

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en
el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Picon Geronimo, Yina Milagros

ASESORA: Pozo Pérez, Martha Alejandrina

HUÁNUCO – PERÚ

2026

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANCAYO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 74053392

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22408219

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4564-9025

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424
3	Oscategui Torres, Dora Narvi Zulema	Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria	20089696	0000-0003-0463-5022



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las diez horas con treinta minutos de la fecha dieciocho del mes de **setiembre** del año **dos mil veintiséis**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|--|-------------------|
| • Dra. Juana Irma Palacios Zevallos | Presidente |
| • Mg. Marisol Sinche Alejandro | Secretaria |
| • Mg. Dora Narvi Zulema Oscategui Torres | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION N.º 2937-2026-D-FCS-UDH** para evaluar la Tesis intitulado **"FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, 2025"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. PICON GERONIMO, Yina Milagros**, para optar el título profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de bueno.

Siendo las, 11:30 horas del día **dieciocho** del mes de **setiembre** del año **2026** los miembros del Jurado Calificador firman la presente acta en señal de conformidad.

DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS

DNI: 22418566

CODIGO ORCID: 0000-0003-4163-8740

MG. MARISOL SINCHE ALEJANDRO

DNI: 22489669

CODIGO ORCID: 0000-0001-5710-8424

MG. DORA NARVI ZULEMA OSCATEGUI

DNI: 20089696

CODIGO ORCID: 0000-0003-0463-5022



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: **YINA MILAGROS PICÓN GERÓNIMO**, de la investigación titulada **"FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, 2025"**, con asesor(a): **MARTHA ALEJANDRINA POZO PEREZ**, designado(a) mediante documento: **RESOLUCIÓN N° 3887-2025-D-FCS-UDH** del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del **15 %** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

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

Huánuco, 31 de julio de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Nota: La presente constancia tendrá una **vigencia de cuatro (4) meses**, conforme a lo establecido en la **Directiva del Software de Identificación de Similitud y Originalidad**, aprobada mediante **Resolución N° 532-2024-P-CD-UDH**.

Vencido dicho plazo, el solicitante deberá realizar nuevamente el procedimiento correspondiente para la emisión de una nueva constancia.

Válida hasta el 30 de noviembre de 2026.

Jr. Hermilio Valdizán N° 871 - Jr. Progreso N° 650 - Teléfono: 952 069 844
Huánuco - Perú

143. PICON GERONIMO YINA MILAGROS.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	14%	5%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe	5%
	Fuente de Internet	
2	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.unica.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.upla.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.unasam.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.unheval.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	Submitted to Universidad Católica de Santa María	<1%
	Trabajo del estudiante	
9	Submitted to uncedu	<1%
	Trabajo del estudiante	
10	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez	<1%
	Trabajo del estudiante	



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Dedico este logro con todo mi amor y profunda gratitud a mis padres, quienes han sido mi mayor fortaleza y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. Gracias por sus sacrificios, por creer en mí incluso en los momentos más difíciles y por enseñarme que con esfuerzo y perseverancia todo es posible.

Este camino no habría sido posible sin su amor, sus consejos y su ejemplo constante. Cada paso que doy lleva su huella, y cada meta alcanzada es también un triunfo de ustedes.

A ustedes, que son mi inspiración diaria y el motivo de mis sueños, les dedico este logro con el corazón lleno de orgullo y agradecimiento.

AGRADECIMIENTO

Con especial consideración, extiendo mi gratitud a la Universidad de Huánuco por haberme acogido en sus aulas y brindado el espacio propicio para mi formación académica, así como los medios necesarios para concretar el presente trabajo.

A mis padres, les manifiesto mi profundo agradecimiento por su apoyo constante, por su confianza en cada paso que di y por ser el pilar fundamental que me impulsó a seguir adelante frente a cada desafío.

De igual manera, agradezco a mis docentes, quienes con su vocación, paciencia y conocimientos contribuyeron de manera decisiva en mi aprendizaje y crecimiento, guiándome en este proceso con dedicación y compromiso.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRAFICOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	15
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	17
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	18
1.4.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA	19
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	21
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	24
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	28
2.2. BASES TEÓRICAS	30
2.2.1. ABORTO INCOMPLETO.....	30

2.2.2. INDICACIONES CLÍNICAS	35
2.2.3. FACTORES ASOCIADOS.....	37
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	43
2.3.1. ABORTO ESPONTANEO	43
2.3.2. ABORTO INCOMPLETO.....	43
2.4. HIPÓTESIS	44
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	44
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	44
2.5. VARIABLES	45
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	45
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	45
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	46
CAPÍTULO III.....	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	49
3.1.1. ENFOQUE.....	49
3.1.2. NIVEL	49
3.1.3. DISEÑO.....	50
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
3.2.1. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	50
3.2.2. SELECCIÓN DE MUESTRA Y MUESTREO.....	51
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	54
3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	54
3.4.2. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	55
CAPÍTULO IV.....	57
RESULTADOS.....	57
4.1. ABORTO INCOMPLETO.....	57
4.2. FACTORES OBSTÉTRICOS	58
4.3. FACTORES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PREVIAS.....	63
4.4. FACTORES DE PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS PREVIOS.....	67
DISCUSION	70

CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
ANEXO	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnóstico de aborto incompleto	57
Tabla 2. Edad.....	58
Tabla 3. Paridad.....	59
Tabla 4. N° de abortos previos	60
Tabla 5. Período intergenésico	61
Tabla 6. Anemia gestacional.....	62
Tabla 7. Infecciones del tracto urinario	63
Tabla 8. Parto pre término	64
Tabla 9. Hemorragia post parta	65
Tabla 10. Retención de restos placentarios	66
Tabla 11. Legrado uterino	67
Tabla 12. AMEU.....	68
Tabla 13. Cesáreas.....	69

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Diagnóstico de aborto incompleto	57
Gráfico 2. Diagnóstico de aborto incompleto	58
Gráfico 3. Paridad	59
Gráfico 4. N° de abortos previos	60
Gráfico 5. Período intergenésico.....	61
Gráfico 6. Anemia gestacional	62
Gráfico 7. Infecciones del tracto urinario.....	63
Gráfico 8. Parto pre término.....	64
Gráfico 9. Hemorragia post parto.....	65
Gráfico 10. Retención de restos placentarios	66
Gráfico 11. Legrado uterino	67
Gráfico 12. AMEU	68
Gráfico 13. Cesáreas	69

RESUMEN

El trabajo titulado Factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025, tuvo como propósito determinar los factores asociados al aborto, siendo los resultados encontrados con mayores porcentajes, al finalizar los siguiente: en cuanto al diagnóstico de aborto incompleto el 97% si tuvo dicho diagnóstico. Edades de entre 20 a 34 años con el 51%, 44% multíparas, número de abortos previos el 41% no tuvo abortos previos, 55% con período intergenésico normal, 41% con anemia gestacional leve, 81% que presentaron infección del tracto urinario, 35% que presentó parto pre término, 28% que presentaron hemorragia posparto, 43% que presentó retención de restos placentarios, 51% que presentó legrado uterino, 48% que presentó AMEU, 34%. que presentó cesárea. En conclusión, si existieron factores asociados al aborto incompleto en el establecimiento de salud donde se llevó a cabo el estudio.

Palabras claves: Factores asociados, aborto incompleto, mujeres, atendidas, Centro de Salud

ABSTRACT

The study entitled Factors Associated with Incomplete Abortion in Women Attending the Aparicio Pomares Health Center, 2025 aimed to determine the factors associated with abortion. The following results were found, with the highest percentages at the end of the study: 97% had a diagnosis of incomplete abortion; 51% were between 20 and 34 years old; 44% were multiparous; 41% had no previous abortions; 55% had a normal interpregnancy interval; 41% had mild gestational anemia; 81% had a urinary tract infection; 35% had preterm delivery; 28% had postpartum hemorrhage; 43% had retained placental fragments; 51% had undergone uterine curettage; 48% had undergone manual vacuum aspiration (MVA); and 34% had undergone cesarean section. In conclusion, factors associated with incomplete abortion were identified at the health facility where the study was conducted.

Keywords: Associated factors - incomplete abortion - women - treated - Health Center

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la interrupción del embarazo es un procedimiento común que solo garantiza seguridad si se sigue estrictamente su normativa técnica. Actualmente, se considera un desafío crítico de salud pública, debido a que el 97% de los abortos inseguros ocurren en países en desarrollo. Esta situación genera graves consecuencias que van desde la morbilidad y mortalidad materna hasta repercusiones psicológicas, económicas y sociales que afectan tanto a las mujeres como a los sistemas de salud y a la comunidad en general. La mortalidad materna podría reducirse significativamente mediante un acceso sencillo a la planificación familiar y anticonceptivos. No obstante, persiste una brecha crítica en el sistema sanitario, ya que obtener una atención para el aborto seguro que sea oportuna, sencilla y adecuada sigue siendo un proceso complejo. ⁽¹⁾.

Los informes actuales de la OMS revelan que, de los 25 millones de abortos anuales, un preocupante 45% se realiza de forma insegura, provocando cuadros clínicos graves o incompletos. Esta problemática afecta principalmente a mujeres en etapa fértil y se concentra casi exclusivamente (97%) en regiones en vías de desarrollo, destacando Asia, África y América Latina como los focos de mayor vulnerabilidad. A escala global, la pérdida espontánea de la gestación constituye la complicación más habitual, afectando entre el 10% y el 15% de los embarazos detectados. Dentro de este grupo, el aborto incompleto destaca como la variante más recurrente; se caracteriza clínicamente por la dilatación del cuello uterino y sangrado vaginal, sumado a la permanencia de restos ovulares dentro del útero tras una expulsión parcial. ⁽²⁾.

El contexto que rodea a un aborto incompleto está condicionado por diversos factores de riesgo identificados en investigaciones globales. Un ejemplo notable es el estudio de Simegnew en Etiopía, el cual demuestra que variables como la ubicación geográfica, la edad, la escolaridad, la paridad y el tiempo de gestación guardan una estrecha relación con esta problemática. Asimismo, el pronóstico depende de la rapidez con la que la mujer busca

asistencia médica tras los primeros síntomas y la calidad del tratamiento recibido para manejar dichos signos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la necesidad de atacar las raíces del aborto inseguro, tales como la precariedad económica, la inequidad de género y las barreras en el acceso a la salud reproductiva. Estos factores estructurales elevan la vulnerabilidad de las mujeres, forzándolas a optar por procedimientos clandestinos y riesgosos que comprometen seriamente su integridad física y emocional. ⁽³⁾.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de Perú destaca en su reporte que una parte significativa de la mortalidad materna vinculada a complicaciones por aborto podría prevenirse con una intervención adecuada y oportuna. De acuerdo con los datos del Anuario Estadístico del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2021 se atendieron 280 casos de aborto incompleto. Esta cifra equivale al 2,08% del volumen total de pacientes recibidas en la institución durante ese periodo. Para el año 2022, la incidencia de estos casos subió a 300 registros, lo que representó el 2,29% de las atenciones totales. En una perspectiva regional, las estadísticas muestran que el aborto fue el responsable de aproximadamente el 8,7% de las muertes maternas en México durante 2019. Por otro lado, en Chile se calcula una cifra anual de entre 80 mil y 260 mil interrupciones, con la particularidad de que apenas el 3% se efectúa dentro de las causales legales permitidas. ⁽⁴⁾.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En las naciones en desarrollo, el aborto incompleto se posiciona como una de las emergencias obstétricas más recurrentes, impactando severamente el bienestar integral de la mujer. Esta patología ocurre cuando el útero no logra desalojar totalmente el tejido gestacional; dicha permanencia de restos ovulares representa un peligro crítico que, de no recibir atención médica inmediata, puede derivar en cuadros de sepsis, hemorragias profusas, daños permanentes a la fertilidad o el fallecimiento de la paciente. ⁽¹⁾. Frecuentemente, el aborto incompleto es el resultado directo de interrupciones del embarazo realizadas en la clandestinidad, donde la ausencia de personal cualificado y de condiciones sanitarias óptimas eleva el riesgo de complicaciones. ⁽⁵⁾.

A escala mundial, casi la mitad de las interrupciones del embarazo (45%) se realizan en condiciones de riesgo. Esta problemática se concentra casi exclusivamente en el Sur Global, ya que el 97% de estos procedimientos inseguros tienen lugar en países de ingresos medios y bajos, con una incidencia crítica en las regiones de África y América Latina. ⁽⁶⁾. Según datos de la OMS, se estima que anualmente se realizan 25 millones de interrupciones del embarazo en condiciones de riesgo. Esta situación deriva en que aproximadamente 7 millones de mujeres deban acudir a centros hospitalarios para recibir atención urgente por complicaciones severas, entre las que destaca el aborto incompleto. ⁽⁷⁾. Esta situación ejerce una presión considerable sobre los recursos del sector salud y fomenta un incremento en los índices de enfermedades maternas que podrían prevenirse con una atención adecuada. En la región de América Latina y el Caribe, la falta de marcos legales que faciliten el acceso al aborto seguro obliga a numerosas mujeres a utilizar métodos empíricos o no profesionales. Esta situación mantiene al aborto inseguro como uno de los mayores detonantes de complicaciones obstétricas, elevando drásticamente las probabilidades de

sufrir un cuadro de aborto incompleto.⁽⁸⁾ Esta problemática se ve agudizada por deficiencias de fondo, tales como la precariedad económica, la falta de instrucción académica y una infraestructura de salud reproductiva insuficiente. A esto se suma la dificultad para obtener métodos de planificación familiar eficaces, lo que profundiza la crisis sanitaria.⁽⁹⁾

Debido a que la legislación peruana criminaliza la interrupción del embarazo salvo cuando existe una amenaza para la vida o salud de la gestante, muchas mujeres se ven obligadas a buscar procedimientos clandestinos. Al realizarse sin supervisión profesional ni medidas de seguridad, estas prácticas elevan la tasa de complicaciones médicas, destacando el aborto incompleto como uno de los desenlaces más habituales⁽¹⁰⁾. De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2019 se contabilizaron más de 46,000 altas hospitalarias vinculadas a casos de aborto. Entre estas atenciones, la variante incompleta destacó como la causa más recurrente de ingreso en los centros asistenciales del país.⁽¹¹⁾

Diversas investigaciones han determinado que el aborto incompleto está vinculado a una serie de variables heterogéneas. Destacan principalmente la juventud de la madre (con mayor incidencia en menores de 25 años), la falta de instrucción académica y la ausencia de una pareja estable. Asimismo, influyen la historia reproductiva, el inicio temprano de las relaciones sexuales, las dificultades para obtener anticonceptivos y un contexto social que estigmatiza la salud sexual y reproductiva⁽¹²⁾. El miedo al rechazo de la comunidad y la soledad en la toma de decisiones son factores determinantes que elevan el riesgo sanitario. Estas condiciones motivan la elección de procedimientos sin supervisión que, con frecuencia, derivan en complicaciones graves, siendo la expulsión parcial de tejidos una de las consecuencias más habituales.⁽¹³⁾

Dentro del ámbito regional de Huánuco, factores como el entorno y la calidad de vida actúan como elementos críticos que moldean las decisiones de la población femenina sobre la maternidad y la reproducción. En el Centro de Salud Aparicio Pomares, se ha detectado un aumento constante en los diagnósticos de aborto incompleto, con mayor incidencia en mujeres jóvenes

de zonas periféricas y con nula o poca cobertura de planificación familiar. Pese a esta tendencia, la ausencia de investigaciones recientes sobre los factores específicos de este grupo obstaculiza el desarrollo de programas preventivos y protocolos de atención que respondan a su realidad. Dada la coyuntura actual, resulta imperativo ejecutar un estudio que analice los factores vinculados al aborto incompleto en las pacientes del Centro de Salud Aparicio Pomares durante el 2025. El propósito fundamental es producir evidencia científica local que sirva de base para políticas de salud pública, optimice los servicios de salud sexual y reproductiva, y ayude a disminuir los índices de enfermedades maternas derivadas de este problema prevenible. ⁽¹⁴⁾.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025?
- ¿Cuáles son los factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025?
- ¿Cuáles son los factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los factores obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.
- Determinar los factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.
- Evaluar los factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Como complicación obstétrica de gran relevancia, el aborto incompleto exige una respuesta médica inmediata. Una intervención oportuna es crucial para evitar complicaciones críticas, tales como cuadros infecciosos, hemorragias profusas o los riesgos derivados de la permanencia de tejido gestacional en el útero. Diversas investigaciones resaltan que ciertos elementos como un tiempo de gestación prolongado, el número de partos previos y los antecedentes de aborto actúan como indicadores de riesgo para resultados negativos. Ante este panorama, la literatura médica subraya que actuar con rapidez es esencial para mitigar la aparición de complicaciones graves.⁽¹⁵⁾

En entornos donde el acceso a procedimientos seguros está restringido, los casos de aborto incompleto suelen ser la consecuencia directa de métodos poco supervisados o informales. Esta falta de regulación acentúa la desprotección de las mujeres, exponiéndolas a mayores peligros durante su atención sanitaria. Diversos estudios señalan que esta situación es un reflejo de los fallos en la infraestructura sanitaria, sumado a la falta de profesionales especializados. Además, persisten obstáculos de carácter social y cultural que impiden a las mujeres acceder de manera oportuna a servicios seguros de cuidados tras un aborto.⁽¹⁶⁾

Desde una perspectiva gineco-obstétrica, las malformaciones congénitas del útero (tales como el útero bicornue, septado o unicornio) representan un obstáculo para el desarrollo normal del embarazo. Diversos análisis clínicos ratifican que estas anomalías anatómicas están vinculadas a una mayor incidencia de pérdidas gestacionales recurrentes y nacimientos pretérmino, lo que subraya la necesidad de integrar estas condiciones en la evaluación de pacientes con alto riesgo reproductivo.⁽¹⁷⁾

Consecuentemente, el análisis de variables gineco-obstétricas tales como la edad gestacional, el historial de abortos y los procedimientos uterinos previos en las pacientes del Centro de Salud Aparicio Pomares durante 2025, proporcionará un sustento teórico sólido. Estos datos serán fundamentales para crear protocolos médicos personalizados a la realidad local, optimizar el manejo clínico posterior al aborto y robustecer los programas de salud reproductiva destinados a reducir las complicaciones maternas.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La utilidad práctica de esta investigación radica en la generación de datos específicos para el Centro de Salud Aparicio Pomares, facilitando la detección de perfiles vulnerables y la ejecución de acciones médicas inmediatas. De acuerdo con la evidencia científica, comprender estas variables optimiza la respuesta preventiva de las instituciones sanitarias, disminuyendo así la probabilidad de secuelas graves en las pacientes. Los resultados obtenidos en este estudio funcionarán como un marco referencial para crear o perfeccionar protocolos de manejo clínico alineados con la realidad local. La evidencia previa confirma que contar con guías estandarizadas eleva el estándar de los cuidados postaborto y reduce significativamente las complicaciones de salud materna, un aspecto crucial en entornos donde los recursos son escasos.

