$) and marital status ($p=0.011$). Obstetric factors that were related to incomplete abortion were gestational age ($p=0.031$), as well as number of gestations ($p=0.042$), history of abortion ($p=0.001$). It is concluded that the demographic factors related to abortion are maternal age, origin and marital status; while the obstetric factors related to abortion are gestational age, number of gestations and having a history of abortion.

Keywords: Associated factors, incomplete abortion, pregnant women

I. INTRODUCCIÓN

El procedimiento del aborto es una práctica médica común que atrae la atención a nivel mundial debido a sus implicaciones en la morbilidad materna (1). Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera aborto a la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un producto que tiene un peso inferior a 500 g (2). En la clasificación de aborto espontáneo, el aborto incompleto hace referencia a la eliminación parcial de la concepción de la cavidad uterina, visible en el orificio cervical externo o en la cavidad vaginal (3).

A nivel mundial, se registran aproximadamente 73 millones de abortos anuales, siendo el 61% de los embarazos no deseados, de los cuales el 29% son interrumpidos voluntariamente (4). En el caso de Perú, el 19% de mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 49 años informa haber tenido un aborto, siendo más prevalente en los niveles socioeconómicos C y D/E, con un 9% de educación primaria completa, 46% con educación secundaria, y 45% con educación superior. El aborto incompleto es el tipo más frecuente, y su práctica está penalizada en el país desde 2018. Entre los factores determinantes se encuentran adolescentes en estudios secundarios, mujeres de bajos recursos, convivientes, residentes de áreas rurales y mujeres dedicadas al hogar (5,6).

La mayor parte de los abortos incompletos espontáneos, que representan el 50%, son atribuibles a anomalías cromosómicas y son inevitables (6). Sin embargo, hay casos prevenibles relacionados con etiologías modificables y factores de riesgo como la edad avanzada, condiciones maternas, anomalías uterinas, exposición a teratógenos, atención prenatal inadecuada, falta de ella, traumatismos pélvicos o abdominales (7). Se observa un aumento significativo de casos en naciones en desarrollo, donde la interrupción del embarazo es más frecuente, así como entre mujeres en regiones donde no está legalmente permitido, con acceso limitado a servicios médicos adecuados (3,8).

En los casos de abortos incompletos espontáneos, el enfoque más práctico implica el manejo expectante con monitoreo obstétrico frecuente y niveles de beta-hCG. La mayoría de estas mujeres expulsarán naturalmente los fragmentos

de la procreación sin necesidad de alguna intervención médica o cirugía adicional (9). Las posibles complicaciones abarcan hemorragia grave o sepsis debido a un aborto séptico incompleto. Existen diversas complicaciones posibles que pueden manifestarse tras un procedimiento de manejo de aborto incompleto, entre las que se incluyen consecuencias tan graves como el fallecimiento, la ruptura uterina, la perforación uterina, la necesidad de someterse a una histerectomía posterior, la disfunción orgánica multisistémica, infecciones en la pelvis, daños en el cuello uterino, síntomas gastrointestinales como vómitos y diarrea, problemas de fertilidad y efectos psicológicos adversos (8). Por todo lo expuesto, nos planteamos lo siguiente; ¿Cuáles son los factores demográficos y obstétricos relacionados al aborto incompleto?

Justificación del proyecto

El problema de salud pública a nivel global radicado en la frecuencia y consecuencias potencialmente letales del aborto es significativo. Este procedimiento puede acarrear consecuencias físicas y psicológicas de largo alcance. En el hospital de estudio, no se ha llevado una investigación que explore la conexión entre características demográficas y obstétricas como posibles factores de riesgo para el aborto incompleto. Esta investigación proporcionaría un aporte significativo en el ámbito del primer nivel de atención de salud, permitiendo la aplicación de políticas y estrategias para identificar y reducir los factores de riesgo, así como sus consecuencias. El proyecto de investigación propuesto facilitará la identificación de posibles determinantes para la ocurrencia del aborto incompleto espontáneo, vinculando factores demográficos y obstétricos. Este enfoque posibilitará la formulación de estrategias preventivas y la promoción de cuidados necesarios en relación con este tema.

En el manejo de casos de aborto, la obtención de una historia clínica completa y detallada en lo que respecta a la etiología y los elementos de riesgo resulta crucial. Es esencial conocer la existencia de un control prenatal adecuado, las fechas exactas del último ciclo menstrual y del parto, así como la cantidad y evaluación del sangrado en curso. El aborto incompleto suele manifestarse con sangrado vaginal moderado a intenso, acompañado de dolor abdominal inferior

y/o pélvico suprapúbico, irradiándose a la parte inferior de la espalda, nalgas, genitales y perineo. En la mayoría de las situaciones, el examen pélvico revelará un orificio cervical abierto con productos de la concepción fácilmente visibles (10).

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores demográficos y obstétricos relacionados al aborto incompleto espontáneo.

HIPÓTESIS

Alternativa:

La presencia de factores demográficos y obstétricos guarda una asociación con el aborto incompleto en mujeres embarazadas atendidas en un hospital durante el año 2022.

Nula:

No existe asociación entre los factores demográficos y obstétricos y la presencia de aborto incompleto en mujeres embarazadas atendidas en un hospital durante el año 2022.

II. MARCO TEÓRICO ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gebretsadik A. (Etiopia 2018), El propósito del estudio fue reconocer los elementos vinculados con los resultados de la situación de aborto incompleto. Se observó la presencia de 180 casos (96.7%) en los que el estudio sobre el aborto se llevó a cabo de manera incompleta. Dentro de este grupo, se evidenció que el 53.3% de las mujeres que experimentaron un aborto incompleto se encontraban dentro del grupo de edad comprendido entre 18 y 25 años. La intervención quirúrgica se empleó en más de la mitad de los casos de aborto incompleto registrados, específicamente en 122 casos, lo que representa el 67.8% del total. La etapa gestacional en la que tiene lugar el aborto (OR = 3.39, IC95% 1.29-8.89) y la búsqueda tardía de ayuda médica (OR=2.96, IC95% 1.04-8.4) se asociaron significativamente con un resultado de manejo desfavorable. La búsqueda tardía de atención médica y la consulta después del primer

trimestre se relacionaron significativamente con resultados de manejo desfavorables (3).

En resumen, este estudio se enfocó en identificar factores asociados con resultados de aborto incompleto. Se encontró una prevalencia significativa en mujeres jóvenes de 18 a 25 años, y la intervención quirúrgica fue comúnmente utilizada en una proporción superior al 50% de las situaciones. La edad gestacional al momento del aborto y la búsqueda tardía de ayuda médica fueron factores clave asociados con resultados desfavorables en el manejo de estos casos. La importancia de buscar atención médica temprana, especialmente antes del primer trimestre, se destacó como un elemento crucial para un manejo exitoso del aborto incompleto.(3).

Paszkowski M, et al (Polonia, 2016) se condujo una investigación con el propósito de examinar la influencia de factores de riesgo no somáticos específicos en la pérdida temprana del embarazo. La muestra del estudio consistió en 242 mujeres hospitalizadas que presentaban diversas categorías clínicas de aborto. Se observó un impacto notable en el riesgo de aborto en relación con factores como la exposición al estrés en el hogar y la limitación en las horas de sueño nocturno. En contraste, aspectos como los riesgos laborales, la dieta, el estrés, las labores domésticas intensas, así como el consumo de cigarrillos o alcohol, no mostraron una influencia significativa en el riesgo de aborto dentro de la población analizada. En resumen, los hallazgos del estudio ratifican la complejidad en la etiopatogenia de la pérdida temprana del embarazo (11).

Feodor Nilsson S, et al. (Dinamarca 2014), Buscó reconocer los elementos de riesgo que se pueden cambiar en el aborto y calcular la proporción de abortos que podrían evitarse al abordar estos factores. Se analizaron un total de 88,373 embarazos. Los factores de riesgo previos al embarazo que se podrían modificar y que estaban asociados con un mayor riesgo de aborto incluyeron la edad de 30 años o más en el momento de la concepción, bajo peso y obesidad. Durante el embarazo, los elementos de riesgo que se pueden modificar incluyen la ingesta de alcohol, levantar más de 20 kg diarios y trabajar en horario nocturno. Se estimó que el 25.2% de los abortos podrían prevenirse al reducir todos estos

factores de riesgo a niveles bajos. La modificación de los factores de riesgo antes y durante el embarazo podría conducir a la prevención del 14.7% y 12.5% de los abortos, respectivamente. La edad de la madre al momento de la concepción y el consumo de alcohol fueron identificados como los factores de riesgo más significativos (12)

Fan X, Wang W, (Tíbet, 2014), Realizó una investigación con la finalidad de analizar la condición actual y los factores de riesgo del aborto en mujeres de etnia tibetana en edad reproductiva que residen en áreas rurales. La muestra consistió en 1,557 mujeres embarazadas incluidas en el estudio. La proporción de aborto espontáneo respecto al total de mujeres embarazadas fue del 7.6%, y la tasa de aborto se situó en el 7.9%. La relación entre el número de mujeres que vivieron la experiencia de un aborto en comparación con el total de mujeres encuestadas fue del 11.0%. El embarazo se destacó como la principal causa de aborto, y la amenaza de aborto mostró un aumento en mujeres con más de 3 embarazos. Los riesgos asociados con el aborto estuvieron vinculados al número de embarazos, mientras que las características sociodemográficas no mostraron una asociación significativa con la incidencia de aborto (13).

Blais L, et al (Canadá, 2013) Realizó un estudio con el objetivo de investigar la posible relación entre mujeres que padecen asma, especialmente aquellas con asma grave o no controlada, y la probabilidad elevada de experimentar abortos, tanto espontáneos como inducidos. Construyó una cohorte que abarcó embarazos de mujeres asmáticas (n = 15,107) y no asmáticas (n = 34,331). Definió el asma considerando al menos un diagnóstico de asma y la dispensación de una receta de medicamentos para el asma en los 2 años previos o durante el embarazo. La gravedad y el control del asma se evaluaron utilizando índices validados en el año previo a la semana 20 del embarazo o la interrupción del mismo. La prevalencia de abortos espontáneos e inducidos fue del 15.9% y 29.5%, respectivamente. Se encontró que el asma materna se asociaba a un aumento en la probabilidad de experimentar abortos espontáneos (OR=1.41; IC95%: 1.33-1.49) y una disminución del riesgo de abortos inducidos (OR=0.92; 0.88-0.97). Además, se observó que el riesgo de aborto espontáneo aumentaba en un 26% con el asma no controlada (IC 95%: 14-41%), y el riesgo de aborto inducido aumentaba en un 11% (IC 95%: 1-21) (14).

Paillacho et al. (Quito, 2019) En esta investigación, se investigaron los elementos demográficos y obstétricos que influyen en la prevalencia de abortos en mujeres en edad fértil. Entre estos, se identificaron aspectos sociodemográficos como la edad en el rango de 10 a 29 años, un nivel educativo bajo y la carencia de una relación conyugal establecida. Además, se observaron factores clínicos obstétricos tales como la falta de conocimiento sobre el embarazo, incidentes relacionados con caídas y antecedentes de abortos previos, siendo estos factores altamente asociados con un incremento significativo en el riesgo de aborto durante las primeras etapas de la gestación (15).

ANTECEDENTES NACIONALES

Walter Gómez-Gonzales (Cusco, 2020) El presente estudio se centró en examinar los factores socioculturales y obstétricos asociados a abortos incompletos. Se incluyeron un total de 140 mujeres diagnosticadas con aborto incompleto y 140 mujeres con embarazo normal. El análisis se realizó mediante la prueba X², arrojándose asociaciones significativas entre edad mayor de 35 años, estado civil soltero o casado, nivel educativo primario, multiparidad, edad gestacional ≤ 12 semanas e infección urinaria. El análisis multivariado reveló asociación significativa entre edad materna >35 años, soltería, multiparidad, y edad gestacional ≤ 12 semanas.(16).

Valverde B, (Lima 2016) El objetivo principal fue identificar las características epidemiológicas inherentes y las complicaciones asociadas en mujeres diagnosticadas con aborto incompleto. La población incluida en el diagnóstico de aborto incompleto fue de 16,085 individuos. Se observó que el grupo de pacientes con este diagnóstico estaba mayoritariamente conformado por mujeres de edades entre 21 y 34 años, representando el 61.4% del total. Estas mujeres residían principalmente en el Distrito de Comas y la gran mayoría mantenía una relación de convivencia (70.5%). En resumen, se concluye que los pacientes de la muestra que recibieron el diagnóstico de aborto incompleto espontáneo se encontraban mayormente en la franja etaria de 21 a 34 años (17).

Ramos K (Lima 2019) En su tesis, la autora investigó factores asociados al aborto incompleto analizando 252 historias clínicas, divididas en 126 casos de aborto incompleto y 126 de gestaciones normales. Entre los factores examinados se encuentran estado civil, lugar de origen, nivel educativo, ocupación, número de embarazos previos, patologías de transmisión sexual y antecedentes de procedimientos médicos. Se identificaron como riesgos significativos la soltería, residir en zona urbana, niveles educativos primario o secundario, ser estudiante o ama de casa, tres o más embarazos previos, infecciones de transmisión sexual y procedimientos médicos previos. Específicamente, las infecciones de transmisión sexual (odds ratio [OR] = 1,8; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1,1-3,1) y los procedimientos médicos previos (OR = 2,2; IC 95% = 1,3-3,8) se destacaron como factores de riesgo más pronunciados. En conclusión, la ausencia de pareja urbana, residencia en entornos urbanos, niveles educativos primarios o secundarios, roles como estudiante o ama de casa, múltiples embarazos, antecedentes de infecciones de transmisión sexual y procedimientos médicos previos aumentan la vulnerabilidad al aborto incompleto (18).

Morales HL (Lima 2019) En la investigación, se buscó establecer la conexión que se establece entre los elementos socio-demográficos y la ocurrencia de abortos incompletos. Se centraron en la franja de edad de 15 a 35 años, destacando que la mayoría de los pacientes procedían del Callao, con un 57.7% de representación. Además, se observó que la tasa de desempleo entre los pacientes alcanzó un notable 76.8%. Los resultados obtenidos generaron una Odds Ratio (OR) de 1.641, con un valor p de 0.03.

Interpretando los hallazgos, se llega a la conclusión de que el desempleo emerge como un factor significativo que contribuye a la ocurrencia de abortos incompletos. La presencia de desempleo en esta población específica parece estar asociada de manera estadísticamente significativa con un mayor riesgo de enfrentar abortos incompletos, según la Odds Ratio calculada y la significancia estadística del valor p (19).