De igual manera, los hallazgos servirán para robustecer los programas de educación sexual y reproductiva. La evidencia científica

sostiene que ofrecer asesoramiento y facilitar el acceso a anticonceptivos durante la etapa postaborto eleva la tasa de aceptación de estos métodos y minimiza la repetición de embarazos no deseados. Estas intervenciones trascienden la prevención clínica, pues otorgan a las mujeres las herramientas necesarias para decidir con libertad y conocimiento sobre su bienestar reproductivo.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Desde el punto de vista metodológico, el estudio se fundamenta en un diseño cuantitativo, observacional y retrospectivo, con un carácter analítico que facilita el examen sistemático de las historias clínicas del año 2025 en el Centro de Salud Aparicio Pomares. Este modelo resulta idóneo para precisar los factores de riesgo en un lapso de tiempo específico, ya que aprovecha la información documental previa, permitiendo una gestión eficiente de los recursos y el tiempo sin comprometer la solidez de los hallazgos.

La naturaleza retrospectiva de esta investigación facilita el uso de registros oficiales e historias clínicas, lo que garantiza el acceso a variables fundamentales y minimiza las distorsiones propias de la memoria de los participantes (sesgo de recuerdo). En el ámbito de la salud reproductiva, se ha ratificado que este diseño analítico es sumamente eficaz para establecer vínculos estadísticos entre diversos factores y la aparición de complicaciones obstétricas.

Para concluir, el procesamiento de datos integrará tanto estadística descriptiva como pruebas de inferencia, con el fin de determinar vínculos significativos entre las variables estudiadas. La implementación de herramientas estadísticas certificadas y un muestreo probabilístico garantizan la robustez científica del estudio; esto asegura que las conclusiones obtenidas sean un referente confiable para la gestión clínica y el diseño de políticas públicas de salud reproductiva en la región.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Desde una perspectiva académica, esta investigación se fundamenta en su capacidad para generar nuevo conocimiento dentro de la salud materna y reproductiva. Al analizar cómo interactúan los diversos factores vinculados al aborto incompleto, el estudio fortalece el marco teórico existente, sirviendo como referente para el desarrollo de futuras líneas de investigación y el diseño de programas de intervención más robustos.

En el plano académico, esta investigación se constituirá como una fuente de consulta clave para estudiantes y especialistas en obstetricia, medicina y enfermería. Los hallazgos proporcionarán insumos valiosos para profundizar en el manejo clínico y las estrategias preventivas del aborto incompleto, fomentando así una formación profesional cimentada en la evidencia y estimulando la práctica de la investigación aplicada en salud reproductiva.

Para concluir, este trabajo promoverá una cultura de investigación dentro del Centro de Salud Aparicio Pomares, incentivando el uso del rigor científico para abordar problemáticas sanitarias concretas. La divulgación de los hallazgos en foros académicos no solo dará visibilidad al estudio, sino que servirá de estímulo para nuevos proyectos, consolidando así la relación indispensable entre la labor asistencial y la producción científica.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- ✓ **Heterogeneidad en el registro:** Discrepancias en la calidad y estilo de redacción de las historias clínicas según el criterio del profesional de turno.
- ✓ **Sesgo de información:** Dificultad para validar antecedentes gineco-obstétricos que no fueron consignados explícitamente en los expedientes.
- ✓ **Disparidad de criterios:** Falta de estandarización en los parámetros diagnósticos aplicados a los distintos casos analizados.

- ✓ **Vacíos documentales:** Inexistencia de reportes de exámenes auxiliares o datos complementarios en ciertos registros médicos.
- ✓ **Limitación de alcance:** Restricción para extrapolar los hallazgos a otros centros de salud debido a las particularidades del contexto local.
- ✓ **Naturaleza del diseño:** Imposibilidad de determinar causalidad directa entre variables, una limitación propia de los estudios de corte retrospectivo.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

- ✓ Acceso a fuentes primarias: Existencia de un archivo documental completo con las historias clínicas necesarias en el establecimiento.
- ✓ Respaldo institucional: Autorización formal y disposición de las autoridades y el personal para el desarrollo del estudio.
- ✓ Conveniencia logística: Ubicación estratégica del centro de salud, lo que facilita el desplazamiento y la recolección de datos.
- ✓ Sustento tecnológico: Disponibilidad de herramientas informáticas y programas estadísticos esenciales para el procesamiento de la información.
- ✓ Eficiencia presupuestaria: Optimización financiera del proyecto al emplear datos secundarios, lo que reduce significativamente los costos.
- ✓ Rigor metodológico y temporal: Diseño técnico que permite un muestreo probabilístico y un cronograma adecuado para el análisis profundo de los resultados.
- ✓ Garantías éticas: Cumplimiento de protocolos de confidencialidad y normativas vigentes para la protección de datos sensibles.
- ✓ Beneficio institucional en las consecuencias para optimizar el cuidado postaborto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Taipéi –Taiwán 2024, Heng-Kien A, et al., Llevaron a cabo un estudio denominado: Factores clínicos asociados con la intervención quirúrgica posterior en mujeres sometidas a interrupción médica temprana de embarazos viables o no viables. La meta principal del estudio consistió en determinar las variables médicas que incrementan el riesgo de requerir un procedimiento quirúrgico posterior al uso de fármacos para la interrupción del embarazo. La investigación se estructuró bajo un modelo retrospectivo realizado exclusivamente en la Universidad Médica de Taipéi, donde se examinaron de forma sistemática los expedientes clínicos acumulados durante la década comprendida entre 2010 y 2019. La información sobre las gestaciones y su culminación se procesó a través de modelos de regresión estadística, estableciendo como indicador principal la resolución exitosa del procedimiento. Los resultados revelaron que la efectividad del método farmacológico fue equiparable en ambos grupos, alcanzando un 92,13% en embarazos viables frente a un 92,93% en los no viables. Al excluir los casos de tejido retenido, el grupo de embarazos no viables presentó una mayor frecuencia de gestaciones persistentes detectadas por ecografía en comparación con el grupo de viables (29,4%vs. 14,1% $p = 0,011$). Mediante un análisis multivariado, se determinó que haber tenido partos previos constituye un factor de riesgo general para el fallo del aborto farmacológico. Específicamente, en gestaciones viables, el riesgo de fracaso aumentó significativamente con una mayor edad gestacional (ORa: 1,483; $p < 0,001$) y el antecedente de cesárea (ORa: 2,177; $p = 0,014$). Por otro lado, en los embarazos no viables, el número de cesáreas anteriores destacó como el principal predictor independiente de riesgo (ORa: 1,448; $p = 0,034$). El estudio finaliza destacando que se

trata de la primera investigación de cohorte en precisar los predictores de riesgo para el requerimiento quirúrgico tras un aborto farmacológico temprano, tanto en gestaciones viables como no viables. Se determinó que la efectividad del método es similar en ambos escenarios clínicos; sin embargo, el antecedente de parto surgió como un factor independiente que eleva la probabilidad de fallo. En consecuencia, se sugiere intensificar la vigilancia médica en pacientes que presenten estos perfiles de riesgo para asegurar una atención oportuna. ⁽¹⁸⁾.

En Brasil 2020, Silva-Oliveira MT, et al., Llevaron a cabo el trabajo de investigación titulado: Factores asociados al aborto espontáneo: una revisión sistemática, con el fin de compilar la evidencia científica disponible sobre los detonantes genéticos y ambientales vinculados a la pérdida gestacional espontánea. Para ello, se ejecutó un análisis sistemático de la literatura publicada en un periodo de diez años (2008-2018), consultando repositorios especializados de alto impacto como PubMed, SCIELO, LILACS y BVS. De un universo inicial de 567 artículos, la aplicación de criterios de selección rigurosos permitió consolidar una muestra final de 44 investigaciones. La producción científica analizada se concentró mayoritariamente en el continente asiático entre 2008 y 2011, destacando además 10 estudios de origen brasileño. Los hallazgos subrayan que las causas no genéticas, particularmente el perfil sociodemográfico y el estado de salud, son determinantes clave. No obstante, se observó una marcada diferencia regional: mientras que en Asia el riesgo se asoció con el estilo de vida (obesidad, tabaquismo y carga laboral), en América la vulnerabilidad estuvo ligada a disparidades socioeconómicas, como la precariedad de ingresos y la limitada escolaridad. En conclusión, la variabilidad de los factores de riesgo según el contexto geográfico evidencia la urgencia de desarrollar estudios situacionales. Estas investigaciones locales son fundamentales para generar diagnósticos precisos que sirvan como pilares en la creación y ejecución de políticas de salud pública enfocadas en mitigar de manera efectiva las tasas de aborto espontáneo en cada comunidad. ⁽¹⁹⁾.

En Sudáfrica 2022, Netshinombelo M, et al., Llevaron a cabo el estudio cualitativo titulado: Barreras percibidas por las mujeres para acceder a servicios de atención postaborto en distritos seleccionados de la provincia de KwaZulu Natal, Sudáfrica. El propósito de esta investigación fue examinar, desde la experiencia de las usuarias, los obstáculos y dificultades que limitan el acceso a los cuidados médicos posteriores a un aborto en centros hospitalarios de la red pública. Se implementó un diseño cualitativo con alcances exploratorios, descriptivos y contextuales. El grupo de estudio se conformó por 23 mujeres atendidas por aborto incompleto, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de información se efectuó a través de entrevistas a profundidad al concluir su estancia hospitalaria, empleando posteriormente la codificación abierta para el análisis de los discursos. La validez de los hallazgos se sustentó en los estándares de credibilidad, transferibilidad y fiabilidad. Respecto al marco ético, el estudio contó con el respaldo institucional y el consentimiento formal de las participantes, garantizando en todo momento la confidencialidad, el anonimato y la libertad de retiro. Del procesamiento de la información se identificaron tres ejes temáticos que sintetizan los obstáculos enfrentados: las deficiencias en la logística de transporte, el peso del estigma social y la percepción de una atención deficiente, caracterizada por altas hospitalarias antes de tiempo y la omisión de analgésicos durante el tratamiento. En conclusión, las principales limitaciones para la atención postaborto (APA) comprenden factores geográficos y sociales, tales como la infraestructura vial deficiente, el transporte público precario, la lejanía de los centros hospitalarios y las excesivas demoras en la atención, sumados a la discriminación y el estigma. Para mitigar estas barreras, se propone extender la red de servicios de APA, asegurar la dotación de insumos y equipos, y estandarizar la atención mediante protocolos. Además, se destaca la importancia de capacitar al personal en ética y sensibilización para eliminar sesgos de valor en la práctica médica. ⁽²⁰⁾.

En Sudáfrica 2025, Conco DN, et al., Llevaron a cabo la investigación denominada: La incidencia del aborto incompleto y la prevalencia de la morbilidad relacionada con el aborto en los hospitales públicos sudafricanos, 2018. El estudio se propuso cuantificar la frecuencia de abortos incompletos y caracterizar las complicaciones de salud derivadas en la red hospitalaria estatal de Sudáfrica. Para ello, se empleó un diseño transversal y retrospectivo, fundamentado en un muestreo aleatorio estratificado que garantizó la representatividad de los centros de salud públicos participantes. Para determinar la incidencia nacional de aborto incompleto (ACI), se emplearon las proyecciones poblacionales de 2018, abarcando un universo de más de 17 millones de mujeres en edad reproductiva y 1,2 millones de nacimientos. Tras auditar 913 expedientes clínicos en 56 centros hospitalarios públicos, se estableció una incidencia de 367 casos por cada 100,000 mujeres (\$IC: 274–459\$). El perfil predominante correspondió a mujeres con una edad promedio de 27 años y antecedentes obstétricos previos. Además, el estudio contrastó estos indicadores con datos históricos de 1994 y 2000 para analizar la evolución de la morbilidad asociada. A pesar de que el perfil demográfico de las pacientes se ha mantenido constante a través de las décadas, se observa un incremento sostenido en las interrupciones realizadas durante el primer trimestre, pasando del 60,5% en 1994 al 73,9% en 2018. Un hallazgo positivo es la reducción de la morbilidad grave, con una menor incidencia de infecciones y fallas orgánicas. No obstante, el estudio concluye que la estabilidad en las tasas de aborto incompleto durante los últimos 20 años es un indicador de que el acceso a servicios de aborto seguros y legales no ha experimentado avances significativos. ⁽²¹⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Lima 2024, Huaman Canales WY Se ejecutó el estudio titulado: Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, 2023, cuyo propósito central fue determinar las variables vinculadas a la interrupción del embarazo en

dicha institución. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo con un diseño observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal. El análisis se basó en una población de 189 expedientes clínicos de pacientes atendidas en el Servicio de Emergencia, de los cuales se seleccionó una muestra representativa de 128 historias clínicas durante el primer trimestre de 2023. El proceso de recolección de información se efectuó mediante una ficha de recolección estructurada. Para el tratamiento de los datos, se aplicaron las pruebas estadísticas Chi-cuadrado y Exacta de Fisher, estableciendo un umbral de significancia de $p < 0,05$. Entre los resultados descriptivos más relevantes, se observó que la mitad de la muestra (50%) fue diagnosticada con aborto incompleto, mientras que una amplia mayoría (84,4%) experimentó la pérdida gestacional durante el primer trimestre (antes de las 12 semanas). El análisis identificó que diversas variables sociodemográficas influyen de manera determinante en la incidencia del aborto, destacando el estado civil ($p = 0,036$), el grado de instrucción ($p = 0,016$) y la situación laboral ($p = 0,017$). Dentro del componente obstétrico, el control o atención prenatal fue el factor con la asociación más robusta ($p = 0,000$). En conclusión, el estudio confirma que la pérdida gestacional en esta población está estrechamente vinculada a condiciones socioeconómicas y, de forma crítica, a la calidad y presencia del seguimiento médico preventivo.⁽²²⁾

En Huancayo 2025, Cortijo Casando SI. Se llevó a cabo la tesis bajo el título: Factores sociodemográficos y antecedentes ginecológicos-obstétricos relacionados al aborto incompleto espontáneo en un hospital de la región Junín-2023. El estudio se propuso determinar la vinculación entre las variables sociales y el historial clínico-obstétrico con la pérdida gestacional incompleta en dicha zona. La investigación empleó un enfoque cuantitativo y un diseño correlacional y transversal, de carácter no experimental. A partir de un universo de 681 pacientes del Hospital Materno, se extrajo una muestra probabilística de 245 gestantes utilizando la técnica de muestreo aleatorio simple para asegurar la representatividad de los datos. La recolección de información se realizó

mediante observación directa, empleando una ficha estructurada para el registro de datos. El análisis estadístico reveló que, entre los factores sociodemográficos, la edad de la paciente fue la única variable con una asociación significativa, descartando el estado civil y el grado de instrucción como factores determinantes. En el ámbito clínico-obstétrico, se halló una correlación robusta con el número de embarazos previos y la falta de patologías previas. En conclusión, el perfil de riesgo en el HRDMI El Carmen se concentra en mujeres multigestas, con edades comprendidas entre los 30 y 59 años, y que no presentan antecedentes patológicos conocidos. ⁽²³⁾.

En Huancavelica 2024, Durand Puente LM, Se ejecutó la tesis titulada: Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en usuarias atendidas en el Hospital Ernesto Guzmán Gonzales, Oxapampa – 2020 al 2022. La investigación se centró en identificar las variables que incrementan la probabilidad de sufrir un aborto incompleto en dicho centro hospitalario. Para ello, se empleó un robusto diseño de casos y controles con una relación de 1:3, comparando a 160 mujeres con el diagnóstico mencionado frente a un grupo de control de 480 gestantes. El estudio fue de naturaleza analítica, retrospectiva y transversal, utilizando modelos de regresión logística para validar estadísticamente los factores de riesgo identificados. El análisis estadístico reveló que el riesgo de sufrir un aborto incompleto se multiplica significativamente ante ciertos factores: la primipaternidad resultó ser el predictor más fuerte (OR = 9,3), seguida de la condición de gran multigesta (OR = 5,02), ser primigesta (OR = 4,17) y la adolescencia (OR = 4,13). Otros elementos determinantes incluyeron la edad materna avanzada (OR = 3,4) y un bajo peso pregestacional (OR = 3,1). En contraste, el estudio identificó variables con un efecto protector, tales como contar con atención prenatal, el sobrepeso previo al embarazo, estar casada o conviviente y dedicarse a las labores del hogar. ⁽²⁴⁾.

En Áncash 2023, Molina Rosas DE, Rojas Manrique LN, Llevaron a cabo la tesis titulada: Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados al aborto en mujeres atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2022. El estudio tuvo como

finalidad precisar las variables sociales y clínicas vinculadas a la pérdida gestacional en dicha institución. Se utilizó un diseño descriptivo y transversal, basado en la auditoría de 191 expedientes clínicos. Para la recolección de datos, se aplicó una ficha de observación que contó con la validación de expertos, mientras que la significancia estadística de las asociaciones se determinó mediante la prueba de Chi-cuadrado. Los resultados revelan una alta incidencia de aborto incompleto en mujeres de 36 años o más (86%). Dentro de este grupo diagnóstico, destacaron como factores prevalentes el consumo de sustancias o hábitos nocivos (71%), la paridad única o primiparidad (83%) y una edad gestacional avanzada, situada entre las 16 y 22 semanas (93%). En cuanto a los antecedentes reproductivos, el 86\% de las pacientes reportó más de tres abortos previos y el 80\% mantenía un periodo intergenésico corto (de 6 meses a 2 años). Por otro lado, las patologías infecciosas como la ITU y el síndrome de flujo vaginal se vincularon con el aborto retenido en aproximadamente una cuarta parte de los casos evaluados. El estudio concluye que la incidencia de aborto en la población evaluada está estrechamente vinculada a una combinación de factores biológicos y de comportamiento. Destacan la edad materna avanzada, la adopción de hábitos nocivos y la primiparidad como variables determinantes. Asimismo, la historia reproductiva caracterizada por múltiples abortos previos, periodos intergenésicos reducidos y la presencia de cuadros infecciosos a nivel genitourinario constituyen factores de riesgo críticos que incrementan significativamente la probabilidad de interrupción espontánea del embarazo. ⁽²⁵⁾.

En Lima 2023, Pichilingue León DN, Se ejecutó la tesis titulada: Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en la Clínica Familiar Unión, Huacho-Lima 2022, con el propósito de identificar las variables vinculadas a esta patología en el contexto de una clínica privada. El estudio, que contó con una muestra de 160 gestantes, se estructuró bajo un diseño no experimental, transversal y retrospectivo. Para garantizar la precisión de los hallazgos, el análisis de datos se apoyó en los softwares Excel y SPSS v.23, validando la consistencia

interna del instrumento mediante el coeficiente de confiabilidad Kuder-Richardson (KR-20). El análisis de las pacientes atendidas en la Clínica Familiar Unión permitió identificar un perfil predominante: mujeres en un rango de edad de 28 a 32 años (41,3%), de procedencia urbana (85%), con instrucción secundaria (61,3%) y bajo el estado civil de convivientes (47,5%). Desde una perspectiva clínica, los resultados son significativos por la recurrencia de patologías asociadas: una amplia mayoría presentó infección vaginal (83,8%) e infección urinaria (66,3%). Asimismo, se observó una alta incidencia de condiciones sistémicas como anemia (62,5%) y obesidad (58,8%) entre las mujeres diagnosticadas con aborto incompleto. En relación con los indicadores gineco-obstétricos, el estudio determinó que más de la mitad de las pacientes eran multíparas (55%) y la gran mayoría (66,3%) se encontraba en una etapa gestacional temprana, específicamente con menos de 15 semanas. Un hallazgo crítico fue que el 61,3% ya contaba con antecedentes de abortos previos y el 88,8% manifestó signos de amenaza de aborto antes del desenlace. En conclusión, el aborto incompleto en esta clínica se asocia a un perfil complejo donde convergen infecciones, obesidad y anemia, junto con una historia de multiparidad y pérdidas gestacionales anteriores.⁽²⁶⁾

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En Huánuco 2025, Inocente Duran A, Llevó a cabo la investigación titulada: Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María 2024. El estudio se orientó a evaluar qué variables inciden de manera determinante en la pérdida gestacional espontánea dentro de dicho centro hospitalario. Metodológicamente, se optó por un diseño no experimental con enfoque cuantitativo. Debido a la especificidad del grupo, se aplicó un muestreo censal, analizando a las 41 mujeres que conformaron la totalidad de la población diagnosticada durante el periodo 2024. Para el levantamiento de información, se utilizó la técnica de la encuesta mediante un cuestionario estructurado. La investigación demostró que la pérdida

gestacional espontánea está condicionada por múltiples variables. En el ámbito sociodemográfico, el perfil predominante corresponde a mujeres jóvenes de entre 18 y 23 años, en situación de convivencia y con estudios secundarios. Desde la perspectiva ginecológica, el inicio temprano de la actividad sexual (15 años) fue un factor relevante, mientras que patologías como la diabetes o las infecciones urinarias mostraron una influencia más moderada. Finalmente, en el plano obstétrico, se identificó que las gestaciones mayores a 9 semanas y la falta de antecedentes de amenaza de aborto en el periodo actual son indicadores asociados a la incidencia de este evento en el Hospital de Tingo María. Concluyendo que los factores sociodemográficos, ginecológicos y obstétricos específicos ejercen una influencia importante en la ocurrencia de aborto espontáneo en la población estudiada, destacando la edad materna joven, la convivencia, el nivel educativo medio, el inicio sexual temprano y ciertas características de la edad gestacional. ⁽²⁷⁾.

En Huánuco 2021, Palma Lozano D, et al., Se llevó a cabo el estudio titulado: Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari, Huánuco, 2018-2020, con el propósito de identificar las variables sociales y clínicas vinculadas a la pérdida gestacional repetida. La investigación se basó en una cohorte de 572 pacientes diagnosticadas con aborto en un periodo de dos años. Metodológicamente, se definió como un estudio observacional, retrospectivo y relacional, recolectando la información directamente del Sistema de Información Perinatal (SIP). Para refinar la muestra, se omitieron los casos de embarazos ectópicos y aquellos abortos que ya estaban completos al momento de la admisión hospitalaria. El estudio determinó que la frecuencia de aborto recurrente alcanzó el 32,0% en la población analizada. Socio demográficamente, el perfil predominante fue de mujeres convivientes (64,9%), dedicadas a las labores del hogar (56,5%) y con edades entre los 18 y 29 años (45,3%). Clínicamente, destaca que casi la totalidad de las pacientes (92,3%) requirió un legrado uterino. Los factores que mostraron una asociación estadística

altamente significativa ($p < 0,05$) con la recurrencia de la pérdida gestacional fueron la adolescencia, la soltería, el antecedente de dos o más embarazos, así como la presencia de anemia (tanto antes como después del procedimiento) y el historial de transfusiones sanguíneas. La investigación concluye que la repetición de eventos abortivos está condicionada por un perfil de vulnerabilidad tanto social como clínico. Se determinó que factores sociodemográficos como la adolescencia, la soltería y la ocupación de ama de casa presentan una relación estadística significativa con la recurrencia. En el plano médico, la condición de multigesta (dos o más embarazos), el historial de transfusiones sanguíneas y la presencia de anemia detectada tanto en la etapa previa como posterior a la intervención se consolidan como los principales predictores clínicos del aborto recurrente en la población estudiada. ⁽²⁸⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ABORTO INCOMPLETO

2.2.1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTO CLÍNICO

El aborto incompleto se define como la permanencia de componentes gestacionales dentro del útero tales como restos del saco ovular, membranas o tejido de la placenta tras una interrupción espontánea del embarazo. Clínicamente, esta condición se identifica por la presencia de hemorragia vaginal de cantidad variable y dolor pélvico espasmódico, producto del esfuerzo del miometrio por evacuar los restos embrionarios o fetales que aún se encuentran en la cavidad uterina. Durante el examen ginecológico, es habitual observar un cuello uterino con dilatación parcial o permeabilidad, pudiendo incluso detectarse material gestacional alojado en el canal cervical. Complementariamente, la evaluación ecográfica suele mostrar un revestimiento endometrial engrosado (geq 15 mm), lo cual confirma la presencia de tejido retenido tras la pérdida gestacional. ^(29.30).

2.2.1.2. FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

El origen del aborto incompleto radica habitualmente en anomalías genéticas del embrión. Estos defectos que incluyen poliploidías, translocaciones, deleciones o fallos en la disyunción cromosómica suelen producirse durante la formación de los gametos o en el momento de la concepción. Tales irregularidades interrumpen el desarrollo normal del feto, provocando un fallo gestacional espontáneo que deriva en la evacuación incompleta de los tejidos uterinos. Por lo general, estas fallas genéticas se presentan de manera aleatoria y aislada, lo que implica un pronóstico favorable para futuros embarazos, ya que el riesgo de recurrencia es bajo. No obstante, existe una minoría de casos originados por reordenamientos cromosómicos balanceados en los progenitores, los cuales, aunque no afectan la salud de los padres, pueden comprometer la viabilidad de gestaciones venideras. Dentro de los factores maternos, las patologías de origen endocrino y metabólico juegan un papel crucial al desestabilizar el equilibrio hormonal indispensable para el éxito del embarazo. Condiciones como la diabetes descompensada, las disfunciones tiroideas (hipo e hipertiroidismo), el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la resistencia a la insulina comprometen tanto la implantación como la evolución del feto. Asimismo, el exceso de tejido adiposo u obesidad actúa como un factor de riesgo adicional, debido a que induce un estado de inflamación sistémica y alteraciones en el revestimiento de los vasos sanguíneos (disfunción endotelial).⁽³¹⁾.

Las anomalías en la arquitectura del útero, ya sean de origen congénito como el útero septo o bicornue, o adquiridas como las sinequias (adherencias) y los miomas submucosos, representan obstáculos físicos que comprometen la estabilidad del embarazo. A estas condiciones se suma la incompetencia cervical, que impide al cuello uterino sostener la gestación. Por otro lado, la salud reproductiva se ve amenazada por infecciones de transmisión

sexual y bacterias anaerobias que ascienden por el tracto genital; agentes como Chlamydia y Neisseria provocan procesos inflamatorios en el endometrio y deterioran las membranas, precipitando la interrupción del embarazo. El riesgo de experimentar un aborto espontáneo, y su posterior derivación en una expulsión incompleta, se ve incrementado por factores externos y hábitos de vida. El consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco y estupefacientes, sumado a la exposición ambiental a metales pesados (plomo) o agroquímicos, compromete la estabilidad del embarazo. A esto se añade el impacto del estrés crónico en el organismo materno. Por último, la edad avanzada de la madre (35 años o más) se consolida como un factor crítico y autónomo, ya que el declive de la reserva ovárica y la mayor probabilidad de errores en la división cromosómica (aneuploidías) elevan drásticamente la vulnerabilidad gestacional. ⁽³²⁾.

2.2.1.3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un **aborto incompleto** se basa en la combinación de la historia clínica de la paciente, el examen físico y los hallazgos en la ecografía. A continuación, se detallan los pilares fundamentales para su identificación:

- **Manifestaciones Clínicas:** La paciente suele presentar una hemorragia vaginal continua o profusa, acompañada de dolores abdominales espasmódicos (cólicos).
- **Hallazgos en la Exploración:** Durante el examen ginecológico, es característico encontrar el **cuello uterino dilatado** y, en ocasiones, restos de tejido ovular o embrionario en el canal vaginal, lo que confirma que la expulsión no ha sido total.
- **Signos de Alerta:** En situaciones críticas, puede aparecer inestabilidad en los signos vitales (hipotensión o taquicardia), lo cual indica una urgencia médica que requiere intervención inmediata.

Para establecer el diagnóstico de aborto incompleto mediante imagen, la ecografía transvaginal se consolida como la técnica preferente gracias a su elevada precisión y capacidad para diferenciar esta condición de otros trastornos hemorrágicos.

Los criterios clave se resumen en los siguientes puntos:

- **Hallazgo principal:** La detección de restos ovulares o material ecogénico dentro de la cavidad uterina.
- **Medición diagnóstica:** El estándar más extendido es un grosor de la línea endometrial o del contenido intracavitario **15mm**.
- **Variabilidad:** Es importante notar que dicho umbral puede ajustarse (usando valores menores) según la sintomatología y el contexto específico de la paciente. ⁽³³⁾.

Es crucial distinguir el aborto incompleto de otras condiciones para evitar intervenciones innecesarias o retrasos en el tratamiento. El diagnóstico diferencial se centra principalmente en tres escenarios:

- **Aborto Completo:** A diferencia del incompleto, aquí se observa un **útero vacío** con un endometrio delgado y el cuello uterino ya se encuentra cerrado, indicando que la expulsión ha finalizado totalmente.
- **Aborto Retenido:** Se confirma la muerte del embrión o feto, pero, a diferencia del proceso activo, no ha habido expulsión de tejidos ni dilatación cervical.
- **Gestaciones de Viabilidad Incierta:** Casos donde la imagen inicial no es concluyente. Estos requieren un manejo expectante basado en:

Ecografías seriadas: Para observar cambios en el desarrollo.

beta-hCG sérica: Pruebas cuantitativas de laboratorio para monitorizar la evolución de la hormona del embarazo. ⁽³⁴⁾.

2.2.1.4. ENFOQUES TERAPÉUTICOS RECOMENDADOS

a) Manejo expectante

El **manejo expectante** se define como un periodo de observación clínica en el que se evita cualquier fármaco o procedimiento quirúrgico, confiando en que el cuerpo finalice la expulsión de los tejidos de manera natural. La eficacia final de este método depende directamente de la rigurosidad en el seguimiento clínico y de los criterios específicos empleados para confirmar que el útero ha quedado completamente vacío.⁽³⁵⁾

b) Manejo médico

El tratamiento farmacológico para el aborto incompleto emplea el misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1 cuya función es inducir contracciones uterinas para facilitar la salida de los restos gestacionales. Los aspectos clave de este esquema terapéutico son: Esquemas de dosificación: Generalmente se administra una dosis única, ya sea de 400 µg por vía sublingual o de 600 µg por vía oral. Eficacia: Este método es altamente resolutivo, logrando la limpieza uterina total en aproximadamente el 96% de las pacientes. Tiempo de respuesta: La resolución completa suele observarse en un lapso de entre 14 y 28 días tras la medicación.

El empleo de misoprostol como alternativa terapéutica ofrece múltiples beneficios clínicos y logísticos, aunque no está exento de reacciones adversas leves. Tras la intervención, es indispensable realizar un monitoreo clínico y ecográfico para asegurar que la cavidad uterina esté totalmente despejada y para identificar de forma temprana anomalías como restos persistentes o procesos infecciosos.

La implementación de este protocolo debe regirse por los siguientes principios: Decisión Compartida: La elección del manejo

debe ser un proceso consensuado e informado, donde la paciente participe activamente tras recibir una explicación clara de las opciones. **Gestión de Expectativas:** Es vital que la paciente comprenda las etapas del proceso, los tiempos de resolución y los posibles escenarios o resultados finales. **Seguridad y Vigilancia:** El seguimiento no solo busca confirmar el éxito del tratamiento, sino también garantizar la detección oportuna de cualquier complicación que ponga en riesgo la salud de la mujer. ⁽³⁶⁾.

c) Manejo quirúrgico

El **manejo quirúrgico** se reserva para escenarios de urgencia o cuando los métodos menos invasivos no han sido efectivos. Su objetivo es la evacuación inmediata del útero para salvaguardar la salud de la paciente.

Los puntos más relevantes de este abordaje son:

2.2.2. Indicaciones Clínicas

La cirugía es la opción prioritaria ante:

- **Compromiso Vital:** Inestabilidad hemodinámica o hemorragia severa que no cede.
- **Complicaciones:** Presencia de signos de infección (aborto séptico).
- **Fracaso Terapéutico:** Cuando el manejo médico o la observación no lograron la expulsión de los restos. ⁽³⁷⁾.

Técnicas Quirúrgicas

Existen dos procedimientos principales, con una clara jerarquía de recomendación:

- **Aspiración Uterina (AMEU o Eléctrica):** Es el método de elección. Consiste en la extracción del tejido mediante succión, siendo una técnica más segura y menos traumática.

- **Dilatación y Curetaje (Legrado o D&C):** Implica el raspado de las paredes uterinas. La **OMS** recomienda limitar su uso exclusivamente a situaciones donde no se disponga de equipos de aspiración.

Riesgos Asociados al Legrado

Debido a su naturaleza más agresiva, el legrado presenta una mayor tasa de complicaciones, tales como:

- **Perforación uterina:** Daño accidental a la pared del útero.
- **Síndrome de Asherman:** Formación de adherencias o cicatrices internas que pueden afectar la fertilidad futura.
- **Hemorragia:** Mayor pérdida sanguínea durante el procedimiento en comparación con la aspiración. ⁽³⁸⁾.

2.2.2.1. PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO

El pronóstico del **aborto incompleto** es altamente positivo, siempre que se detecte a tiempo y se aplique el tratamiento correcto según las necesidades de la paciente. El control posterior no es opcional, sino una fase crítica del tratamiento para asegurar que el útero esté completamente limpio. ⁽³⁹⁾.

Según las directrices de **NICE**, el protocolo de recuperación tras un aborto incompleto no solo se centra en la resolución física, sino también en el bienestar integral y reproductivo de la paciente.

Los puntos fundamentales para el periodo postratamiento son:

Protocolo de Seguimiento en Casa

Autodiagnóstico: Se recomienda realizar una prueba de embarazo doméstica unas **tres semanas** después de haber iniciado el manejo médico o expectante.

Criterios de Reevaluación: Es obligatoria una revisión ecográfica inmediata y la valoración de tratamientos adicionales si:

- El test de embarazo resulta **positivo**.
- Persisten síntomas de alarma como **dolor intenso** o **hemorragia profusa**.

Cuidados Integrales y Consejería

El abordaje tras la pérdida gestacional debe incluir tres pilares de orientación:

Planificación Familiar: Asesoría sobre métodos anticonceptivos inmediatos para aquellas pacientes que deseen postergar un nuevo embarazo.

Futura Concepción: Información clara sobre los plazos biológicos recomendados para intentar un nuevo embarazo de forma segura.

Salud Mental: Proporcionar acompañamiento emocional y apoyo psicológico para ayudar a la paciente y a su entorno a procesar el duelo por la pérdida. ⁽⁴⁰⁾.

2.2.3. FACTORES ASOCIADOS

2.2.3.1. FACTORES OBSTÉTRICOS

a) **Edad:** En el ámbito obstétrico, la edad materna actúa como un factor crítico que condiciona el éxito del embarazo. Los extremos de la vida reproductiva aumentan la vulnerabilidad ante complicaciones, entre ellas, el desarrollo de un aborto incompleto. El impacto de la edad se divide principalmente en dos grupos de riesgo: Adolescentes y Mujeres Jóvenes: El riesgo se asocia frecuentemente a la inmadurez biológica del sistema reproductivo. Además, factores externos como entornos socioeconómicos precarios pueden comprometer el

desarrollo óptimo de la gestación. Mujeres Mayores de 35 años: En este grupo, la probabilidad de una pérdida gestacional parcial aumenta debido a: Calidad Ovocitaria: El envejecimiento de los óvulos incrementa la posibilidad de anomalías. Comorbilidades: Una mayor presencia de patologías crónicas (como hipertensión o diabetes). Factor Hormonal: Alteraciones en el equilibrio endocrino que dificultan el mantenimiento del embarazo. ⁽⁴¹⁾.

b) Paridad: En el contexto de la obstetricia, la **paridad** se refiere a la cantidad de embarazos que han llegado a la etapa de viabilidad del feto, sin que influya el resultado del nacimiento (vivo o muerto). Este antecedente es un indicador clave del historial reproductivo que puede condicionar la aparición de un aborto incompleto. ⁽⁴²⁾.

c) Abortos previos: En la evaluación del riesgo reproductivo, los antecedentes de abortos previos son un indicador fundamental. Haber experimentado una o más pérdidas gestacionales aumenta la susceptibilidad de presentar un aborto incompleto en el futuro, debido a una combinación de factores anatómicos, fisiológicos y clínicos. ⁽⁴³⁾.

d) Periodo intergenésico: El periodo intergenésico se refiere al lapso que transcurre desde la finalización de una gestación hasta el comienzo de la siguiente. En obstetricia, los extremos de este intervalo (ya sea muy breve o muy extenso) actúan como factores de riesgo para desarrollar complicaciones, como el aborto incompleto. El impacto de estos intervalos se explica de la siguiente manera: Intervalos Cortos (menores a 6 meses): El cuerpo materno no cuenta con el tiempo suficiente para recuperarse plenamente. Esto conlleva un déficit en las reservas nutricionales, desequilibrios hormonales persistentes y una falta de restauración de los tejidos del útero y el cuello uterino tras el parto anterior. Intervalos Prolongados (mayores

a 59 meses): Un exceso de tiempo entre embarazos se asocia con un declive en la condición física reproductiva. Además, a mayor tiempo, aumenta la probabilidad de que la madre haya desarrollado patologías crónicas que comprometan la viabilidad del nuevo embarazo. ⁽⁴⁴⁾.