El Aborto

La definición del aborto según la OMS se centra en la expulsión de un embrión o feto, de 500 gramos por debajo o igual en peso, a través del útero de la madre. Este proceso suele tener lugar en un periodo gestacional que se sitúa comúnmente entre las 20 y 22 semanas. No obstante, es crucial destacar que, en situaciones de los abortos retenidos, donde no se produce la expulsión espontánea, es necesario ajustar y afinar la definición. De esta manera, podemos precisar que el aborto se refiere a la interrupción de un embarazo que no ha alcanzado las 20 a 22 semanas, o a la pérdida de un embrión o feto por debajo de los 500 gramos en peso. Esta clarificación busca capturar con mayor precisión los distintos escenarios y variaciones que pueden presentarse en las situaciones de aborto, brindando una definición más específica y detallada (20).

Tipos de aborto:

- **Aborto espontáneo:**

La SEGO establece que el aborto espontáneo consiste en la expulsión o retirada del útero materno del embrión o feto, con un peso inferior a 500 gramos. Este fenómeno puede tener lugar previo a las 22 semanas de gestación e involucra cualquier producto gestacional completamente inviable, como huevos no embrionarios o mola hidatiforme, independientemente de la edad gestacional.

Dentro de esta definición, se establece una distinción temporal esencial: el aborto precoz, que se presenta antes de las 22 semanas de gestación, mientras que el aborto tardío se manifiesta después de las 12 semanas de gestación. Esta clasificación temporal brinda un enfoque detallado para entender y abordar las distintas situaciones clínicas asociadas con el aborto espontáneo (21).

Clasificación del aborto espontáneo

- **Amenaza de aborto.**

Se refiere a la expulsión temprana del feto, manifestándose a través de síntomas que incluyen la emisión de sangre por el aparato genital antes de la semana

veinte de gestación. Estos síntomas varían desde una secreción mucosa con presencia de sangre hasta un sangrado más evidente, acompañado o no de contracciones uterinas. Es importante destacar la ausencia de apertura cervical y la no expulsión de los productos de la concepción.

El paciente experimenta dolor cólico hipogástrico, generalmente acompañado de una metrorragia escasa. No se observan alteraciones en el cuello del útero. El diagnóstico clínico se sospecha ante la presencia de flujo sanguinolento o sangrado vaginal por la abertura cervical, fenómeno típico durante las primeras etapas del embarazo, afectando alrededor del 20-25% de las mujeres. Esta condición puede persistir por días o semanas, y se calcula que alrededor de la mitad de estas situaciones resultarán en un aborto., a pesar del riesgo inherente. En raras ocasiones, se observa actividad cardíaca fetal en el monitoreo (22).

- **Abortos inminentes**

La mitad de los casos anteriores experimentan una evolución patológica que se manifiesta a través de un incremento en el sangrado y en contracciones de intensidad comparables a las que se experimenta durante el trabajo de parto. En el examen vaginal, se observan cambios en el cuello uterino, que incluyen acortamiento, ablandamiento y dilatación parcial. Además, es posible palpar los productos de la concepción. Este desarrollo conduce a la etapa de abortos consumados. El término "abortos inminentes" se utiliza para describir ciertas características obstétricas que indican la naturaleza irreversible al proceso o la necesidad de favorecer la expulsión o eliminación del feto además de sus membranas fetales asociadas (23).

- **Aborto en curso**

Se hace referencia al fenómeno en el cual se experimentan contracciones uterinas acompañadas de modificaciones en el cuello uterino, mientras que el contenido de la concepción permanece retenido en la cavidad del útero. En estos casos, todas las pacientes eventualmente experimentan la expulsión del producto. A medida que el cuello uterino se dilata (con una apertura cervical

interna superior a 8 mm), tanto el sangrado como el dolor aumentan en intensidad.

La identificación de los restos ovulares puede llevarse a cabo mediante la especuloscopia del orificio cervical uterino o la exploración del canal vaginal en caso de que haya ocurrido la expulsión del producto de la concepción. Este proceso implica una serie de cambios físicos y sintomáticos que, a medida que se desarrolla, puede proporcionar información valiosa sobre la progresión y el resultado del evento (24).

- **Aborto incompleto**

Conforme a la SEGO, se distingue por la eliminación parcial del producto de la concepción, donde se evidencian signos de dilatación cervical y la presencia de tejidos gestacionales en la cavidad vaginal o el cuello uterino. Además, se observa que el tamaño uterino es inferior a lo esperado. Los productos de gestación retenidos pueden abarcar el embrión, la placenta o las membranas.

Este fenómeno se manifiesta con un dolor cólico abdominal intenso, abundante sangrado uterino, modificaciones cervicales que incluyen un cuello uterino permeable, e incluso la palpación de productos de la concepción retenidos en el cérvix, con una altura uterina ligeramente inferior a la esperada. La ecografía transvaginal revela la presencia de restos de la procreación en la cavidad endometrial, donde el grosor endometrial es igual o superior a 15 mm. Es importante destacar que se observa una mayor incidencia de este fenómeno en los abortos realizados después de las 10 semanas de gestación (25).

- **Aborto séptico**

La "infección uterina" es un término que se utiliza para referirse a complicaciones infecciosas graves que pueden surgir en casos de abortos, ya sean espontáneos o inducidos (26). La endomiometritis es la infección más común después del aborto, y puede haber casos de parametritis, peritonitis, sepsis e incluso endocarditis. Los patógenos asociados incluyen *Staphylococcus Aureus*, bacterias Gram negativas y algunos cocos Gram positivos. Los síntomas

incluyen hipertermia, temblores, alteraciones generales, molestias abdominales y hemorragia vaginal, a menudo con secreciones purulentas. El examen revela úteros blandos con cuello dilatado y sangrado genital, purulento o no. El análisis de laboratorio muestra un aumento en los glóbulos blancos con desviación a la izquierda.

Las mujeres que han experimentado abortos no legalizados tienen una mayor prevalencia de infecciones uterinas, lo que puede resultar en morbilidad significativa y, en casos extremos, en la muerte. La septicemia requiere tratamiento urgente con antibióticos intravenosos y evacuación uterina (27).

- **Abortos inducidos.**

Se hace referencia a las acciones médicas directas destinadas a la interrupción del embarazo, las cuales pueden llevarse a cabo dentro de un marco legal o ilegal. Se estima que anualmente se realizan más de cuarenta millones de procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo a nivel global.