- e) Anemia:** La anemia en la gestación se identifica cuando los niveles de hemoglobina descienden por debajo de los límites estándar establecidos por la OMS (usualmente < 11 g/dL). Esta condición no solo afecta la salud general de la madre, sino que es un factor determinante en la evolución de un aborto incompleto. El impacto de la anemia se manifiesta a través de los siguientes mecanismos: Hipoxia Tisular: La reducción en el transporte de oxígeno hacia la unidad feto-placentaria compromete seriamente la viabilidad del embarazo, aumentando el riesgo de una interrupción espontánea. Disfunción Uterina: La deficiencia de hierro y nutrientes afecta la musculatura del útero. Un útero anémico puede carecer de la energía necesaria para generar contracciones efectivas, lo que impide la expulsión total de los tejidos y deriva en un cuadro incompleto. Contexto Multifactorial: Generalmente, la anemia ferropénica coexiste con carencias nutricionales, enfermedades crónicas o entornos socioeconómicos vulnerables que, en conjunto, deterioran la respuesta del organismo ante una pérdida gestacional. ⁽⁴⁵⁾.

2.2.3.2. FACTORES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PREVIAS

- a) Infecciones:** En el ámbito obstétrico, las infecciones (tanto genitales como sistémicas) previas o durante la gestación son determinantes críticos en la pérdida del embarazo. La presencia de patógenos específicos y procesos infecciosos generales desencadenan mecanismos que impiden la expulsión total del tejido gestacional. Factores Determinantes y Patógenos Clave

Agentes de Transmisión Sexual: Microorganismos como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum* son precursores comunes de complicaciones. Infecciones Sistémicas: Procesos virales o bacterianos que afectan al organismo de forma generalizada. ⁽⁴⁶⁾.

b) **Parto pretérmino:** En obstetricia, el parto pretérmino se sitúa cronológicamente entre las 22 y 37 semanas de gestación. Más allá del evento inmediato, contar con este antecedente representa un factor de riesgo significativo para futuros embarazos, aumentando la probabilidad de sufrir un aborto incompleto. Factores de Riesgo Persistentes La vinculación entre ambos eventos suele deberse a condiciones subyacentes que no se resuelven tras el primer parto y que afectan la viabilidad de nuevas gestaciones: Deficiencias Estructurales: La incompetencia cervical y las anomalías en la forma o estructura del útero. Patologías Médicas: Trastornos de hipertensión y la presencia de infecciones dentro de la cavidad uterina. Disfunción Muscular: El daño previo en el miometrio (músculo uterino) puede mermar su capacidad para generar contracciones efectivas. Impacto en la Expulsión Gestacional. El historial de un parto prematuro puede dejar secuelas funcionales en el sistema reproductivo que predisponen al aborto incompleto de dos maneras: Predisposición a la Pérdida: Facilita la interrupción temprana del embarazo debido a la fragilidad del entorno uterino. Expulsión Ineficiente: El deterioro funcional del cuello uterino y del miometrio impide que el útero vacíe su contenido de forma total, provocando la retención de restos placentarios o embrionarios. ⁽⁴⁷⁾.

c) **Hemorragias:** Los eventos hemorrágicos ocurridos en embarazos anteriores, independientemente del trimestre en que se presenten, funcionan como indicadores de riesgo para el desarrollo de un aborto incompleto en gestaciones futuras.

Causas y Secuelas Orgánicas Hemorragias derivadas de cuadros clínicos como la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) o hemorragias posparto, pueden alterar la fisiología reproductiva de la siguiente manera: Deterioro Funcional: Afectan la capacidad contráctil del miometrio y la integridad del endometrio, elementos vitales para una expulsión gestacional efectiva. Alteraciones Anatómicas: Pueden producir daños estructurales persistentes en el útero y el cuello uterino. ⁽⁴⁸⁾.

d) Retención de restos placentarios: La retención de restos placentarios consiste en la permanencia accidental de fragmentos de placenta o membranas ovulares dentro del útero tras un evento obstétrico (parto o aborto). Aunque sus riesgos inmediatos son la hemorragia y la infección, su impacto se extiende como un factor de riesgo crítico para el aborto incompleto en embarazos futuros. Consecuencias Estructurales y Funcionales. La persistencia de tejido y las intervenciones asociadas para su extracción pueden alterar la anatomía uterina de las siguientes formas: Desarrollo de Sinequias: La formación de adherencias intrauterinas (síndrome de Asherman) que distorsionan la cavidad. Deterioro del Endometrio: Cicatrización y daños en la capa interna del útero que comprometen la calidad del tejido donde debe implantarse el nuevo embrión. Inflamación Crónica: Favorece un estado inflamatorio persistente que puede ser hostil para el desarrollo gestacional normal. ⁽⁴⁹⁾.

2.2.3.3. FACTORES DE PROCEDIMIENTO GINECOLÓGICOS PREVIOS

a) Legrado uterino: El legrado uterino es una intervención quirúrgica basada en la dilatación del cuello del útero y la extracción del tejido endometrial (mediante raspado o aspiración). Aunque es una herramienta esencial para tratar hemorragias y completar abortos previos, su ejecución puede

dejar huellas que predisponen a un aborto incompleto en el futuro. Secuelas Anatómicas y Funcionales. El procedimiento puede derivar en alteraciones que comprometen la integridad del aparato reproductor: Síndrome de Asherman: Formación de sinequias (adherencias) que distorsionan la cavidad uterina. Debilitamiento Cervical: Riesgo de incompetencia cervical, lo que afecta el soporte mecánico del embarazo. Deterioro del Endometrio: Adelgazamiento de la mucosa uterina, dificultando una implantación embrionaria saludable. ⁽⁵⁰⁾.

b) AMEU: La **AMEU** es una técnica ginecológica diseñada para vaciar la cavidad uterina utilizando presión negativa manual. Se emplea principalmente para resolver abortos (incompletos o retenidos) durante el primer trimestre o para biopsias endometriales. Si bien se considera menos invasiva y con un perfil de seguridad superior al legrado tradicional, su uso recurrente no está exento de riesgos para gestaciones futuras. Consecuencias de la Intervención Repetida. A pesar de su naturaleza menos traumática, la ejecución frecuente de este procedimiento puede derivar en secuelas clínicas importantes: Alteraciones Estructurales: Puede provocar el debilitamiento del cuello uterino (incompetencia cervical) o el desarrollo de sinequias (adherencias intrauterinas). Daño Tisular: Existe el riesgo de generar lesiones en el endometrio que comprometen la calidad del tejido para una futura anidación. ⁽⁵¹⁾.

c) Cesáreas: La **cesárea** es una intervención quirúrgica mayor diseñada para finalizar el embarazo mediante una incisión en el abdomen y el útero. Aunque es un procedimiento estándar, su presencia como antecedente clínico altera la fisiología uterina, lo que puede condicionar la resolución de futuros embarazos. Secuelas Anatómicas y Funcionales. La cicatrización uterina (histerotomía) y el proceso de recuperación postquirúrgica generan cambios estructurales que elevan el riesgo de un

aborto incompleto: Cicatrices y Adherencias: La presencia de tejido cicatricial y adherencias dentro de la cavidad abdominal y uterina modifica la arquitectura normal del órgano. Disfunción Muscular: La integridad del miometrio se ve alterada, lo que puede comprometer la capacidad del útero para generar contracciones coordinadas y efectivas. Trastornos de Adherencia Placentaria: Las cesáreas recurrentes incrementan drásticamente el riesgo de patologías graves como la placenta previa y el espectro de placenta acreta (donde la placenta se adhiere profundamente a la cicatriz). ⁽⁵²⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. Aborto espontaneo

El aborto espontáneo es la interrupción involuntaria de la gestación que ocurre de forma natural, sin mediar intervención externa. Clínicamente, se sitúa antes de alcanzar las 20 o 22 semanas de desarrollo, o cuando el feto no ha logrado superar los 500 gramos de peso. Etiología y Causas Principales. Esta pérdida suele ser el resultado de diversos factores biológicos y sistémicos, entre los que destacan: Factores Genéticos: Anomalías en los cromosomas del embrión o feto. Factores Maternos: Alteraciones en la estructura del útero, desequilibrios del sistema endocrino (hormonal) o patologías de origen inmunológico. Procesos Infecciosos: Presencia de patógenos que comprometen la viabilidad del embarazo. ⁽⁵³⁾.

2.3.2. Aborto incompleto

El aborto incompleto se produce cuando el organismo no logra evacuar la totalidad del tejido gestacional antes de las 20 a 22 semanas. En este cuadro, parte del producto de la concepción ya sean membranas o fragmentos placentarios permanece dentro del útero tras una expulsión parcial. Manifestaciones Clínicas. El diagnóstico se apoya habitualmente en una tríada de síntomas característicos: Hemorragia Vaginal: Sangrado constante que suele ser más profuso que una menstruación

normal. Dolor Pélvico: Contracciones uterinas persistentes (cólicos) causadas por el intento del útero de expulsar los restos. Sintomatología Infecciosa: En ciertos casos, puede presentarse fiebre o flujo con mal olor si el tejido retenido se contamina. ⁽⁵⁴⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existen factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

Ho: No existen factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Primera hipótesis específica:

Hi₁: Existen factores obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

Ho₁: No existen factores obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

Segunda hipótesis específica:

Hi₂: Existen factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

Ho₂: No existen factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

Tercera hipótesis específica:

Hi₃: Existen factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

Ho₃: No existen factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✓ Factores asociados

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- ✓ Aborto incompleto

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	NIVEL MEDICIÓN	DE INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores asociados	Se definen como el conjunto de eventos clínicos previos tanto de naturaleza obstétrica como quirúrgica que condicionan la salud reproductiva de la paciente. Estos elementos actúan como factores predisponentes (que aumentan la vulnerabilidad) o desencadenantes (que facilitan el evento) para que un aborto no se	La obtención de la información se realizará a través del análisis documental de las historias clínicas correspondientes a las pacientes del Centro de Salud Aparicio Pomares durante el periodo 2025	Factores obstétricos	Edad	≤19 años	Ordinal	-
					20-34 años	Cuantitativa	
					≥ 35 años		
				Paridad	Nulípara	Nominal Cualitativa	-
					Primípara		
					Múltipara		
					Gran Múltipara		
				N° de abortos previos	Ninguno	Ordinal Cuantitativa	-
					1		
					2		
Factores asociados	Estos elementos actúan como factores predisponentes (que aumentan la vulnerabilidad) o desencadenantes (que facilitan el evento) para que un aborto no se	correspondientes a las pacientes del Centro de Salud Aparicio Pomares durante el periodo 2025	Factores obstétricos	Periodo intergenésico	>3	Nominal Cualitativa	-
					PIC < 18 meses		
					PIL > 5 anos		
				Anemia pregestacional	Leve (hb 9 gr/dl - 11 gr/dl)	Ordinal Cualitativa	-
					Moderada (hb 7 gr/dl - 9 gr/dl)		
					Severa (hb <7 gg/dl)		
					Presento		
				N° de abortos previos	1	Ordinal Cuantitativa	-
					2		
					>3		

complete de forma natural.	Factores de complicaciones obstétricas previas	Infecciones del tracto urinario	No presento	Nominal dicotómica Cualitativa	-
		Parto pretérmino	Presento	Nominal	-
			No presento	dicotómica Cualitativa	
		Hemorragia posparto	Presento	Nominal	-
			No presento	dicotómica Cualitativa	
		Retención de restos placentarios	Presento	Nominal	-
			No presento	dicotómica Cualitativa	
	Factores de procedimiento ginecológicos previos	Legrado uterino	Presento	Nominal	-
			No presento	dicotómica Cualitativa	
		AMEU	Presento	Nominal	-
			No presento	dicotómica Cualitativa	
		Cesáreas	Presento	Nominal	-
			No presento	dicotómica Cualitativa	

VARIABLE DEPENDIENTE: Aborto incompleto	El aborto incompleto se describe como la pérdida de la gestación que la verificación en las historias clínicas de la semana 22, las pacientes caracterizadas por atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el Aborto incompleto en el año 2025, registrando este proceso, la presencia o ausencia de aborto en el organismo no logra expulsar la totalidad del tejido confirmado por diagnóstico clínico y/o ecográfico. permanencia de restos ovulares en el útero.	Si	Presento aborto incompleto	Nominal dicotómica Cualitativa	-
		No			

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se clasifica como un estudio aplicado, observacional y no experimental. Su carácter aplicado reside en el propósito de analizar los factores vinculados al aborto incompleto dentro de un entorno clínico real y determinado. El estudio posee un carácter observacional, puesto que se limita a describir y analizar las variables en su entorno clínico natural. Al no existir una manipulación deliberada de los eventos ni intervención en el fenómeno, los datos se recogen tal como se presentan en la realidad. De igual manera, la investigación adopta un diseño transversal, ya que el levantamiento de la información se realizará en un periodo de tiempo único y determinado, correspondiente al año 2025. Por último, posee un carácter retrospectivo, ya que el estudio se fundamenta en el análisis de fuentes secundarias. La información se recabará mediante la revisión sistemática de historias clínicas correspondientes a eventos de salud ya acontecidos.

3.1.1. ENFOQUE

Bajo la perspectiva de Hernández Sampieri et el enfoque **cuantitativo** facilita la obtención de hallazgos objetivos con capacidad de generalización mediante el procesamiento estadístico de datos. En este sentido, la presente investigación se adscribe a dicho enfoque, puesto que las variables vinculadas al aborto incompleto tales como la edad, paridad, historial obstétrico y complicaciones previas serán cuantificadas y examinadas mediante herramientas numéricas.

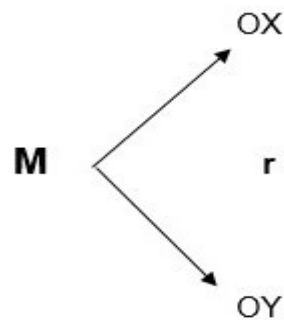
3.1.2. NIVEL

De acuerdo con Hernández Sampieri et al., las investigaciones de carácter correlacional se centran en establecer el grado de vinculación entre dos o más conceptos o variables. Bajo esta premisa, el presente estudio se sitúa en un nivel correlacional, ya que busca analizar cómo se

relacionan diversos factores obstétricos, el historial clínico y las intervenciones ginecológicas previas con la incidencia de abortos incompletos en las pacientes del Centro de Salud Aparicio Pomares. ⁽⁵⁵⁾,

3.1.3. DISEÑO

El estudio se regirá por un diseño no experimental de corte correlacional y transversal. Es no experimental debido a que los fenómenos se analizarán en su entorno natural sin intervención en las variables. Asimismo, posee un enfoque correlacional al orientarse a determinar el vínculo entre los factores de riesgo y el aborto incompleto, y es transversal puesto que el levantamiento de datos se limitará exclusivamente al periodo correspondiente al año 2025.



Leyenda:

M= Muestra

OX: variable independiente

OY: variable dependiente

r: relación entre las variables de estudio.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

El universo de estudio está constituido por 102 registros clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, quienes recibieron atención médica en el Centro de Salud Aparicio Pomares (Huánuco) a lo largo del periodo anual 2025.

Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2025.
- ✓ Pacientes con diagnóstico confirmado de aborto incompleto según criterios clínicos y/o ecográficos registrados en la historia clínica.
- ✓ Historias clínicas con información completa y legible respecto a las variables sociodemográficas y clínicas de interés.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico de aborto completo, aborto diferido, embarazo ectópico, embarazo molar u otras causas de sangrado genital no relacionadas con aborto incompleto.
- ✓ Historias clínicas incompletas, ilegibles o con datos insuficientes para la recolección de variables.

3.2.2. SELECCIÓN DE MUESTRA Y MUESTREO

El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante el software especializado Epidat 4.2, herramienta orientada al análisis epidemiológico en salud pública. Para dicho procedimiento, se establecieron los siguientes criterios: un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una probabilidad de ocurrencia estimada en un 95%.

El programa aplica la siguiente fórmula probabilística:

$$n = \frac{(Z^2) (p) (q) (N)}{(e^2) (N - 1) + (Z^2)(p)(q)}$$

Donde:

n = tamaño de muestra buscado.

Z = parámetro estadístico asociado al nivel de confianza.

p = probabilidad de ocurrencia del evento.

$q = (1-p)$ probabilidad de no ocurrencia del evento.

N = tamaño de la población.

e = error máximo aceptado.

Reemplazando los valores:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 100}{(0.05)^2 (100 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 100}{(0.05)^2 (99) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 80$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra quedó establecido en 80 historias clínicas de mujeres con aborto incompleto atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares en el año 2025.