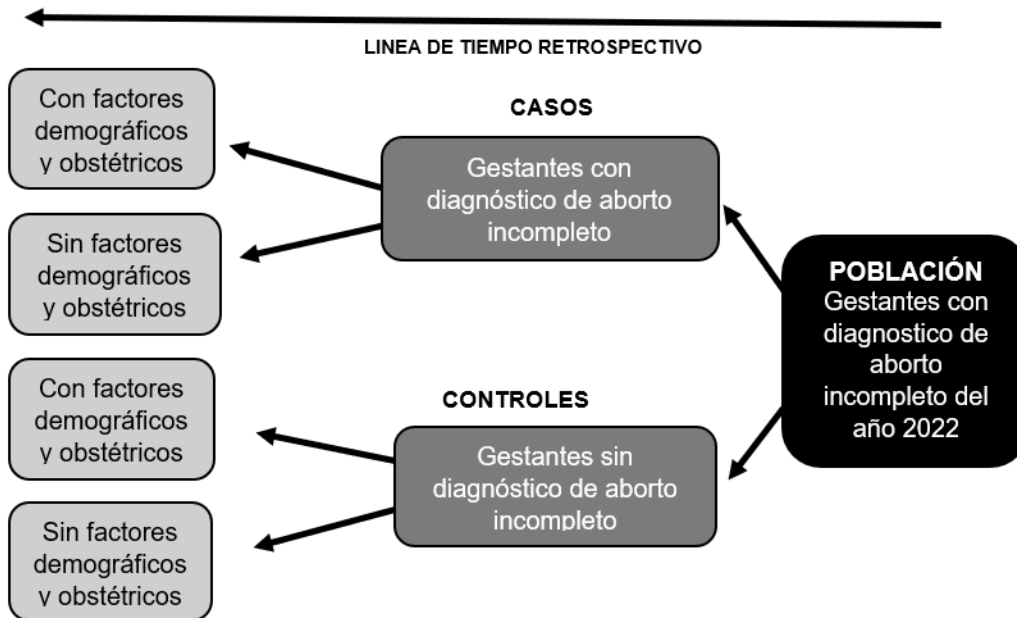
Según las investigaciones de Schwartz, los abortos inducidos se definen como aquellos procedimientos en los que se toma una decisión deliberada para poner fin al embarazo. La clasificación del aborto puede basarse en el período gestacional, siendo considerado temprano si ocurre antes de las doce semanas, y tardío si se lleva a cabo a partir de las doce semanas o más (28).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: Aplicada

Diseño de investigación: Observacional retrospectivo de casos y controles



3.2. Variables y operacionalización

Variable dependiente:

Abortos incompletos: Un aborto incompleto se refiere a la condición en la cual una porción de los productos de la concepción, como el embrión o el feto, no es completamente expulsada del útero. Esto puede resultar en la apertura parcial del cuello uterino y la presencia de tejidos gestacionales en la vagina o el cérvix. En otras palabras, el proceso de aborto no se ha completado adecuadamente, y se requiere intervención médica para asegurar la evacuación completa de los productos de la concepción.(25).

Variable independiente:

- **Variable independiente 1: Factores demográficos:**

Edad:

La edad del individuo registrada al recopilar información en el expediente médico. Se observa un aumento en las probabilidades de aborto cuando la edad materna es mayor a 35 años,

principalmente debido a la presencia de anomalías cromosómicas como las trisomías (29).

Procedencias:

La residencia en áreas urbanas o rurales impacta en las opciones disponibles para las mujeres. Aquellas que viven en entornos urbanos tienen acceso a una variedad de elecciones en términos de patrones, mentalidades, comportamientos y formas de vida, en contraposición a aquellas que viven en áreas rurales. (18).

Estado civil:

Hace referencia al estatus legal de cada individuo dentro del entorno familiar y social, otorgándole la capacidad de ejercer ciertos derechos y asumir responsabilidades específicas (18).

Grados de instrucción:

Se trata del nivel educativo más alto alcanzado en los estudios completados o en curso en la actualidad (19).

Ocupación:

Se refiere a la labor que realiza la paciente en el ámbito laboral (17).

Variable Independiente 2: Factores obstétricos:

Incluye todas las variables que afectan la salud en los aspectos sexuales y reproductivos de las mujeres. En este estudio, se investigarán la duración del embarazo, el historial de gestaciones, los antecedentes de abortos y el intervalo entre embarazos.

Edad gestacional

La cantidad de semanas transcurridas desde el inicio del último período menstrual regular de la madre hasta la fecha del parto (16).

Numero de Gestas:

Representa la cantidad de embarazos experimentados que ha tenido una mujer, independientemente del resultado (30).

Antecedentes de aborto:

Se basa en experiencias previas. Se ha observado que las mujeres con antecedentes de interrupción del embarazo tienen una tasa de aborto recurrente del 16% en el caso de un segundo aborto, mientras que aquellas con dos episodios anteriores tienen una probabilidad más elevada del 25% de experimentar una tercera interrupción (16).

Periodo intergenésico:

Es el lapso que transcurre desde el final de un embarazo hasta el inicio del siguiente. Cuando este intervalo es inferior a dos años, existe la probabilidad de experimentar complicaciones (22).

3.3. Población, muestreo y muestra**3.3.1 Población**

La indagación abarcó a 264 mujeres embarazadas que recibieron el diagnóstico de aborto incompleto y que fueron tratadas en el hospital durante el año 2022, cumpliendo con los criterios de selección establecidos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:**Criterios de inclusión**

- Mujeres embarazadas con diagnóstico de aborto incompleto
- Mujeres embarazadas con registros médicos completos.
- Abortos ocurridos durante el período de investigación.

Criterios de exclusión.

- Mujeres embarazadas con aborto total.

- Mujeres embarazadas con registros médicos incompletos.
- Abortos incompletos ocurridos fuera del período de investigación.

Población de estudio:

La totalidad de los expedientes médicos de pacientes diagnosticadas con aborto incompleto durante el año 2022 constituyó la población de estudio. El proceso de selección garantizó que se cumplieran estrictamente los criterios de inclusión y exclusión, lo que condujo a la realización de un censo poblacional, abarcando un número total de 264 pacientes. Este enfoque exhaustivo permitió capturar de manera integral la información de todas las pacientes que se ajustaban a los criterios establecidos, asegurando la representatividad y exhaustividad en la recolección de datos para la presente investigación.

3.3.2 Muestra

Se calculó el tamaño de muestra empleando la fórmula estadística correspondiente, para el tipo de estudio (31). El cual arroja una muestra de 132 casos y 132 controles.

Casos:

- Mujeres embarazadas con el diagnóstico de aborto incompleto.

Controles:

- Mujeres embarazadas sin el diagnóstico de aborto incompleto

3.3.3 Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple

3.3.4 Unidad de análisis

Estuvo integrada por cada mujer que recibió atención hospitalaria en el año 2022 y fue diagnosticada con aborto incompleto espontáneo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se procedió con la revisión de los expedientes médicos de mujeres atendidas en un hospital, donde se recopilaron las variables de interés mediante un formulario elaborado por la autora del estudio. Este formulario se estructuró en tres secciones: I) Diagnóstico de aborto incompleto, II) Factores demográficos que abarcan la información individual de cada paciente, y III) Factores obstétricos, que incluyen datos como la cantidad en número de embarazos, el tiempo gestacional, el periodo intergenésico y los historiales de aborto.

3.5. Procedimientos

En aras de realizar una investigación exhaustiva sobre el aborto incompleto, se obtuvo la debida autorización de la dirección hospitalaria para acceder a las historias clínicas de las mujeres atendidas durante el año 2022 con dicho diagnóstico. Este proceso, guiado por principios éticos y de confidencialidad, asegura el manejo adecuado de la información médica de las pacientes. Con la base de datos en mano, se procedió a una cuidadosa selección de gestantes que cumplen con los criterios de inclusión establecidos. Esta etapa es fundamental para garantizar la representatividad y validez de la muestra, aspectos cruciales para obtener resultados significativos y confiables. Posteriormente, la información seleccionada será transferida a un formato adecuado para llevar a cabo el análisis estadístico. Para esta tarea, se empleó Microsoft Excel 2021, reconocido por su eficacia en el procesamiento y manipulación de datos. Este análisis estadístico será clave para identificar patrones, tendencias y asociaciones relevantes en los factores demográficos y obstétricos vinculados al aborto incompleto. La metodología empleada tiene como objetivo mejorar la comprensión de los elementos que influyen en la prevalencia del aborto incompleto,

contribuyendo así al conocimiento científico en el campo de la salud reproductiva.