Según lo establecido por Hernández-Sampieri ⁽⁴⁹⁾, el muestreo aleatorio simple es un procedimiento probabilístico donde cada unidad de análisis posee una oportunidad idéntica de ser elegida. Bajo esta premisa, la presente investigación empleará este método para asegurar que la totalidad de las historias clínicas que conforman la población tengan la misma probabilidad de integrar la muestra final.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación se fundamentó en la técnica de revisión documental, definida como el proceso estructurado de localización, clasificación y examen de datos en registros previos. Específicamente, se analizaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto que recibieron atención en el Centro de Salud Aparicio

Pomares durante el periodo 2025. Esta técnica destaca por su **objetividad y fiabilidad**, ya que se basa en registros elaborados por personal sanitario durante la práctica clínica. Al permitir el análisis de variables clave como perfiles sociodemográficos, antecedentes obstétricos y detalles de intervenciones ginecológicas se consolida como un recurso fundamental para el cumplimiento de los fines investigativos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el acopio de información se empleará una ficha de recolección de datos estructurada, diseñada específicamente a partir de la operacionalización de las variables en estudio.

Este instrumento organiza de forma sistemática factores obstétricos, complicaciones previas y antecedentes ginecológicos (como legrados o cesáreas), vinculándolos directamente con el diagnóstico de aborto incompleto como variable dependiente. Su estructura garantiza la homogeneidad de los datos, optimizando así el procesamiento estadístico posterior.

3.3.1.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para asegurar que el instrumento sea pertinente y responda a los objetivos de la investigación, se realizará una **validación de contenido a través del juicio de expertos**. En este proceso, especialistas en ginecología, obstetricia y metodología de la investigación examinarán la ficha técnica bajo criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia.

3.3.1.2. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se fundamentó en los pilares éticos de la investigación biomédica: respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Asimismo, la ejecución del proyecto se ajustó estrictamente a los lineamientos de la Declaración de Helsinki, así como a los marcos legales vigentes a nivel nacional e institucional sobre la protección de sujetos humanos.

Al tratarse de un estudio basado en la revisión de historias clínicas, se mantendrá el estricto anonimato y la confidencialidad de los datos personales. Para ello, se implementó un sistema de codificación que desvincule la identidad de las pacientes de la información recolectada, la cual fue utilizada únicamente con propósitos científicos. Además, debido a la naturaleza retrospectiva de la investigación, el proceso no conlleva riesgos físicos, psicológicos ni sociales para las participantes.

Para la ejecución del estudio, se obtuvo el permiso formal del Centro de Salud Aparicio Pomares, cumpliendo con los protocolos administrativos y éticos establecidos por la entidad. Este procedimiento garantiza que el acceso a las historias clínicas se maneje bajo principios de transparencia y responsabilidad, salvaguardando en todo momento los derechos y la privacidad de las usuarias.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

3.4.1.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Tras el levantamiento de la información, los instrumentos fueron sometidos a una auditoría manual para asegurar que los datos fueran íntegros, legibles y lógicos. Acto seguido, se procedió a la transformación de las variables cualitativas y categóricas en valores numéricos mediante un proceso de codificación, facilitando así su tratamiento estadístico.

La fase de tabulación se llevará a cabo inicialmente en Microsoft Excel, donde se estructurará la matriz de datos original. Tras la consolidación y limpieza de la información, los registros se transferirán a un software especializado (como el SPSS) para ejecutar el análisis estadístico avanzado, garantizando así la exactitud de los resultados.

Antes del procesamiento estadístico, se realizó una depuración de la matriz de datos con el objetivo de identificar y subsanar discrepancias, errores de digitación o registros incompletos. Este proceso de control de calidad asegura la consistencia y fiabilidad del estudio, permitiendo que los hallazgos finales gocen de solidez científica y puedan ser verificados con exactitud.

3.4.1.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

La estrategia de tabulación consistió en el ordenamiento sistemático de la información en matrices estadísticas diseñadas para simplificar y clarificar los hallazgos. En una primera fase, se generarán tablas de frecuencia absoluta y porcentual para caracterizar las variables del estudio, incluyendo el perfil demográfico (edad), antecedentes reproductivos (paridad, abortos previos, periodo intergenésico) y factores clínicos (complicaciones obstétricas y procedimientos ginecológicos previos). El análisis de los datos se estructurará en dos etapas: primero, mediante tablas univariadas para caracterizar de forma independiente a la población; y segundo, a través de tablas bivariadas para examinar el vínculo entre los factores de riesgo y la variable dependiente (aborto incompleto). Para determinar la relevancia estadística de estas asociaciones entre variables categóricas, se empleará la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), estableciendo un umbral de significancia del 5\% ($p < 0.05$). Finalmente, el soporte visual de los hallazgos incluirá diagramas de barras, sectores e histogramas, optimizando la interpretación de los objetivos.

3.4.2. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los procesamientos descriptivos facilitaron el perfilamiento de la muestra y el comportamiento de las variables de interés. Para los datos de naturaleza cualitativa, tales como los antecedentes

obstétricos y las complicaciones previas, se determinarán las frecuencias absolutas y porcentuales. Por otro lado, las variables cuantitativas (edad y paridad previa) se analizarán mediante medidas de tendencia central media, mediana y moda junto con sus respectivas medidas de dispersión, incluyendo la desviación estándar y los rangos mínimos y máximos. ⁽⁵⁶⁾.

La exposición de los hallazgos se realizó mediante herramientas de visualización estadística, tales como tablas descriptivas y gráficos de barras, sectores o histogramas. Esta sistematización busca proporcionar una lectura estructurada y coherente de los datos, facilitando así el análisis de los perfiles clínicos y sociodemográficos de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto en el Centro de Salud Aparicio Pomares.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ABORTO INCOMPLETO

Tabla 1. Diagnóstico de aborto incompleto

Diagnóstico de aborto incompleto	N°	%
Si	78	97
No	02	03
Total	80	100

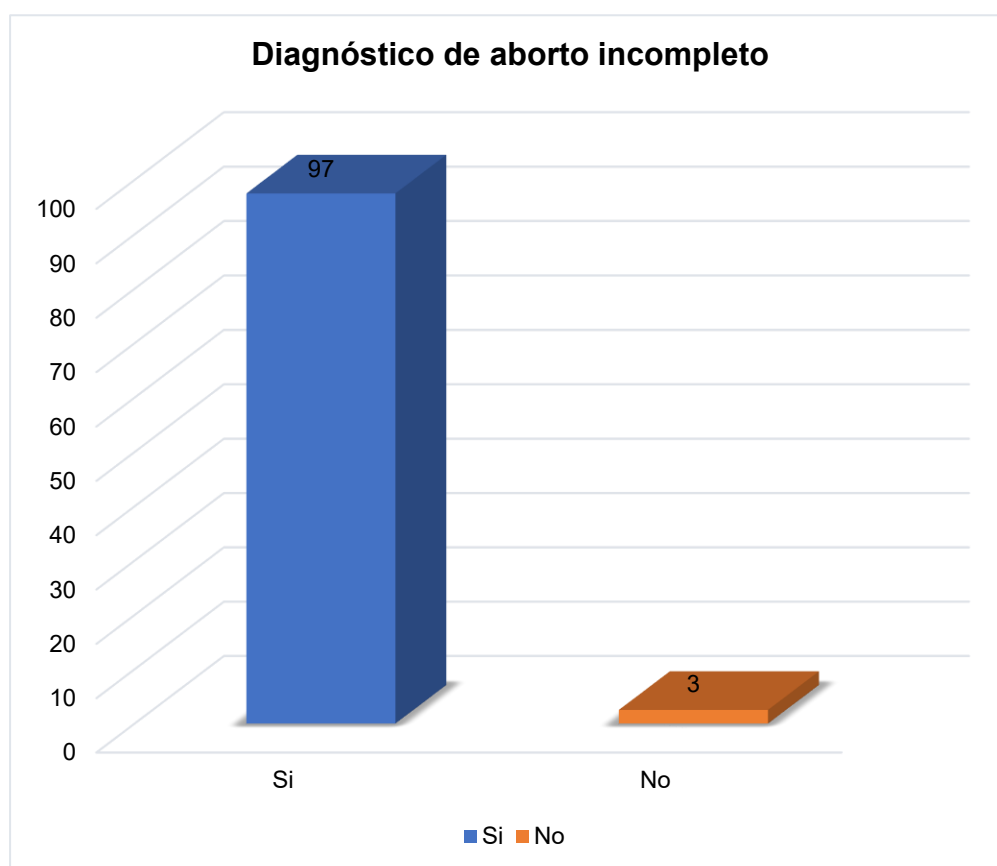


Gráfico 1. Diagnóstico de aborto incompleto

Interpretación. Se observan en los resultados en cuanto al diagnóstico de aborto incompleto el 97% si tuvo dicho diagnóstico, en tanto que el 03% no las tuvo.

4.2. FACTORES OBSTÉTRICOS

Tabla 2. Edad

Edad	N°	%
≤19 años	18	23
20-34 años	41	51
≥35 años	21	26
Total	80	100

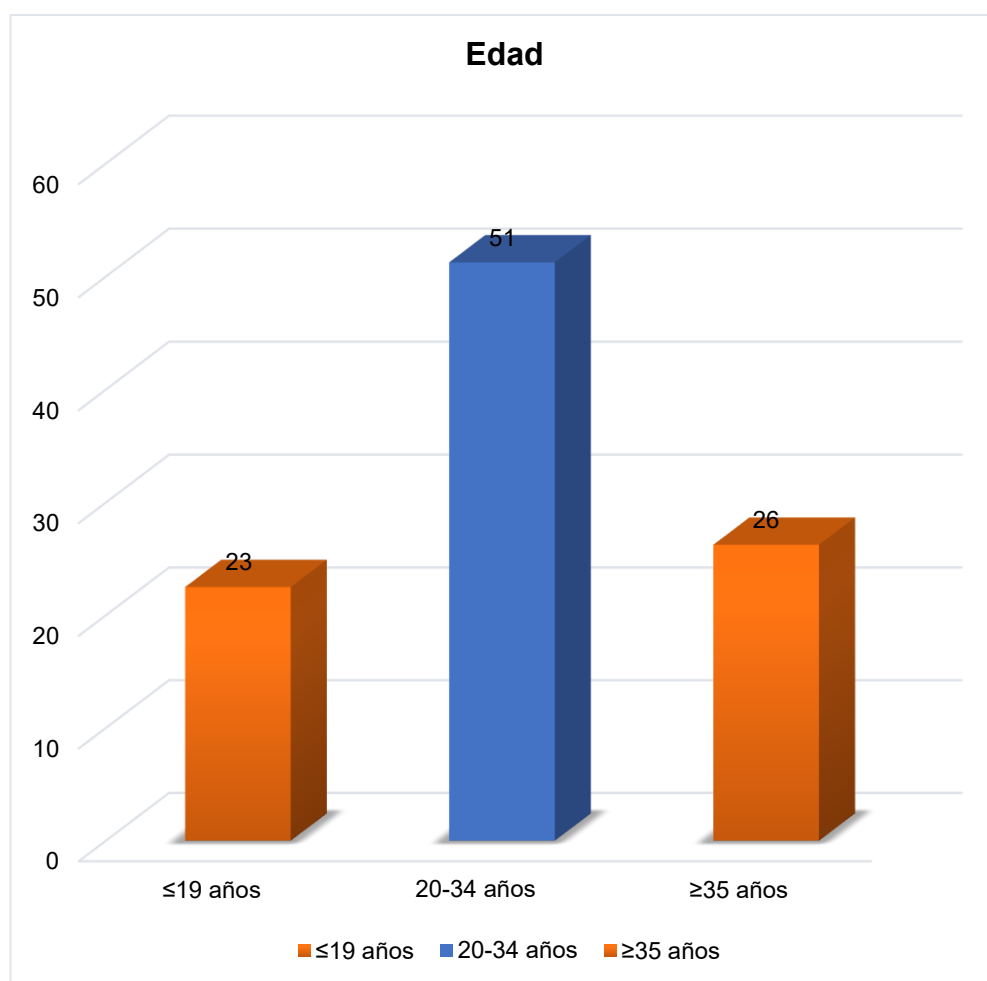


Gráfico 2. Diagnóstico de aborto incompleto

Interpretación. Los resultados nos muestran edades de entre 20 a 34 años con el 51%, edades menores o iguales a 19 años con el 23% y edades de mayores o iguales a 35 años con el 26%.

Tabla 3. Paridad

Paridad	N°	%
Nulípara	11	14
Primípara	14	18
Múltipara	35	44
Gran múltipara	20	25
Total	80	100

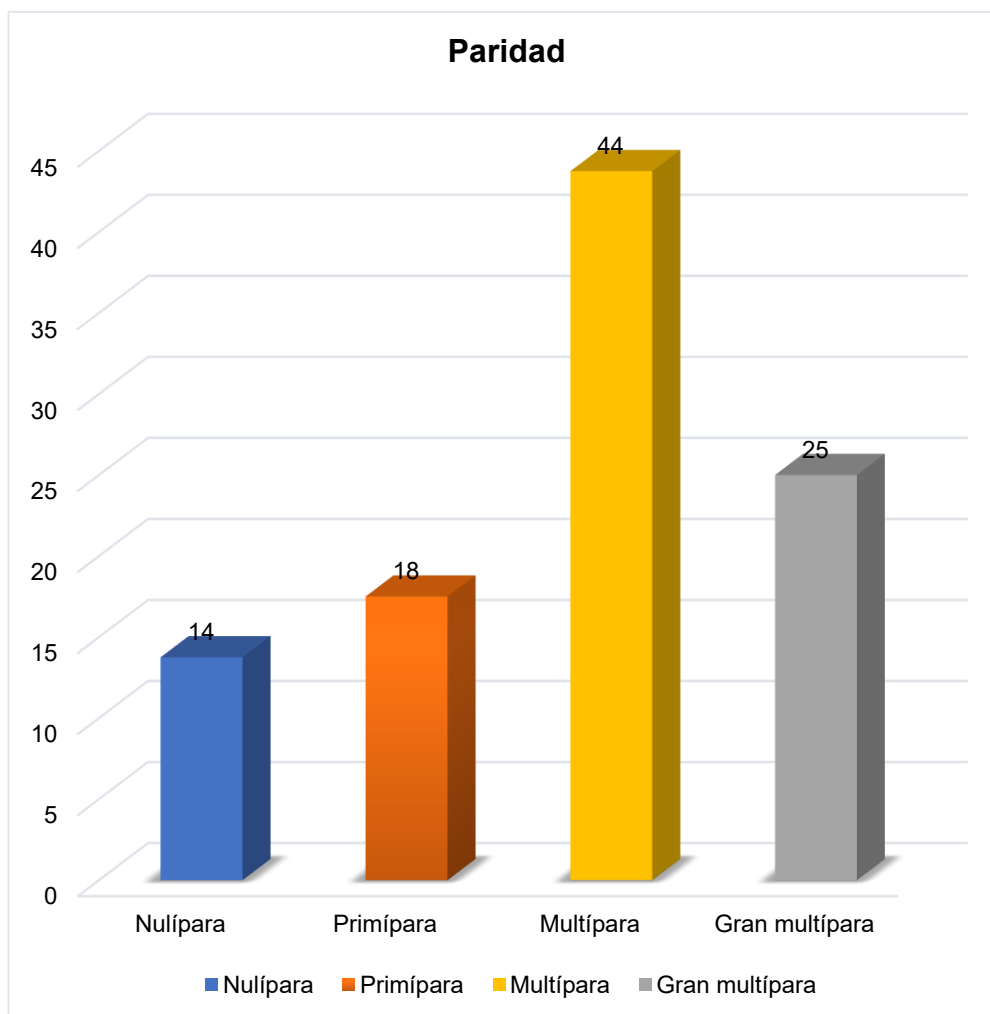


Gráfico 3. Paridad

Interpretación. En los resultados observamos referente a la paridad: 14% nulíparas, 18% primíparas, 44% múltiparas y 25% gran múltiparas.

Tabla 4. N° de abortos previos

N° de abortos previos	N°	%
Ninguno	33	41
Uno	31	39
Dos	16	20
Total	80	100

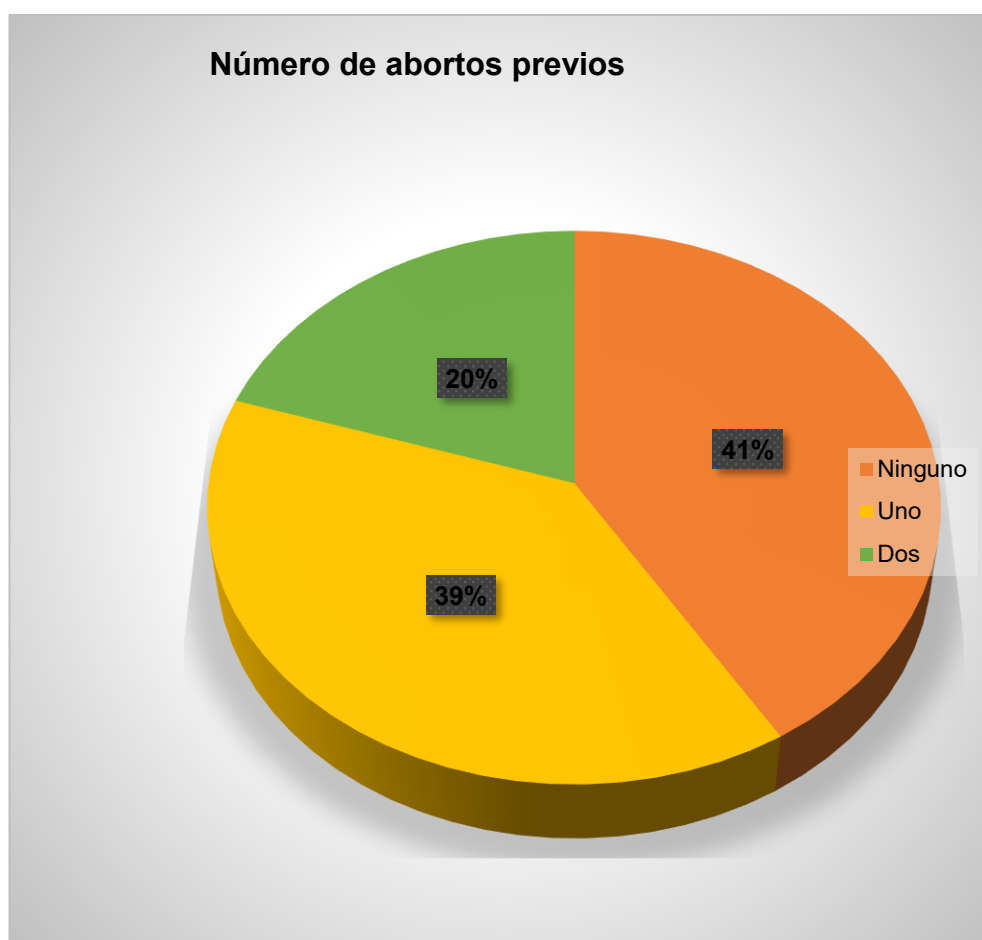


Gráfico 4. N° de abortos previos

Interpretación. En los resultados se observa refernet al número de abortos previos el 41% no tuvo abortos previos, el 39% tuvo un aborto, el 20% tuvo dos abortos previos.