3.6. Método de análisis de datos

Se recurrió al software estadístico para ejecutar el análisis, empleando técnicas descriptivas como el cálculo de promedios, medianas y desviación estándar. La presentación de los datos se estructuró mediante tablas que reflejan frecuencias simples y porcentajes. Asimismo, se realizó un examen minucioso de las variables, empleando la prueba de chi cuadrado para aquellas de naturaleza cualitativa. Este enfoque estadístico proporcionará una comprensión más detallada y rigurosa de los resultados obtenidos en la investigación.

3.7. Aspectos éticos

Este estudio fue llevado a cabo con la venia del Comité de Investigaciones y Ética de la casa de estudios, Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, asegurando el cumplimiento de los principios éticos en cada etapa de la investigación. La confidencialidad de los datos recopilados fue una prioridad, preservando la privacidad de los pacientes mediante la exclusión de identificadores como números de historias clínicas y nombres(32). La información recabada se destinó únicamente a fines científicos, respetando la integridad y derechos de los participantes. Se adoptaron medidas para evitar procedimientos que pudieran causar perjuicio a los involucrados, destacando la importancia de la autonomía personal como un valor fundamental en la conducción ética de la investigación (33).

IV. RESULTADOS

Los factores demográficos de las gestantes con y sin aborto incompleto atendidas en un hospital durante el 2022 son: el 5.3% (14) comprendían entre las edades 12-17 años, el 53.8 % (142) entre 18- 29 años y el 40.9 % (108) entre los 30- 49 años. El 71.5% (189) procedían de la zona urbana y 28.5% (108) de la zona rural. El estado civil de las gestantes fue 10.6% (28) solteras, el 17.8% (47) estaba casada, el 71.6% era conviviente. El grado de instrucción de las gestantes 1.6% (4) no tenían ningún nivel educativo, el 4.9% (13) tenían primaria incompleta, el 6.8% (18) tenían primaria completa, el 15.5% (41) tenían secundaria incompleta, el 58.7% (155) tenían secundaria completa, y el 12.5% (33) educación superior. La ocupación de las gestantes el 80.3% (212) era ama de casa, el 3.8% (10) estudiante, el 3.4% (9) profesional y el 12.5% (33) otras ocupaciones. (Tabla 1)

Tabla 1: Factores demográficos de las pacientes con aborto incompleto atendidas un hospital durante el periodo 2022

Factor demográfico	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	12-17 años	14	5.3%
	18-29 años	142	53.8%
	30-49 años	108	40.9%
			100%
Procedencia	Urbano	189	71.5%
	Rural	75	28.5%
			100%
Estado civil	Soltera	28	10.6%
	Casada	47	17.8%
	Conviviente	189	71.6%
	Divorciada	0	0%
	Viuda	0	0%
			100%
Grado de Instrucción	Sin ningún nivel	4	1.6%
	Primaria incompleta	13	4.9%
	Primaria completa	18	6.8%
	Secundaria incompleta	41	15.5%
	Secundaria completa	155	58.7%
	Superior	33	12.5%
		100%	
Ocupación	Ama de casa	212	80.3%
	Estudiante	10	3.8%
	Profesional	9	3.4%
	Otros	33	12.5%
			100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 2. La edad está relacionada con el aborto incompleto siendo más frecuente entre las edades de 12-17 años con un 71.4% y entre los 30- 49 años 67.5% ($p=0.021$). La procedencia está relacionada con el aborto incompleto de las gestantes siendo más frecuente en la zona urbana 57.7% y un 30.7% en la zona rural ($p=0.016$). El estado civil está relacionado con el aborto incompleto siendo más frecuente en las mujeres solteras 57.1% y luego en las casadas 53.1% ($p=0.011$). El grado de instrucción no se relacionó a aborto incompleto ($p=0.444$). La ocupación de las gestantes no se relacionó al aborto incompleto ($p=0.845$).

Tabla 2: Factores demográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en un hospital durante el periodo 2022

		Aborto incompleto				Valor p
		Si		No		
		n=132	%	n=132	%	
Edad	12-17 años	10	7.6	4	3.0	0.021*
	18-29 años	49	37.1	93	70.5	
	30-49 años	73	55.3	35	26.5	
			100		100	
Procedencia	Urbano	109	82.6	80	60.6	0.016*
	Rural	23	17.4	52	39.4	
			100		100	
Estado civil	Soltera	16	12.2	12	9.1	0.011*
	Casada	25	18.9	22	16.7	
	Conviviente	91	68.9	98	74.2	
	Divorciada	0	0	0	0	
	Viuda"	0	0	0	0	
			100		100	
Grado de Instrucción	Sin ningún nivel	1	0.8	3	2.3	0.444*
	Primaria incompleta"	4	3.0	9	6.8	
	Primaria completa	8	6.1	10	7.6	
	Primaria completa	22	16.7	19	14.4	
	Secundaria incompleta	80	60.6	75	56.8	
	Secundaria completa	17	12.8	16	12.1	
	Superior					
			100		100	
Ocupación	Ama de casa	96	72.7	116	87.9	0.845*
	Estudiante	4	3.0	6	4.5	
	Profesional	5	3.8	4	3.0	
	Otros	27	20.5	6	4.5	
			100		100	

(*) Chi cuadrado, $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 3. Los factores obstétricos de gestantes con y sin aborto incompleto atendidas en un hospital durante el periodo 2022 son: el 27.2% (72) de las gestantes tenían una edad gestacional de 4 – 9 semanas, el 51.5% (136) tenían

entre 10 -15 semanas y el 21.3% (56) tenían entre 16 – 22 semanas. El 30.3% (80) fue primigesta, el 30.3% (80) fue segundigesta, el 34.1% (90) fue multigesta y el 5.3% (14) fue gran multigesta. El 80.3% (212) tenía antecedente de aborto y 19.7% (52) no tenía antecedente de aborto. El 43.1% (114) tenía un periodo intergenésico corto < a 2 años y el 56.9% (150) tenía un periodo largo.

Tabla 3: Factores obstétricos de las pacientes con aborto incompleto atendidas en un Hospital durante el periodo 2022.

Factor demográfico	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad gestacional	4 – 9 semanas	72	27.2%
	10 -15 semanas	136	51.5%
	16 – 22 semanas	56	21.3%
			100%
Número de gestas	Primigesta	80	30.3%
	Segundigesta	80	30.3%
	Multigesta	90	34.1%
	Gran Multigesta	14	5.3%
			100%
Antecedentes de aborto	No	52	19.7%
	Si	212	80.3%
			100%
Periodo intergenésico	Corto < 2 años	114	43.1%
	Largo > 4 años	150	56.9%
			100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 4, se observa una asociación entre la edad gestacional y el aborto incompleto ($p=0.031$), así como con el "número de gestas" ($p=0.042$) y la presencia de antecedentes de aborto ($p=0.001$).

Tabla 4: Factores obstétricos relacionados con aborto incompleto atendidas en un hospital durante el periodo 2022.

		Aborto incompleto				Valor p
		Si		No		
		n=132	%	n=132	%	
Edad gestacional	4 – 9 semanas	16	12.1	56	42.4	0.031*
	10 -15 semanas	87	65.9	49	37.1	
	16 – 22 semanas	29	22.0	27	20.5	
			100		100	
Numero de gestas	Primigesta	32	24.2	48	36.4	0.042
	Segundigesta	51	38.6	29	22.0	
	Multigesta	48	36.4	42	31.8	
	Gran Multigesta	1	0.8	13	9.8	
			100		100	
Antecedentes de aborto	Si	129	97.7	83	62.9	0.001*
	No	3	2.3	49	37.1	
			100		100	
Periodo intergenésico	Corto < 2 años	32	24.2	82	62.1	0,444
	Largo > 4 años	100	75.8	50	37.9	
			100		100	

(*) Chi cuadrado, $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

Fuente: Base de datos

V. DISCUSION

El aborto, definido como la pérdida o expulsión del embarazo hasta antes de las 22 semanas de gestación, abarca diversos tipos, como amenaza de aborto, inevitable, incompleto, completo, séptico y retenido. En este estudio, se examinaron 264 gestantes atendidas en un hospital en 2022, donde 132 experimentaron aborto incompleto y 132 no presentaron esta condición. El objetivo fue identificar posibles vínculos entre factores demográficos y obstétricos con el aborto incompleto.

En la Tabla 2, se observó una relación significativa entre la edad de la progenitora en años y el aborto incompleto. La incidencia fue más alta en mujeres de 12 a 17 años (71.4%), seguida por aquellas de 30 a 49 años (67.5%), y luego en el grupo de 18 a 29 años (34.5%) ($p=0.021$). Esto sugiere que tanto una edad materna más temprana como más avanzada están asociadas con un mayor riesgo de aborto incompleto. Este resultado concuerda con estudios previos, como el de Magnus M. y colaboradores, se señala que existe un riesgo más bajo de aborto en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 29 años (10%), y este riesgo tiende a aumentar de manera progresiva después de los 30 años, alcanzando el 53% en mujeres añosas mayores o iguales a la edad de 45 años. Esta asociación se atribuye a la disminución de calidad y cantidad de óvulos, así como a tasas elevadas de anomalías cromosómicas embrionarias, más prominentes en mujeres mayores y adolescentes en comparación con aquellas en edad óptima (34, 35).

La procedencia está relacionada con el aborto incompleto de las gestantes siendo más frecuente en la zona urbana 57.7% y un 30.7% en la zona rural ($p=0.016$). Lo que contradice a otros estudios como el de Yogi A, et al, que sugiere mayores tasas de aborto entre las mujeres rurales,(36) y al de Martins-Melo F, un estudio brasileño que informa sobre una mayor concentración de abortos entre quienes residen en las regiones más desfavorecidas social y económicamente de ese país, debido a que no tienen un adecuado acceso a la salud o centros especializados (37).

En nuestro estudio el grado de instrucción no se relacionó a aborto incompleto ($p=0.444$). Esto difiere a otros estudios Biney A et al, mostraron que los años de escolaridad eran más altos para las mujeres que habían tenido abortos inducidos e incompletos y más bajos para aquellas que tuvieron nacimientos vivos (38). Lo que explicaría que la maternidad en la adolescencia afecta los niveles educativos de las mujeres debido a que experimentan significativamente menos años de escolarización en comparación con sus contrapartes que interrumpieron sus embarazos. En consecuencia, aparte de motivar a las madres jóvenes a proseguir con su educación, todas las demás acciones dirigidas a preservar la continuidad de las jóvenes en el ámbito educativo deben enfocarse en evitar y/o posponer los embarazos durante la adolescencia.

El estado civil está relacionado con el aborto incompleto siendo más frecuente en las mujeres solteras 57.1% y luego en las casadas 53.1% ($p=0.011$). Diferente al estudio realizado por Fernández, donde menciona que las pacientes con aborto incompleto eran más frecuentes en mujeres convivientes en un 52 %. (39). La ocupación de las gestantes que presentaron aborto incompleto fue de 45.3% amas de casa, 55.6 % profesionales, y un 81. 8% presentaban otras ocupaciones no se relacionó la ocupación con el aborto incompleto ($p=0.845$). Fernández, en su estudio también informo que el 90% de las mujeres que habían presentado aborto eran amas de casa (39)

En la tabla 4 la edad gestacional está relacionada con el aborto incompleto ($p=0.031$), las gestantes que presentaron más aborto incompleto tenían entre 10-15 semanas 63.9%. Este hallazgo difiere de la conclusión de Magnus M. et al, quienes indicaron que el riesgo de aborto era ligeramente superior en mujeres que presentaban un bajo peso para la edad gestacional entre las semanas 4 y 9. Esto se atribuye a la mayor incidencia de mutaciones cromosómicas en esa etapa gestacional (34).

En nuestro en la tabla 4. El tener antecedente de aborto se relacionó con el aborto incompleto, las mujeres con antecedente de aborto y que presentaron aborto incompleto fue de 60.8% ($p=0.001$). El mismo resultado informó Sánchez J. en su estudio donde menciona que uno de factores de riesgo principales que se relacionan con el aborto espontáneo es presentar antecedente de aborto; entre otros, (40). Así también el número de gestación está relacionado con el aborto incompleto, el aborto incompleto fue más frecuente en mujeres que tenían su segunda gestación con un 63.7% ($p=0.042$), Risch HA, en su estudio encontró que el riesgo de aborto espontáneo durante un embarazo determinado aumenta directamente con el número de abortos espontáneos anteriores, pero no está relacionado con el orden de los abortos espontáneos en todos los embarazos anteriores(41)

En nuestra investigación, no encontramos una relación significativa entre el periodo intergenésico, ya sea corto (<2 años) o largo (>4 años), y la incidencia de aborto espontáneo ($p=0,444$). Este resultado contrasta con los hallazgos de otros estudios, como el de Hegelund E et al. Según sus resultados, las mujeres

con un intervalo de embarazo de 0 a 5 meses experimentaron 18,7 (13,1-24,2) abortos espontáneos menos por cada 1.000 embarazos, en comparación con aquellas con un intervalo de embarazo de ≥ 60 meses, quienes experimentaron 28,7 (23,4 a 34,0) abortos espontáneos más por cada 1.000 embarazos (42).

VI. CONCLUSIONES

- La incidencia de aborto incompleto mostró ser más frecuente entre las franjas etarias comprendidas entre los 12 y 17 años, así como entre los 30 y 49 años, con un 71.4% y 67.5%, respectivamente ($p=0.021$). Este resultado sugiere un riesgo asociado tanto a la edad temprana como a la avanzada.
- Se logró observar una relación significativa entre el lugar de origen y el aborto incompleto. La frecuencia fue más alta en la zona urbana, con un 57.7%, en comparación con la zona rural que tuvo un 30.7% ($p=0.016$).
- El estado civil también se vinculó con la incidencia de aborto incompleto, siendo más frecuente en mujeres solteras con un 57.1%, seguido por las casadas con un 53.1% ($p=0.011$).
- La conexión entre la edad gestacional y el aborto incompleto reveló una mayor frecuencia entre las 10 y 15 semanas de gestación ($p=0.031$).
- Se identificó una relación entre la cantidad de gestaciones y la ocurrencia de aborto incompleto, sugiriendo que este factor también puede influir en la ocurrencia de la condición ($p=0.042$).
- Las mujeres con antecedentes de aborto mostraron una asociación de significancia con la incidencia respecto al aborto incompleto ($p=0.001$). Este hallazgo destaca la importancia de considerar la historia reproductiva al evaluar el riesgo de esta condición.