Tabla 5. Período intergenésico

Período intergenésico	N°	%
Corto	15	19
Normal	44	55
Largo	21	26
Total	80	100

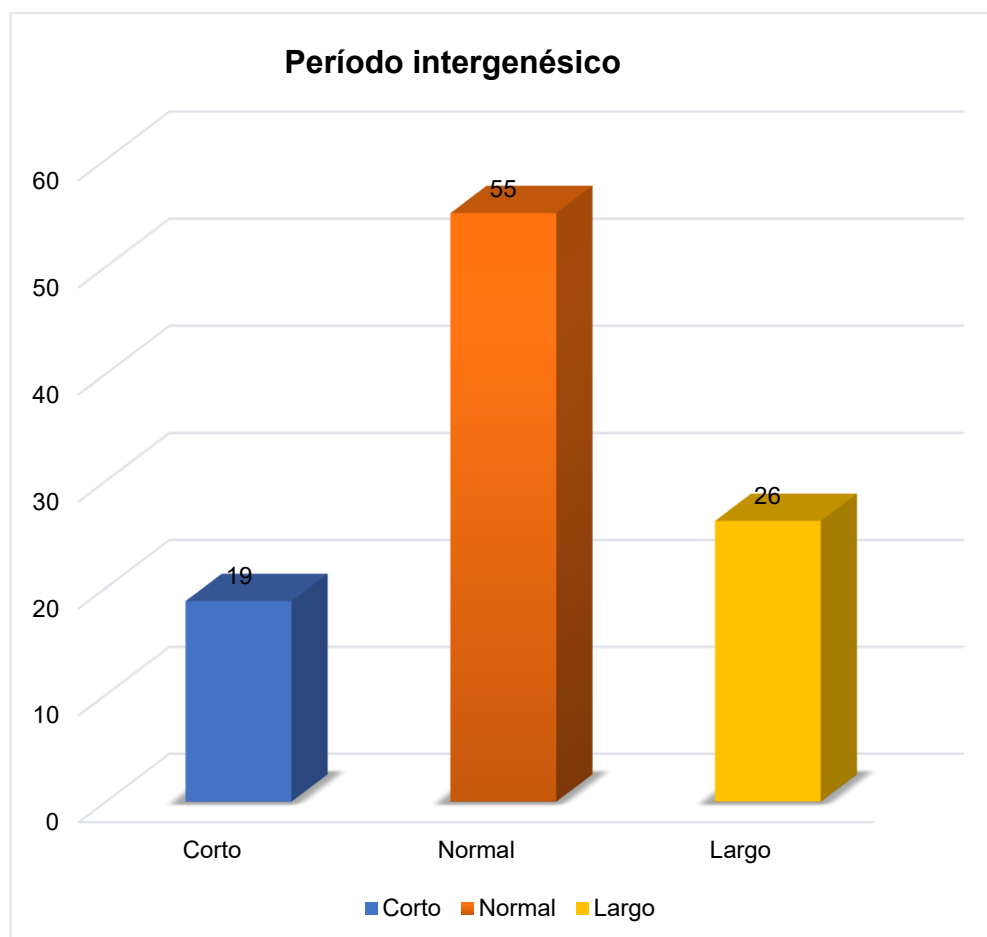


Gráfico 5. Período intergenésico

Interpretación. Los resultados nos muestran al 19% con período intergenésico corto, al 55% con período intergenésico normal y al 26% con período intergenésico largo.

Tabla 6. Anemia gestacional

Anemia gestacional	N°	%
Leve (Hb 9–11 gr/dl)	33	41
Moderada (Hb 7–9 gr/dl)	31	39
Severa (Hb <7 gr/dl)	16	20
Total	80	100

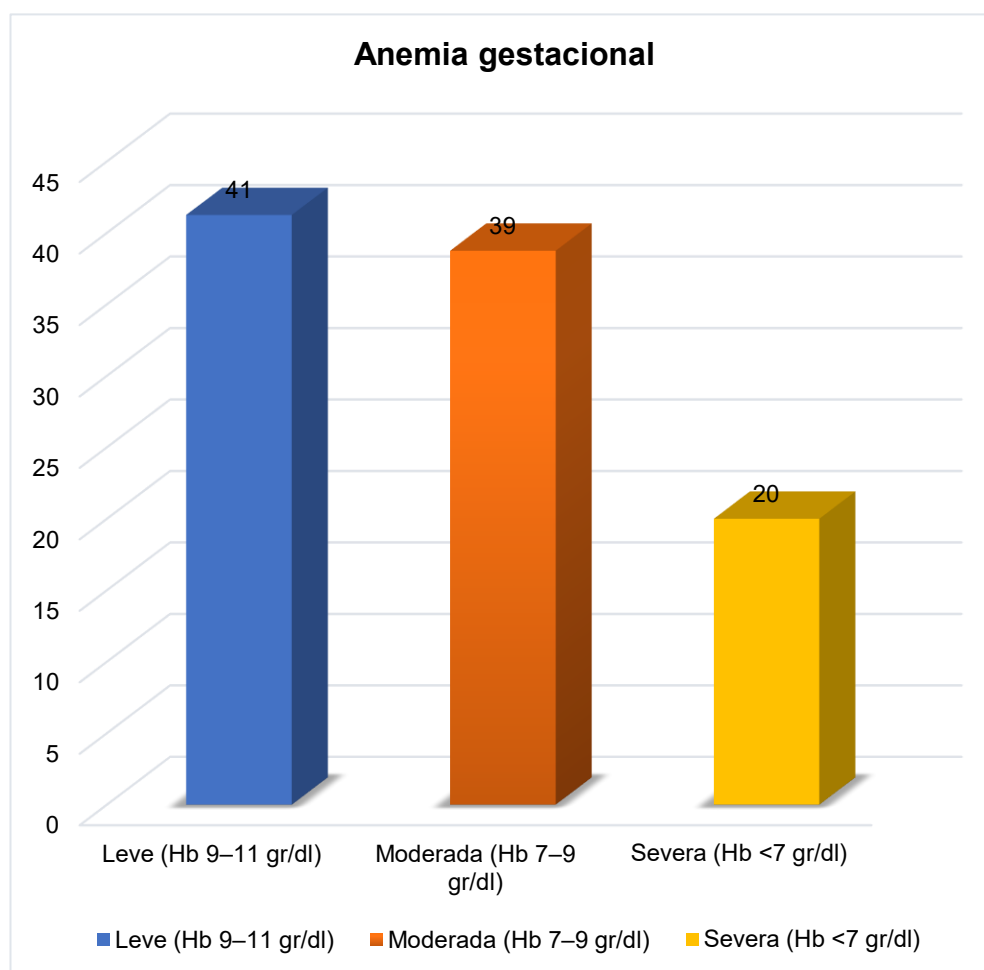


Gráfico 6. Anemia gestacional

Interpretación. Observamos en los resultados al 41% con anemia gestacional leve, al 39% con anemia gestacional moderada y al 20% con anemia gestacional severa.

4.3. FACTORES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PREVIAS

Tabla 7. Infecciones del tracto urinario

Infecciones del tracto urinario	N°	%
Presentó	65	81
No presentó	15	19
Total	80	100

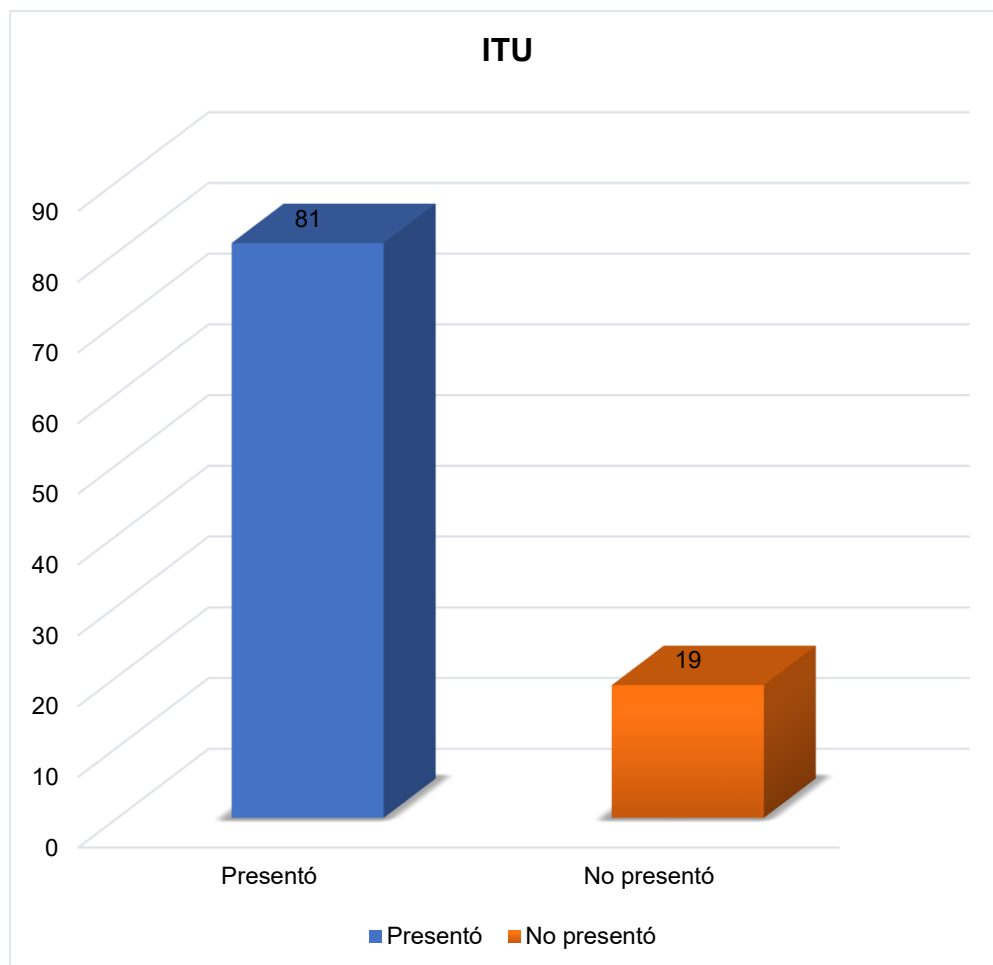


Gráfico 7. Infecciones del tracto urinario

Interpretación. Los resultados nos muestran al 81% que presentaron infección del tracto urinario y el 19% que no presentó dicha patología.

Tabla 8. Parto pre término

Parto pre término	N°	%
Presentó	27	34
No presentó	53	66
Total	80	100

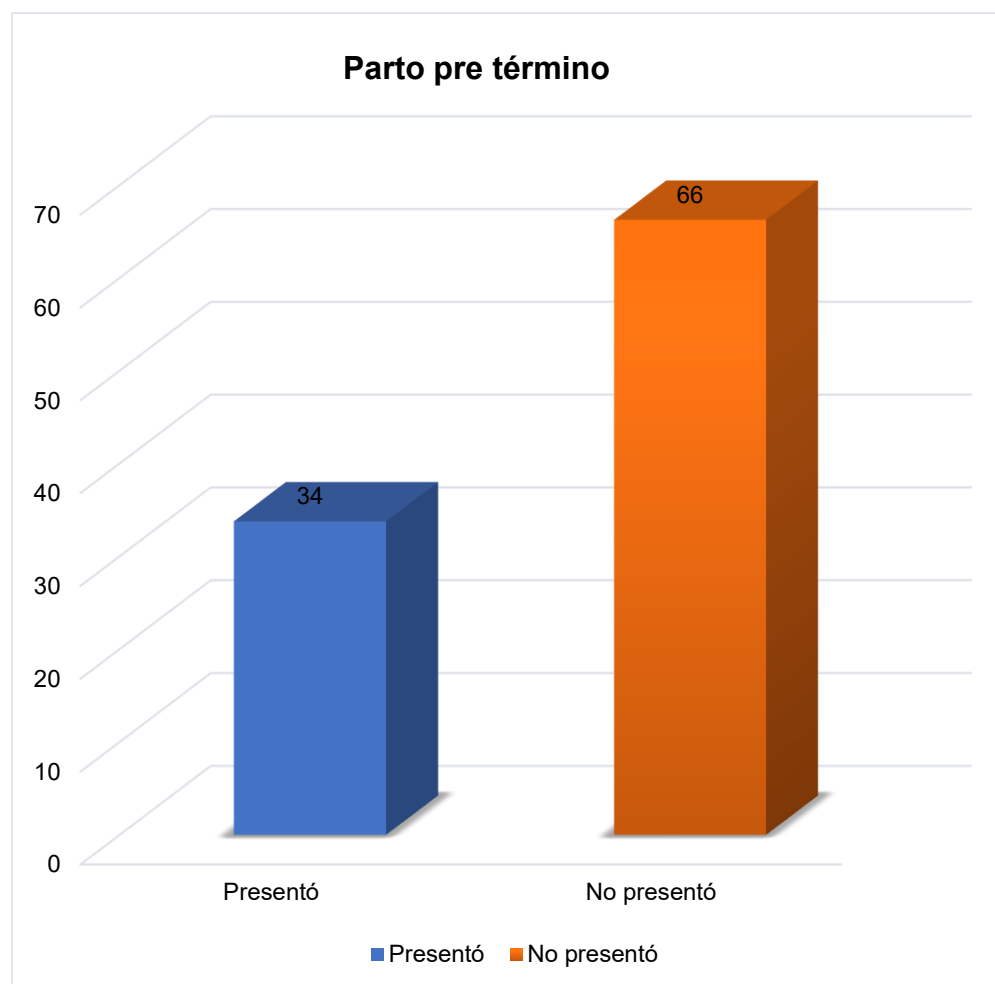


Gráfico 8. Parto pre término

Interpretación. Observamos en los resultados al 35% que presentó parto pre término y al 66% que no lo presentó.

Tabla 9. Hemorragia post parto

Hemorragia post parto	N°	%
Presentó	22	28
No presentó	58	73
Total	80	100

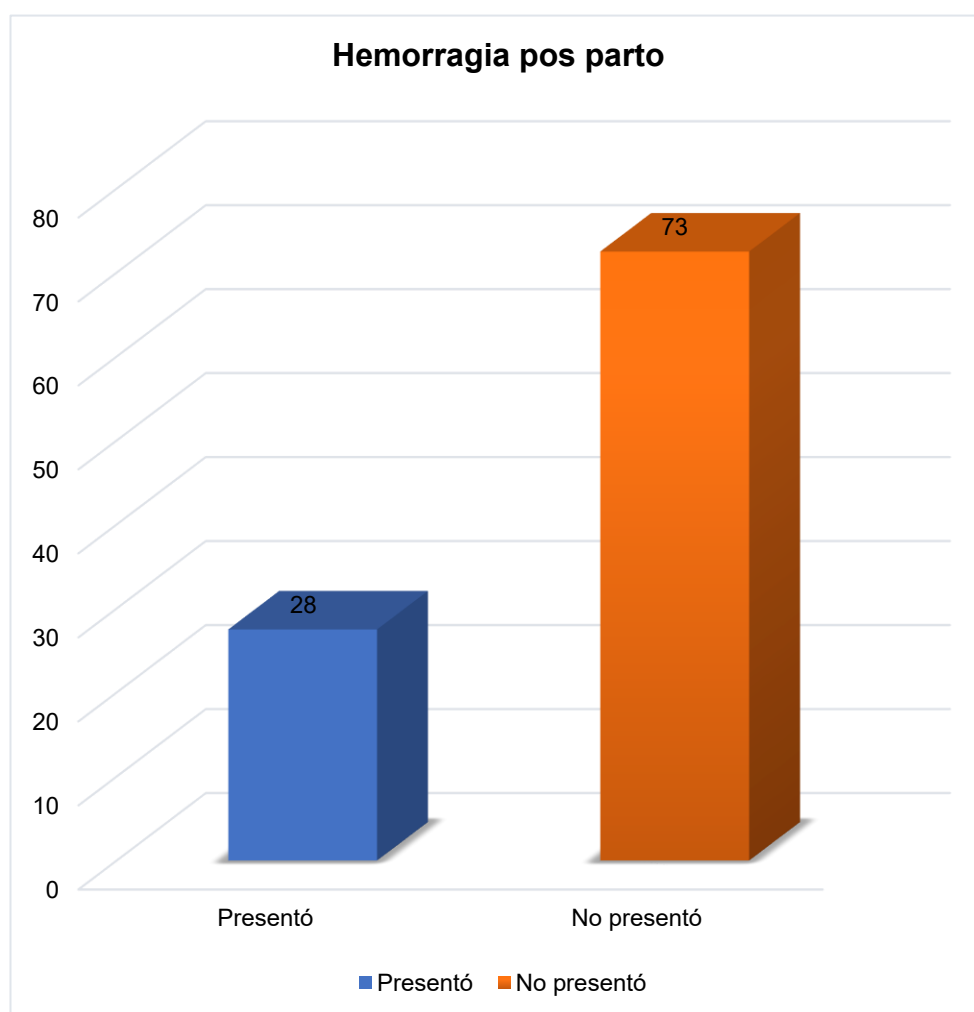


Gráfico 9. Hemorragia post parto

Interpretación. Los resultados nos muestran al 28% que presentaron hemorragia posparto y el 73% no presentó esta complicación.

Tabla 10. Retención de restos placentarios

Retención de restos placentarios	N°	%
Presentó	34	43
No presentó	46	58
Total	80	100

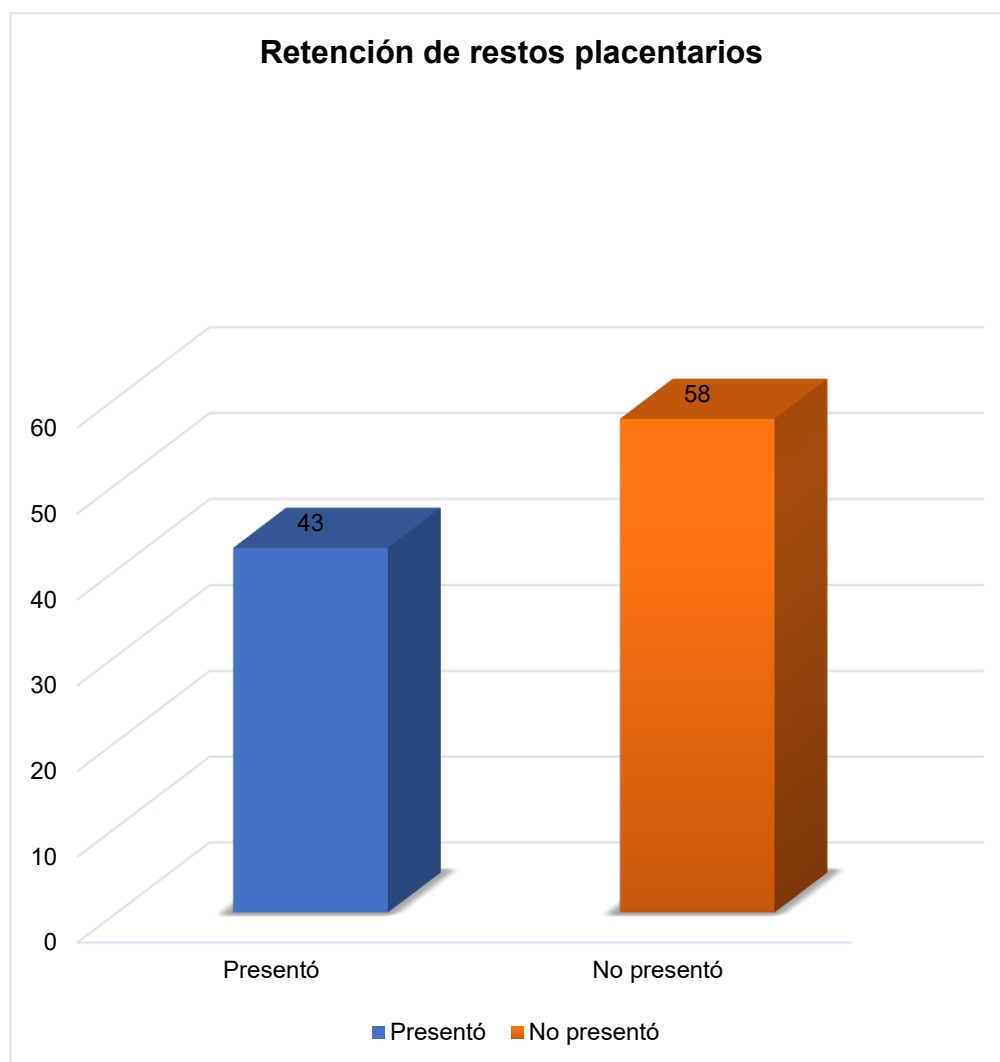


Gráfico 10. Retención de restos placentarios

Interpretación. Observamos en los resultados al 43% que presentó retención de restos placentarios y al 58% que no presentó esta complicación.

4.4. FACTORES DE PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS PREVIOS

Tabla 11. Legrado uterino

Legrado uterino	N°	%
Presentó	41	51
No presentó	39	49
Total	80	100

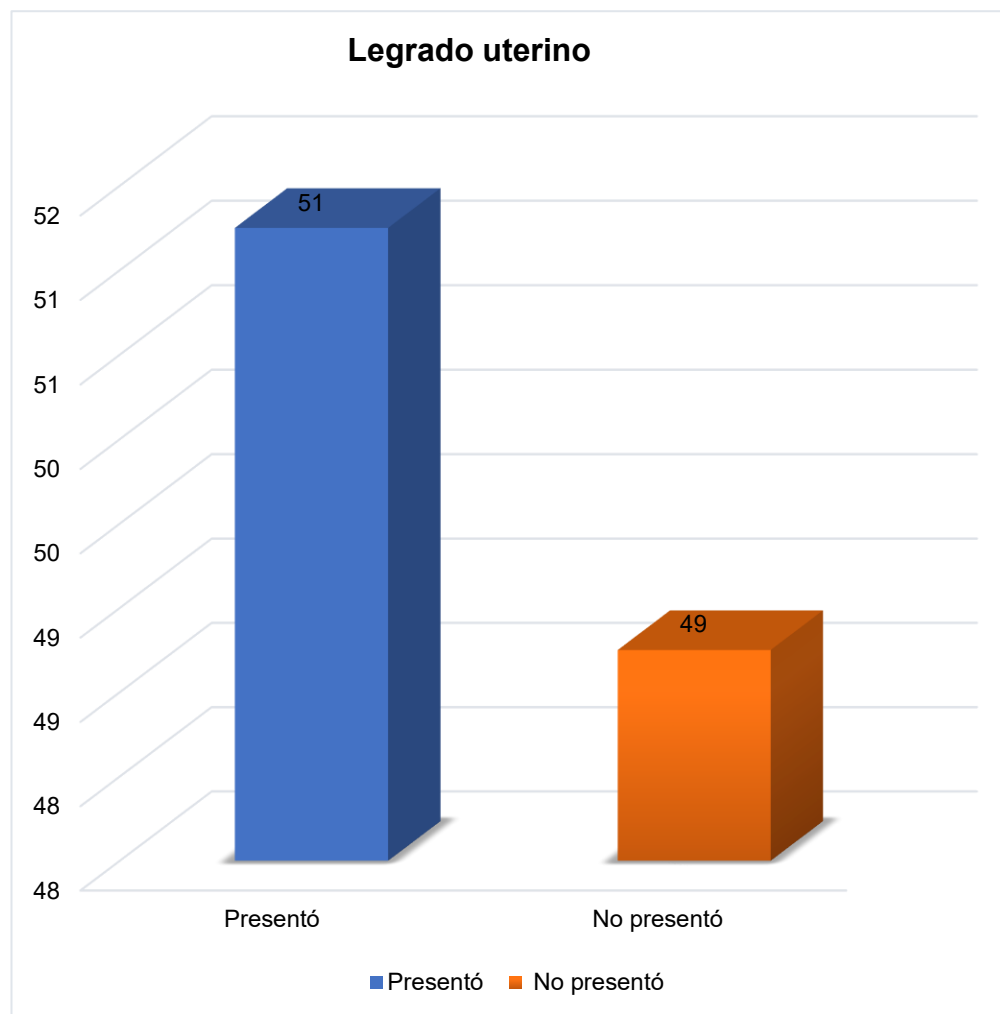


Gráfico 11. Legrado uterino

Interpretación. En los resultados observamos al 51% que presentó legrado uterino y al 49% que no presentó legrado uterino

Tabla 12. AMEU

AMEU	N°	%
Presentó	38	48
No presentó	42	53
Total	80	100

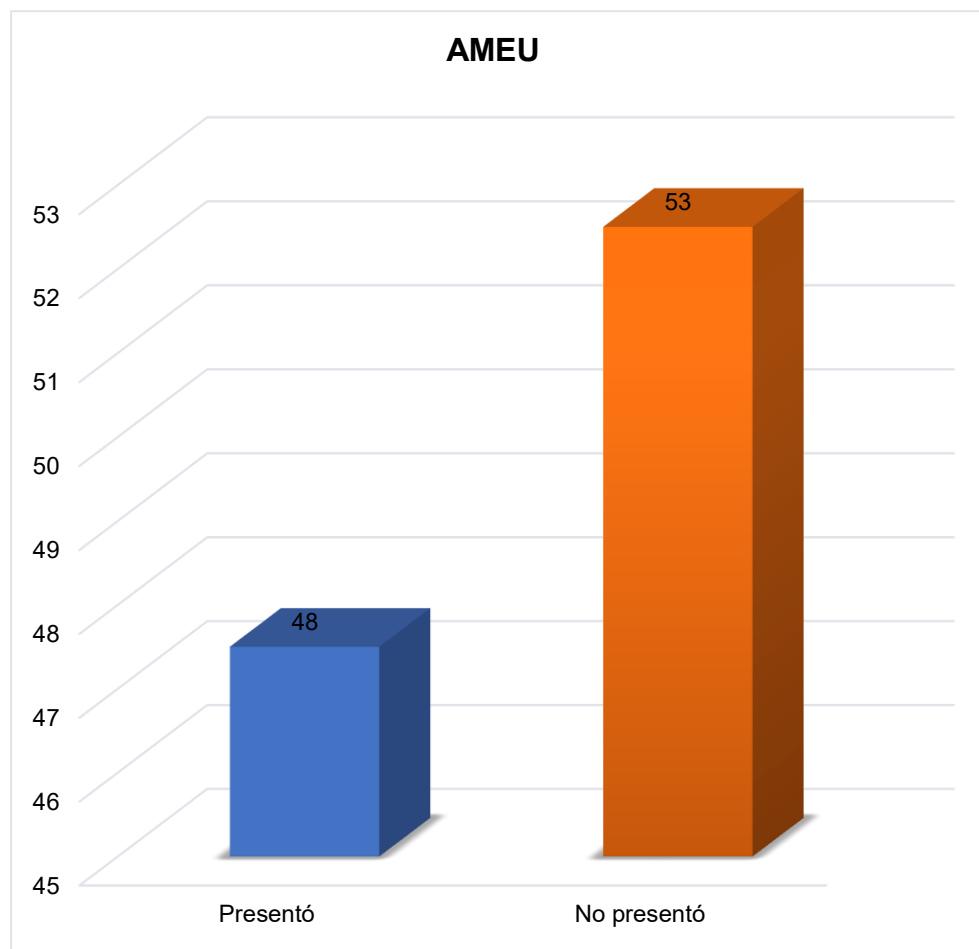


Gráfico 12. AMEU

Interpretación. Los resultados nos demuestran al 48% que presentó AMEU y al 53% que no presentó AMEU.

Tabla 13. Cesáreas

Cesáreas	N°	%
Presentó	27	34
No presentó	53	66
Total	80	100

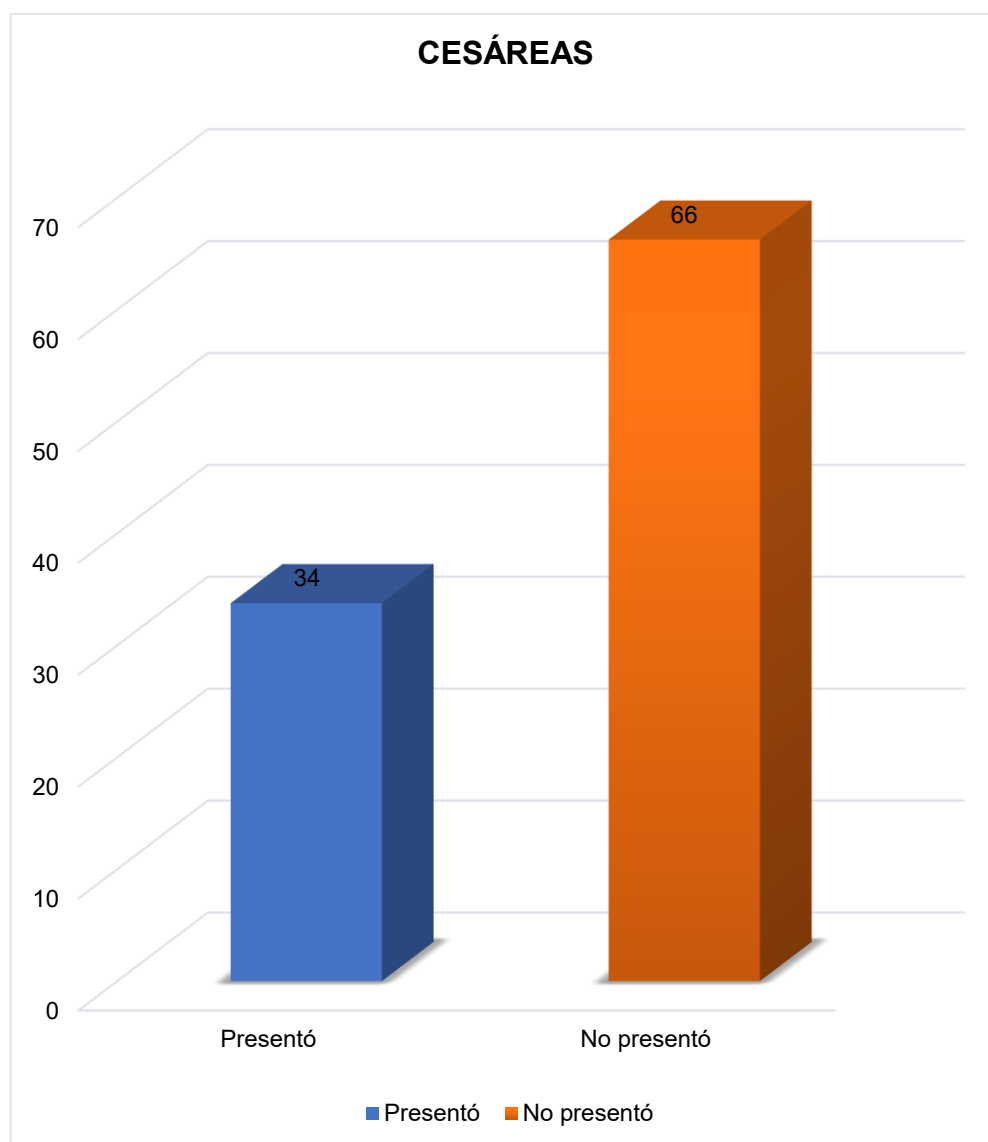


Gráfico 13. Cesáreas

Interpretación. Observamos en los resultados al 34% que presentó cesárea y al 66% que no presentó cesárea.

DISCUSION

Existieron factores asociados al aborto incompleto en la población estudiada, en el establecimiento de salud donde se ejecutó el trabajo, donde encontramos como conclusión los siguientes resultados: En cuanto al diagnóstico de aborto incompleto el 97% si tuvo dicho diagnóstico, en tanto que el 03% no las tuvo, similares resultados fueron obtenidos en Lima 2024, Huamán Canales WY. ejecutó el estudio titulado: Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, 2023, Entre los resultados descriptivos más relevantes, se observó que la mitad de la muestra (50%) fue diagnosticada con aborto incompleto.

Edades de entre 20 a 34 años con el 51%, edades menores o iguales a 19 años con el 23% y edades de mayores o iguales a 35 años con el 26%. Similares resultados encontramos en Huánuco 2025, Inocente Duran A, Llevó a cabo la investigación titulada: Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María 2024. La investigación demostró que la pérdida gestacional espontánea está condicionada por múltiples variables. el perfil predominante corresponde a mujeres jóvenes de entre 18 y 23 años,

Paridad: E nuestro trabajo encontramos 14% nulíparas, 18% primíparas, 44% multíparas y 25% gran multíparas. Similares resultados fueron hallados en Huancayo 2025, por Cortijo Casando SI. llevó a cabo la tesis bajo el título: “Factores sociodemográficos y antecedentes ginecológicos-obstétricos relacionados al aborto incompleto espontáneo en un hospital de la región Junín-2023”. Donde el perfil de riesgo en el HRDMI El Carmen se concentra en mujeres multigestas, con edades comprendidas entre los 30 y 59 años.

Anemia gestacional al 41% con anemia gestacional leve, al 39% con anemia gestacional moderada y al 20% con anemia gestacional severa, resultados que concuerdan con el nuestro fueron encontrados en Huancavelica 2024, Durand Puente LM, ejecutó la tesis titulada: Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en usuarias atendidas en el Hospital Ernesto Guzmán Gonzales, Oxapampa – 2020 al 2022. Los factores: que

resultó ser el predictor dentro de los mayormente fuertes, fue un bajo peso pre gestacional.

Número de abortos previos el 41% no tuvo abortos previos, el 39% tuvo un aborto, el 20 tuvo dos abortos previos, la Infección del tracto urinario 81% que presentaron infección del tracto urinario y el 19% que no presentó dicha patología. Y Período intergenésico al 19% con período intergenésico corto, al 55% con período intergenésico normal y al 26% con período intergenésico largo, similares resultados fueron hallados en Áncash 2023, Molina Rosas DE, Rojas Manrique LN, Llevaron a cabo la tesis titulada: Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados al aborto en mujeres atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2022. El estudio concluye que la incidencia de aborto en la población evaluada está estrechamente vinculada a una combinación de factores biológicos y de comportamiento. Destacan la historia reproductiva caracterizada por múltiples abortos previos, periodos intergenésicos reducidos y la presencia de cuadros infecciosos a nivel genitourinario constituyen factores de riesgo críticos que incrementan significativamente la probabilidad de interrupción espontánea del embarazo.

También encontramos al Parto pre término al 35% que presentó y al 66% que no lo presentó, Hemorragia posparto al 28% que presentaron hemorragia posparto y el 73% no presentó esta complicación y Retención de restos placentarios al 43% que presentó retención de restos placentarios y al 58% que no presentó esta complicación, en nuestro estudio fueron considerados como factores asociados a aborto incompleto, similares resultados fueron encontrados en Huánuco 2025, Inocente Duran A, Llevó a cabo la investigación titulada: Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María 2024. Donde concluyeron que los factores sociodemográficos, ginecológicos y obstétricos específicos ejercen una influencia importante en la ocurrencia de aborto espontáneo en la población estudiada, destacando la edad materna joven, la convivencia, el nivel educativo medio, el inicio sexual temprano y ciertas características de la edad gestacional

Legrado uterino al 51% que presentó legrado uterino y al 49% que no presentó legrado uterino, resultados similares fueron hallados en Huánuco 2021, Palma Lozano D, et al., Se llevó a cabo el estudio titulado: Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari, Huánuco, 2018-2020, Clínicamente, destaca que casi la totalidad de las pacientes (92,3%) requirió un legrado uterino.

Cesárea, en nuestro estudio hallamos al 34% que presentó cesárea y al 66% que no presentó cesárea, resultados parecidos al nuestro fueron encontrados en Taipéi –Taiwán 2024, Heng-Kien A, et al., Llevaron a cabo un estudio denominado: “Factores clínicos asociados con la intervención quirúrgica posterior en mujeres sometidas a interrupción médica temprana de embarazos viables o no viables”. Por otro lado, en los embarazos no viables, el número de cesáreas anteriores destacó como el principal predictor independiente de riesgo.