VII. RECOMENDACIONES

Es crucial que la administración hospitalaria provea a los obstetras con los recursos necesarios para detectar de manera oportuna los elementos de riesgo que podrían desencadenar un aborto y representar un peligro para la vida de la mujer. Además, se hace un llamado a los obstetras del hospital a reforzar las iniciativas y proyectos destinados a la prevención en la salud, en la planificación familiar, además de la educación en sexualidad, todos dirigidos a la comunidad en su conjunto. Asimismo, se sugiere colaborar con las autoridades para organizar y ejecutar iniciativas educativas sobre salud reproductiva y sexual, con un enfoque especial en los padres de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aborto [Internet]. [citado 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
2. Cattanach JF. Abortion. *Med J Aust.* 1979;1(5):182.
3. Gebretsadik A. Factors Associated with Management Outcome of Incomplete Abortion in Yirgalem General Hospital, Sidama Zone, Southern Ethiopia. *Obstet Gynecol Int.* 2018;2018:3958681.
4. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health.* septiembre de 2020;8(9):e1152-61.
5. Centro de Promoción y Prevención de los Derechos Sexuales. El Aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. [Internet]. 2019 [citado 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
6. Levy B, Sigurjonsson S, Pettersen B, Maisenbacher M, Hall M, Demko Z, et al. Genomic imbalance in products of conception: single-nucleotide polymorphism chromosomal microarray analysis. *Obstet Gynecol.* 2014;124(2 Pt 1):202-9.
7. Pawde A, Ambadkar A, Chauhan A. A Study of Incomplete Abortion Following Medical Method of Abortion (MMA). *J Obstet Gynaecol India.* 2016;66(4):239-43.
8. Othieno C, Babigumira JB, Richardson B. Are women with complications of an incomplete abortion more likely to be HIV infected than women without complications? *BMC Womens Health.* 2015;15:95.
9. Medical management of abortion [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 25 de junio de 2023]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536779/>
10. Birch J, Gulati D, Mandalia S. Cervical shock: a complication of incomplete abortion. *BMJ Case Rep.* 2017;2017:bcr2017220452.
11. Paszkowski M, Czuczwar P, Woźniak S, Paszkowska M, Szkodziak P, Patyra K, et al. Selected non-somatic risk factors for pregnancy loss in patients with abnormal early pregnancy. *Ann Agric Environ Med AAEM.* 2016;23(1):153-6.
12. Feodor S, Andersen K, Strandberg-Larsen K, Nybo M. Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121(11):1375-84.

13. Fan X, Wang W, Liu R, Dang S, Kang Y. [Epidemiological features and risk factors of spontaneous abortion among rural Tibetan women at childbearing age]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 2014;35(4):401-5.
14. Blais L, Kettani F, Forget A. Relationship between maternal asthma, its severity and control and abortion. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2013;28(4):908-15.
15. Paillacho A, Rubio M. [Tesis] Factores que inciden en el aborto en mujeres en edad fértil en el Hospital General Enrique Garcés en el periodo 2016-2018. Universidad Central Del Ecuador [Internet]. 2018 [citado 25 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20783/1/T-UCE-0005-CEC-277.pdf>
16. Vega Y, [Tesis] Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Rezola de Cañete, enero a marzo 2022. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. [citado 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4661>
17. Valverde B. Características epidemiológicas y complicaciones en mujeres con aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2017 [citado 25 de junio de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/898>
18. Ramos A. Factores de riesgo para aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2018. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2019 [citado 25 de junio de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2144>
19. Inga G, Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del Hospital Militar Central en el año 2016. Univ. Ric Palma. [Internet]. 2019 [citado 25 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5155>.
20. Sebastiani M. El aborto como un bien social. *Rev Bioét Derecho*. 2018;(43):33-43.
21. Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estud Demográficos Urbanos*. 2016;31(3):833-60.
22. Buitrón R, Vera D, Zancatl M, Kably A., et al. Progesterona y amenaza de aborto. *Ginecol Obstet México*. 2019;87(7):496-8.
23. Pérez-Arciniegas E, Godoy-Albornoz D, Quiroz-Figuera D, Quiroz-Figuera D, Tovar-Thomas C, Romero-Herrera A, et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. *Rev Bioméd*. 2016;27(1):3-9.
24. Durán B, Izzedin R. Aborto espontáneo. *Liberabit*. 2012;18(1):53-8.

25. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 25 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
26. Larroca C, Chaquiriand V, Larroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto. *Rev Urug Med Interna*. 2021;6(2):22-6.
27. Badía A, Tarrazó M, Pertusa C, Laforga J, Ruiz S , Reyes M. Aborto séptico por *Clostridium perfringens* complicado con shock séptico. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(6):481-5.
28. Pacora-Portella P. Aborto terapéutico: ¿realmente existe? *Acta Médica Peru*. 2014;31(4):234-9.
29. Quintero-Roa E, Ortiz-Serrano R, Ochoa-Vera M, Consuegra-Rodríguez M, Oliveros C. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. *Rev Salud Pública*. 2010;12(4):570-9.
30. Embarazo normal y cuidados prenatales | Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>
31. Manterola C. Quiroz G. Salazar P. Garcia N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica | *Rev Méd Clín Las Condes*. 2019;30(1)36-49
32. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki [Internet]. [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>
33. LEY N° 26842 – LEY GENERAL DE SALUD. :27.
34. Magnus M, Wilcox A, Morken N, Weinberg C, Håberg S. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ*.2019;364:l869.
35. Sun H, Lu Y, Qi Q, Li M, Zhou J, Wang J, et al. Advanced age - a critical risk factor for recurrent miscarriage. *Glob Health Med*. 2023;5(5):316-8.
36. Yogi A, Neupane S. Prevalence and factors associated with abortion and unsafe abortion in Nepal: a nationwide cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:376.
37. Martins-Melo F, Lima M, Alencar C, Ramos A, Carvalho F, Machado M, et al. Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. *Rev Saude Publica*. 2014;48(3):508-20.
38. Biney A, Nyarko P. Is a woman's first pregnancy outcome related to her years of schooling? An assessment of women's adolescent pregnancy

- outcomes and subsequent educational attainment in Ghana. *Reprod Health*. 2017;14(1):123.
39. Fernández Q. Factores relacionados con aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo-junio- diciembre 2017. [Tesis]. Peru: Universidad Cesar Vallejo, 2017
 40. Sanchez J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, durante el periodo agosto – diciembre del 2012. 2013. [Tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Guayaquil; 2017.
 41. Risch H, Weiss N, Clarke E, Miller A. Risk factors for spontaneous abortion and its recurrence. *Am J Epidemiol*.1988;128(2):420-30.
 42. Hegelund E, Urhoj S, Andersen A, Mortensen L. Interpregnancy Interval and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A Register-Based Study of 328,577 Pregnancies in Denmark 1994-2010. *Matern Child Health J*. 2018;22(7):1008-15.

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIALES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	indicadores	Escala de medición
Factores demográficos	Estos constituyen los factores que emergen en la sociedad humana en su totalidad, independientemente del lugar y espacio en el que se encuentren, y forman parte del entorno social. Este entorno social tiene un impacto significativo en las personas, las familias y la sociedad en general, y puede influir en la ocurrencia de un aborto incompleto.	Factores que tienen las mujeres de estudio que son de riesgo para presentar un aborto incompleto	Edad	12-17 años 18-29 años 30-49 años	Nominal
			Procedencia	Urbano Urbano marginal Rural	Nominal
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Nominal
			Grado de Instrucción	Sin ningún nivel Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Ordinal
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Profesional Otros	Nominal
Factores obstétricos	Las circunstancias que alteran o tienen impacto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres engloban diversos aspectos.	Factores que tienen las mujeres de estudio que son de riesgo para presentar un aborto incompleto	Edad gestacional	4 – 9 semanas 10 -15 semanas 16 – 22 semanas	Intervalo
			Numero de gestas	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran Multigesta	Ordinal
			Antecedentes de aborto	Si No	Nominal
			Periodo intergenésico	Corto < 2 años Largo > 4 años	Nominal
			Control Prenatal	Adecuado > 6CPN No Adecuado <6 CPN	Nominal
Variable Dependiente Aborto Incompleto	se caracteriza por la eliminación de los productos de la concepción, lo que provoca la apertura del orificio cervical parcial y la posible presencia de tejido gestacional en la vagina o en el cérvix (20)	Historias clínicas	Aborto incompleto	Si No	Nominal

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores demográficos y obstétricos relacionados al aborto incompleto espontaneo en pacientes gestantes

HC: _____

1) Aborto incompleto espontaneo

Si () No ()

2) Factores sociodemográficos:

- Edad) 12-17 años
) 18-29 años
) 30-49 años
- Procedencia) Urbano
) IRural
- Estado civil) Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada
) Viuda
- Grado de Instrucción) Sin ningún nivel () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa
- Ocupación) Superior
) Ama de casa () Estudiante () Profesional
) Otros

2) Factores obstétricos

- Edad gestacional) 4 – 9 semanas
) 10 -15 semanas
) 16 – 22 semanas
- Numero de gestas) Primigesta
) Segundigesta
) Multigesta
) Gran Multigesta
- Antecedentes de aborto) Si
) No

ANEXO 3. FORMATO DE AUTORIZACIÓN



Carta N° ° 395-2023-UI-EM-FCS-UCV

Trujillo, 6 de Noviembre de 2023

Señor Doctor
RICHARD MENDOZA ORELLANA
Director Médico
Hospital La Caleta
Presente.

De mi especial consideración.

A través de la presente, le hago llegar mi saludo personal y universitario, a la vez comunicarle que, el alumno del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo, **TORRES ARTEAGA LISBETH YERALDIN**, va a desarrollar su Proyecto de Investigación **“FACTORES DEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL ABORTO INCOMPLETO ESPONTANEO”**, en la distinguida institución que usted dirige. El proyecto ha sido aprobado ya por un jurado ad hoc y aceptado por esta dirección.

El mencionado alumno está siendo asesorado por el **Dr. Diego Alonso Urrunaga Pastor**, quien es docente RENACYT de nuestra Escuela.

En este contexto y amparados en el convenio interinstitucional que nos une, solicito a usted, brindar las facilidades del caso a nuestro alumno, para poder recolectar los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis.

Segura de contar con vuestra anuencia, le reitero mi saludo y consideración

Agradezco su atención a la presente, muy atentamente,



Firmado digitalmente por:
TRESIERRA AYALA Miguel
Angel FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 08/10/2023 20:16:16-0500

MIGUEL ANGEL TRESIERRA AYALA
Jefe de la Unidad de Investigación



celular: 948568936
Torres Arteaga Lisbeth
I M

ANEXO 4. EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

ANEXO

FICHA DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO <i>(Se refiere al grado en que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)</i>		CONSTRUCTO <i>(Hasta donde el instrumento mide realmente la variable, y con cuanta eficacia lo hace)</i>		RELEVANCIA <i>(El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)</i>		COHERENCIA INTERNA <i>(El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)</i>		CLARIDAD <i>(El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)</i>		SUFICIENCIA <i>(Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de esta)</i>	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos		X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir		X		
VALIDEZ				
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por: Luis Arturo Ibarizaga Alvarez.

Fecha: 20/11/23

Firma:


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 UNIDAD EJECUTIVA 494 - SALUD LA CAJETA
 HOSPITAL "LA CAJETA" - CHIMBOTE

Dr. Luis Arturo Ibarizaga Alvarez
 C.M.P. 631371 - D.N.I: 41431044

ANEXO

FICHA DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO <i>(Se refiere al grado en que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)</i>		CONSTRUCTO <i>(Hasta donde el instrumento mide realmente la variable, y con cuanta eficacia lo hace)</i>		RELEVANCIA <i>(El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)</i>		COHERENCIA INTERNA <i>(El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)</i>		CLARIDAD <i>(El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)</i>		SUFICIENCIA <i>(Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de esta)</i>	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos		X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir		X		
VALIDEZ				
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por: Silvia Sanchez Asencios
 Fecha: 20/11/23

Firma: 
Dra. Silvia Sanchez Asencios
 C.M.P. 064074 - R.N.E. 045127 - D.N.I. 45443065

ANEXO

FICHA DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO <i>(Se refiere al grado en que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)</i>		CONSTRUCTO <i>(Hasta donde el instrumento mide realmente la variable, y con cuanta eficacia lo hace)</i>		RELEVANCIA <i>(El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)</i>		COHERENCIA INTERNA <i>(El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)</i>		CLARIDAD <i>(El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)</i>		SUFICIENCIA <i>(Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de esta)</i>	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES			SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos			X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación			X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial			X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir			X		
VALIDEZ					
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN	

Validado por: Melissa Virgo Cespedes
 Fecha: 20/11/23

Firma:


 HOSPITAL GENERAL DE ATLIX
 UNIDAD DE RECUPERACIÓN DE SALUD Y CALIDAD
 HOSPITAL DE CALIDAD CHIMBOTE

Dra. Melissa Marley Virgo Cespedes
 C.M.P. 032435 RHE 049978 DNI 70947730

ANEXO

FICHA DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO <i>(Se refiere al grado en que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)</i>		CONSTRUCTO <i>(Hasta donde el instrumento mide realmente la variable, y con cuanta eficacia lo hace)</i>		RELEVANCIA <i>(El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)</i>		COHERENCIA INTERNA <i>(El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)</i>		CLARIDAD <i>(El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)</i>		SUFICIENCIA <i>(Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de esta)</i>	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos		X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir		X		
VALIDEZ				
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por: Jhon Cano Horna
 Fecha: 20/11/23

Firma:



Dr. Jhon Anderson Cano Horna
 C.M.P. 061258 - R.NE. 046759 DNI: 43594167

ANEXO

FICHA DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO <i>(Se refiere al grado en que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)</i>		CONSTRUCTO <i>(Hasta donde el instrumento mide realmente la variable, y con cuanta eficacia lo hace)</i>		RELEVANCIA <i>(El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)</i>		COHERENCIA INTERNA <i>(El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)</i>		CLARIDAD <i>(El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)</i>		SUFICIENCIA <i>(Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de esta)</i>	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos		X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir		X		
VALIDEZ				
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por: Luis Paz Luna
 Fecha: 20/11/23

Firma: 
Dr. Luis Miguel Paz Luna
 C. M. P. 075395 - RNE 042020 - D. N. 70429651



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, URRUNAGA PASTOR DIEGO ALONSO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "FACTORES DEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL ABORTO INCOMPLETO ESPONTÁNEO.", cuyo autor es TORRES ARTEAGA LISBETH YERALDIN, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 9.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 23 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
URRUNAGA PASTOR DIEGO ALONSO DNI: 70617673 ORCID: 0000-0002-8339-162X	Firmado electrónicamente por: DAURRUNAGAU el 23-12-2023 16:17:18

Código documento Trilce: TRI - 0707421