CONCLUSIONES

Finalizado nuestro estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

Existieron factores asociados al aborto incompleto en la población estudiada, en el establecimiento de salud donde se ejecutó el trabajo, donde encontramos como conclusión los siguientes resultados: En cuanto al diagnóstico de aborto incompleto el 97% si tuvo dicho diagnóstico, en tanto que el 03% no las tuvo.

Edades de entre 20 a 34 años con el 51%, edades menores o iguales a 19 años con el 23% y edades de mayores o iguales a 35 años con el 26%.

Paridad: 14% nulíparas, 18% primíparas, 44% multíparas y 25% gran multíparas.

Número de abortos previos el 41% no tuvo abortos previos, el 39% tuvo un aborto, el 20 tuvo dos abortos previos.

Período intergenésico al 19% con período intergenésico corto, al 55% con período intergenésico normal y al 26% con período intergenésico largo.

Anemia gestacional al 41% con anemia gestacional leve, al 39% con anemia gestacional moderada y al 20% con anemia gestacional severa.

Infección del tracto urinario 81% que presentaron infección del tracto urinario y el 19% que no presentó dicha patología.

Parto pre término al 35% que presentó parto pre término y al 66% que no lo presentó.

Hemorragia posparto al 28% que presentaron hemorragia posparto y el 73% no presentó esta complicación.

Retención de restos placentarios al 43% que presentó retención de restos placentarios y al 58% que no presentó esta complicación.

Legrado uterino al 51% que presentó legrado uterino y al 49% que no presentó legrado uterino

AMEU al 48% que presentó AMEU y al 53% que no presentó AMEU.

Cesárea al 34% que presentó cesárea y al 66% que no presentó cesárea.

RECOMENDACIONES

- Instar a las autoridades de salud a realizar talleres de actualización para el personal de primer nivel de atención sobre la identificación temprana de signos de alarma de aborto.
- Reforzar los programas de anticoncepción post-evento obstétrico (AEO) para evitar la recurrencia de abortos en periodos intergenésicos cortos.
- Diseñar campañas de comunicación en zonas identificadas como críticas (según tu estudio) para informar sobre la importancia de la atención prenatal precoz.
- Recomendar que la atención no sea solo quirúrgica/médica, sino que incluya soporte nutricional (para combatir la anemia) y apoyo psicológico inmediato.
- Sugerir la actualización de las guías de práctica clínica, priorizando métodos como el AMEU (Aspiración Manual Endo uterina) sobre el legrado tradicional por su menor tasa de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva. Ginebra: Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2016.
2. Guttmacher Institute. Por el aborto legal en América Latina y el Caribe. 2025.
3. Paillacho A, Rubio A. Factores que inciden en el aborto en mujeres en edad fértil en el Hospital General Enrique Garcés. Universidad Central del Ecuador 2024.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2ª ed [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [Consultado el 04 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/77079>
5. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et. al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet [Internet]. 2017 [Consultado el 04 de agosto de 2025];390(10110):2372-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964589/>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Se estima que cada año se producen 25 millones de abortos inseguros en todo el mundo [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [Consultado el 04 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
7. Guttmacher Institute. Aborto en América Latina y el Caribe [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2018 [Consultado el 04 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>
8. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted.

- Reproductive Health [Internet]. 2012 [Consultado el 04 de agosto de 2025];9(1):34. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-34>
9. Congreso de la República del Perú. Código Penal del Perú. Artículo 119: Aborto terapéutico [. Lima: Congreso de la República; 2024
 10. Ministerio de Salud del Perú. Estadísticas de egresos hospitalarios, año 2019. Lima: MINSA; 2020
 11. Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). Estudios demográficos y urbanos 2025
 12. Izugbara CO, Egesa C, Okelo R. High profile health facilities can add to your trouble: Women, stigma and un/safe abortion in Kenya. Soc Sci Med [Internet]. 2015 [Consultado el 04 de agosto de 2025];141:9-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26233296/>
 13. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG [Internet]. 2016 [Consultado el 04 de agosto de 2025];123(9):1489-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26287503/>
 14. Gebretsadik A. Factors Associated with Management Outcome of Incomplete Abortion in Yirgalem General Hospital, Sidama Zone, Southern Ethiopia. Obstet Gynecol Int [Internet]. 2018 [Consultado el 05 de agosto de 2025]; 2018:3958681. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30327673/>
 15. Kristiansen MB, Shayo BC, Philemon R, Khan KS, Rasch V, Linde DS. Medical management of induced and incomplete first-trimester abortion by non-physicians in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2021[Consultado el 05 de agosto de 2025];100(4):718-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33724458/>

16. Chan YY, Jayaprakasan K, Tan A, Thornton JG, Coomarasamy A, Raine-Fenning NJ. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 [Consultado el 05 de agosto de 2025];38(4):371-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21830244/>
17. Heng-Kien A, Chi-Feng L, Li-Wei C. Clinical factors associated with subsequent surgical intervention in women undergoing early medical termination of viable or non-viable pregnancies. *Front Med* [Internet]. 2024 [Consultado el 05 de agosto de 2025];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2024.1188629/full>
18. Silva-Oliveira MT, Teixeira-Oliveira CN, Miranda-Marques L, Miranda Marques L. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. *ResearchGate* [Internet]. 2020 [Consultado el 05 de agosto de 2025];20(2):361-372. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343466370_Factors_associated_with_spontaneous_abortion_a_systematic_review
19. Netshinombelo M, Maputle MS, Ramathuba DU. Women's Perceived Barriers to Accessing Post-Abortion Care Services in Selected Districts in KwaZulu Natal Province, South Africa: A Qualitative Study. *Ann Glob Health* [Internet]. 2022 [Consultado el 05 de agosto de 2025];88(1):75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9414737/>
20. Conco DN, Levin J, Komane B, Blanchard K, Bessenaar T, Nkosi NG, et al. The incidence of incomplete abortion and the prevalence of abortion-related morbidity in South African public hospitals, 2018. *South African Medical Journal* [Internet]. 2025 [Consultado el 05 de agosto de 2025];e1987-e1987. Disponible en: <https://samajournals.co.za/index.php/samj/article/view/1987>
21. Huaman-Canales WY. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, 2023 [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024 [Consultado el 05 de

agosto de 2025]. Disponible en:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/5084faaf-00bf-48bc-ac06-4142cb589cf1>

22. Cortijo-Casando SI. Factores sociodemográficos y antecedentes ginecológicos-obstétricos relacionados al aborto incompleto espontáneo en un hospital de la región Junín-2023 [Internet]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2025 [Consultado el 05 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/9815>
23. Durand-Puente LM. Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en usuarias atendidas en el Hospital Ernesto Guzmán Gonzales, Oxapampa – 2020 al 2022 [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2024 [Consultado el 05 de agosto de 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_bcc5fa1b4b1408725f741f7c434e2b4d
24. Molina-Rosas DE, Rojas-Manrique LN. Factores sociodemograficos, obstétricos y patológicos asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital Victor Ramos Guardia, Huaraz – 2022
25. Inocente-Duran A. Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María 2024.
26. Pichilingue-León DN. Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en la Clínica Familiar Union, Huacho-Lima 2022 [Internet]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2023 [Consultado el 05 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/item/29dacc6d-17fd-4482-9979-51a75b2f5cc3>
27. Palma-Lozano D, Marcelini DL, Siu JC, Cantalicio EB, Lazo AVD. Factores asociados con abortos recurrentes en el Hospital Materno Infantil Showing Ferrari, Huánuco, 2018-2020. Revista Peruana de Ciencias de la Salud [Internet]. 2021 [Consultado el 05 de agosto de

2025];3(1):20-5.

Disponible

en:

<https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/240e>

28. Hamel CC, van Wessel S, Carnegy A, Coppus SFPJ, Snijders MPML, Clark J, et.al. Diagnostic criteria for retained products of conception A scoping review. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2021 [Consultado el 05 de agosto de 2025];100(12):2135-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9291104/>
29. Organización Mundial de la Salud. Aborto [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [Consultado el 05 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
30. Alfredo Germain A, Cecilia Fabres V, Cristián Huidobro A, Emilio Fernández O. Aborto recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2014 [Consultado el 05 de agosto de 2025];25(6):898-907. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-aborto-recurrente-aproximacion-diagnostica-un-S0716864014706376?utm_source=chatgpt.com
31. Jia CW, Wang L, Lan YL, Song R, Zhou LY, Yu L, et al. Aneuploidy in Early Miscarriage and its Related Factors. *Chin Med J (Engl)* [Internet]. 2015 [Consultado el 05 de agosto de 2025];128(20):2772-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4736891/>
32. American College of Obstetricians and Gynecologists. Early pregnancy loss. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018[Consultado el 05 de agosto de 2025];132(5):e197-e207. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>
33. Ministerio de Salud de Andalucía. Aborto espontáneo del primer trimestre. En: *Guía Perinatal de Andalucía* [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2023 [Consultado el 05 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/abortodefinitivo.pdf>

34. Wada Y, Takahashi H, Suzuki H, Ohashi M, Ogoyama M, Nagayama S, et.al. Expectant management of retained products of conception following abortion: A retrospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021.
35. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Miscarriage. En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2024
36. Kakinuma T, Kakinuma K, Sakamoto Y, Kawarai Y, Saito K, Ihara M, et.al. Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2020.
37. Sharvit M, Yagur Y, Shams R, Daykan Y, Klein Z, Schonman R. Outcomes of incomplete abortion related to treatment modality. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2023
38. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management [Internet]. London: NICE; 2019
39. Leader J, Bajwa A, Lanes A, Hua X, Rennicks White R, Rybak N, et.al. The Effect of Very Advanced Maternal Age on Maternal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2018
40. Ministerio de salud Instituto nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2020.
41. Vélez M. Inclusión y su importancia en las instituciones educativas desde los mecanismos de integración del humano: Revisión de la literatura y estudio de casos. Universidad Católica del Ecuador. Rev. Fundación KOINONIA.2019
42. Crisol N. Factores de riesgo asociados a las complicaciones del aborto incompleto en la Adolescencias atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa 2021.

43. Organización Mundial de la Salud (OMS). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad [Internet]. Ginebra: OMS; 2019.
44. Quiroz F [online]; Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021
45. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet e 2025.
46. Reinoso EGR, Yaguana ACC, Carrión FME. Shock hipovolémico como consecuencia de aborto hemorrágico. Polo del Conocimiento [Internet]. 2023 [Consultado el 05 de agosto de 2025];8(4):492-509. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5440>
47. Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. Int J Womens Health [Internet]. 2019 [Consultado el 05 de agosto de 2025];11:527-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31632157/>
48. Hooker AB, Aydin H, Brölmann HAM, Huirne JAF. Long-term complications and reproductive outcome after the management of retained products of conception: a systematic review. Fertil Steril [Internet]. 2016 [Consultado el 05 de agosto de 2025];105(1):156-164.e1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26453977/>
49. Westfall JM, Sophocles A, Burggraf H, Ellis S. Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. Arch Fam Med [Internet]. 1998 [Consultado el 05 de agosto de 2025];7(6):559-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9821831/>
50. Barrenechea S, Lugo [Online]; Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Acceso 8 de enero 2025
51. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. Am J Obstet Gynecol [2025].

52. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. Obstet Gynecol 2018
53. Crisol N. Factores de riesgo asociados a las complicaciones del aborto incompleto en la Adolescencias atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa. [Tesis de Grado]. Pucallpa - Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2021
54. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
55. Supo JA. Metodología de la Investigación. Bioestadística. 2012.
56. Gómez et al. Factores socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Huaycán Ate – Lima.2022.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Picón Gerónimo Y. M. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025 [Internet].Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado]. Disponible en: <http://>

ANEXO

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

"Factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025"					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Independiente	El presente estudio es de tipo aplicado, observacional, no experimental, transversal y retrospectivo. Enfoque: cuantitativo. Nivel: correlacional. Diseño: es correlacional, transversal, no experimenta. M OX OY r Leyenda:	Técnica de recolección de datos: Se aplicará la revisión documental de historias clínicas de mujeres con aborto incompleto atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares en 2025. Esta técnica brinda información objetiva registrada por profesionales de salud y permite acceder a variables sociodemográficas, antecedentes y procedimientos ginecológicos relevantes para el estudio. Instrumento de recolección de datos: Se empleará una ficha estructurada diseñada a partir de la operacionalización de variables. Permitirá organizar la información de manera sistemática para facilitar el análisis estadístico.
¿Cuáles son los factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025?	Identificar los factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.	Hi: Existen factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025. Ho: No existen factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.	Factores asociados		
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Dependiente		
¿Cuáles son los factores obstétricos	Analizar los factores obstétricos	Hi1: Existen factores obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres	Aborto incompleto		

asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025?	asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.	atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.
		Ho₁: No existen factores obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.
¿Cuáles factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025?	Determinar los factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.	
		Hi₂: Existen factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.
		Ho₂: No existen factores de complicaciones obstétricas previas asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.

M= Muestra
OX: variable independiente
OY: variable dependiente
r: relación entre las variables de estudio.

Validación del instrumento: La ficha será validada por juicio de expertos en ginecología, obstetricia e investigación científica. Se evaluarán criterios de claridad, coherencia, pertinencia y suficiencia de los ítems, garantizando su adecuación a los objetivos de la investigación.

Población del estudio: La población estará conformada por 100 historias clínicas de mujeres con aborto incompleto atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025. Se incluirán solo aquellas con diagnóstico confirmado y registros completos. Se excluirán las que presenten otros

Procesamiento de los datos: Las fichas serán revisadas manualmente para garantizar su integridad y coherencia. Luego, los datos se codificarán y digitalizarán en Excel, para posteriormente exportarse a SPSS. Se realizará limpieza de la base de datos para asegurar calidad y fiabilidad en el análisis.

Plan de tabulación de datos: Los datos se organizarán en tablas de frecuencias absolutas y relativas, univariadas y bivariadas. Se aplicará la prueba Chi-cuadrado (χ^2) con un nivel de

¿Cuáles los factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025? Evaluar los factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.	Hi₃: Existen factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025. Ho₃: No existen factores de procedimientos ginecológicos previos asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025.	diagnósticos gineco- obstétricos o historias clínicas incompletas o ilegibles. significancia del 5%. Los resultados se representarán mediante gráficos de barras, sectores e histogramas. Análisis descriptivo: Se calcularán frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos, 95%, error del 5% y permitiendo caracterizar a la población de de estudio. ocurrencia del 95%. Análisis inferencial: Se aplicará la prueba Chi-cuadrado (χ^2) para determinar asociaciones significativas tamaño muestral de 80 entre factores obstétricos, historias clínicas. La complicaciones y procedimientos con el aborto incompleto. Con un nivel de muestreo probabilístico significancia del 5%, los resultados aleatorio simple. permitirán aceptar o rechazar hipótesis planteadas.
---	--	---

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Título del estudio: “Factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025”

I. Aborto incompleto

1. Diagnóstico de aborto incompleto:

☐ Sí

☐ No

II. Factores obstétricos

2. Edad:

☐ ≤19 años

☐ 20-34 años

☐ ≥35 años

3. Paridad:

☐ Nulípara

☐ Primípara

☐ Multípara

☐ Gran multípara

4. Número de abortos previos:

☐ Ninguno

☐ 1

☐ 2

☐ >3

5. Periodo intergenésico:

☐ PIC < 18 meses

☐ PIL > 5 años

6. Anemia pregestacional:

☐ Leve (Hb 9–11 gr/dl)

☐ Moderada (Hb 7–9 gr/dl)

☐ Severa (Hb <7 gr/dl)

III. Factores de complicaciones obstétricas previas

7. Infecciones del tracto urinario:

☐ Presentó

☐ No presentó

8. Parto pretérmino:

☐ Presentó

☐ No presentó

9. Hemorragia posparto:

☐ Presentó

☐ No presentó

10. Retención de restos placentarios:

☐ Presentó

☐ No presentó

IV. Factores de procedimientos ginecológicos previos

11. Legrado uterino:

☐ Presentó

☐ No presentó

12. AMEU:

☐ Presentó

☐ No presentó

13. Cesáreas:

☐ Presentó

☐ No presentó

ANEXO 3

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Huánuco, ____ de _____ 2025

Señores:

Dirección del Centro de Salud Aparicio Pomares.

De mi consideración:

Yo, YINA MILAGROS PICON GERONIMO, identificado(a) con DNI N° 7405339, estudiante de la carrera de OBSTETRICIA de la UNIVERSIDAD DE HUANUCO, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar autorización para llevar a cabo la recolección de datos en las instalaciones del Centro de Salud Aparicio Pomares.

El presente estudio se titula: **“Factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2025”**, cuyo objetivo es identificar y analizar los factores obstétricos, antecedentes ginecológicos y complicaciones previas que se relacionan con el aborto incompleto en las pacientes atendidas en este establecimiento de salud.

Para la ejecución de la investigación se utilizará una ficha de recolección de datos previamente elaborada, la cual se aplicará de manera confidencial, garantizando en todo momento el anonimato, la ética y la privacidad de la información de las pacientes, conforme a las normas de bioética en investigación.

Por lo expuesto, solicito a usted se me otorgue la autorización correspondiente para acceder a la información necesaria en los registros clínicos del centro de salud, con la finalidad de cumplir con los objetivos académicos y científicos del presente trabajo de investigación.

Sin otro particular, quedo a la espera de su respuesta favorable y agradezco de antemano su apoyo.

Atentamente.

YINA MILAGROS PICON GERONIMO

Estudiante de OBSTETRICIA – UNIVERSIDAD DE HUANUCO

DNI:74053392

Teléfono: 935159286

Correo electrónico: 2021110334@udh.edu.pe

ANEXO 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

1.1. Nombre del experto:

.....

1.2. Actividad

laboral:

.....

1.3. Institución

donde

labora:

.....

1.4. Denominación

del

instrumento:

.....

1.5. Autor

del

instrumento:

.....

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

Nº	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
1	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					
2	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles					
3	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica					
4	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					
5	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					

6	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					
7	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					
8	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					
9	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					
PUNTAJE FINAL						

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 – 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

V. RESULTADO:

Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, ____ de _____ del 2025

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR