



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del
Hospital Santa María del Socorro, Ica - 2025**

Presentado por:

Huamani Ramos Mercedes Rosario

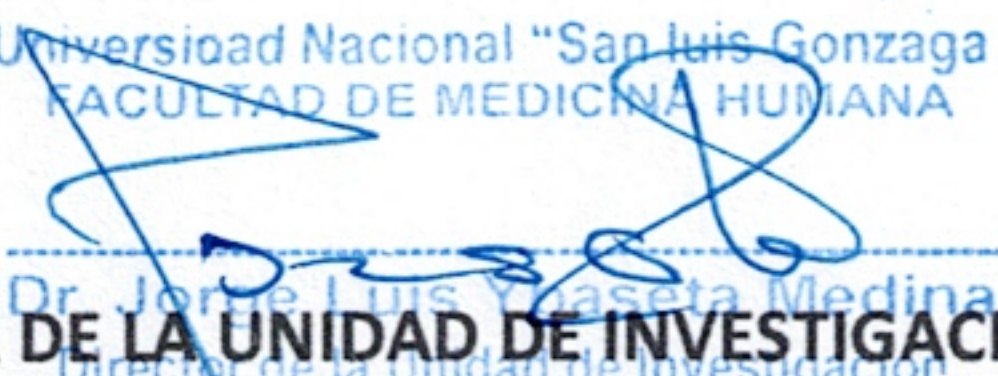
ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **5%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 05 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"



TESIS

Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del
Hospital Santa María del Socorro, Ica - 2025

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Publica y conservación del medio ambiente

PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

Autor

Mercedes Rosario, Huamani Ramos

Asesor

Dra Julia Neira Goyeneche

ICA, PERÚ

2026

Dedicatoria

Agradezco primero a Dios, por brindarme salud, fortaleza y sabiduría para culminar este importante logro.

A mis padres, por su amor, apoyo incondicional y enseñanzas que han sido la base de mi formación personal y académica.

A mis hijas, quienes son mi mayor inspiración y la razón de cada esfuerzo realizado.

A mi hermano, que aunque ya no está físicamente, vive en mi corazón y fue una fuente de motivación constante.

Y a mi asesora, por su orientación, paciencia y valiosos aportes, fundamentales para el desarrollo y culminación de esta tesis.

Agradecimiento

Agradezco de manera especial a la Universidad San Luis Gonzaga por brindarme la formación académica y las herramientas necesarias para mi desarrollo profesional.

Asimismo, expreso mi gratitud al Hospital Santa María del Socorro de Ica, por facilitar el espacio, la información y el apoyo requeridos para la realización de esta investigación.

De igual manera, expreso mi agradecimiento a mi asesora, Dra. Julia Neira Goyeneche por su valiosa orientación académica, el tiempo dedicado y la constante disposición para guiarme en cada etapa del desarrollo de este trabajo de investigación. Su compromiso, experiencia y acompañamiento han sido determinantes para la culminación satisfactoria de este estudio.

Índice de contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	27
2.1. Tipo de investigación	27
2.2. Nivel de investigación	27
2.3. Diseño de investigación	27
2.5. Técnicas de recolección de datos	29
2.6. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos	29
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	44
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	52
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
VIII. ANEXOS	59
Anexo 1: Matriz de consistencia	59
Anexo 2. Operacionalización de variables	61
Anexo 3: Instrumento de recolección de información	64
Anexo 4. Validaciones de jueces expertos	66
Anexo 5: Solicitud de permiso	70
Anexo 6: Evidencias fotográficas	71

Índice de tablas

Tabla 1 Factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	30
Tabla 2 Factores preconcepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	32
Tabla 3 Factores concepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	34
Tabla 4 Factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	36
Tabla 5 Factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	38

Índice de gráficos

Figura 1 Distribución de factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	31
Figura 2 Distribución de los factores preconcepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	33
Figura 3 Distribución de los factores concepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	35
Figura 4 Distribución de los factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	37
Figura 5 Distribución porcentual de los Factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	39

Resumen

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Metodología: La investigación fue de tipo aplicada, observacional, analítica, retrospectiva y de corte transversal, con un diseño de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 102 gestantes, divididas en 51 casos (con aborto incompleto) y 51 controles (sin aborto incompleto), seleccionadas mediante revisión de historias clínicas. Se empleó una ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos y se analizaron los resultados con el programa SPSS versión 25, aplicando estadística descriptiva e inferencial mediante la prueba Chi cuadrado, con un nivel de significancia del 95 % ($p < 0.05$).

Resultados: Evidenciaron que no existió asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre el aborto incompleto y los factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo, ocupación), obstétricos preconcepcionales (aborto previo, IMC, paridad, periodo intergenésico), obstétricos concepcionales (inicio del control prenatal, anemia, infecciones urinarias o vaginales), sociales (consumo de alcohol, tabaco, drogas o violencia de género) ni uterinos (síndrome de Asherman, miomatosis). No obstante, desde el punto de vista clínico, se observó mayor frecuencia de aborto incompleto en mujeres con antecedentes de infección urinaria, sobrepeso y multigestación.

Conclusión: Que ninguno de los factores analizados mostró relación estadísticamente significativa con el aborto incompleto, aunque se identificaron condiciones que pueden incrementar el riesgo si no se controlan oportunamente.

Palabras clave:

Aborto incompleto, factores de riesgo, factores obstétricos, factores sociales, salud materna, control prenatal.

Abstract

Objective: To determine the risk factors associated with incomplete abortion in patients treated at the Santa María del Socorro Hospital, Ica – 2025.

Methodology: This applied, observational, analytical, retrospective, and cross-sectional study employed a case-control design. The sample consisted of 102 pregnant women, divided into 51 cases (with incomplete abortion) and 51 controls (without incomplete abortion), selected through a review of medical records. A data collection form validated by expert judgment was used, and the results were analyzed using SPSS version 25, applying descriptive and inferential statistics through the Chi-square test, with a significance level of 95% ($p < 0.05$).

Results: The study found no statistically significant association ($p > 0.05$) between incomplete abortion and sociodemographic factors (age, marital status, education level, occupation), preconception obstetric factors (previous abortion, BMI, parity, interpregnancy interval), conception obstetric factors (initiation of prenatal care, anemia, urinary or vaginal infections), social factors (alcohol, tobacco, or drug use, or gender-based violence), or uterine factors (Asherman's syndrome, fibroids). However, from a clinical perspective, a higher frequency of incomplete abortion was observed in women with a history of urinary tract infection, overweight, and multigravidity.

Conclusion: None of the analyzed factors showed a statistically significant relationship with incomplete abortion, although conditions were identified that may increase the risk if not managed promptly.

Keywords:

Incomplete abortion, risk factors, obstetric factors, social factors, maternal health, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o cuando el producto presenta un peso menor a 500 gramos, de acuerdo con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, se señala que entre el 4,7 % y el 13,2 % de las muertes maternas se asocian a abortos inseguros, dentro de los cuales se incluyen los abortos incompletos, considerando que aproximadamente seis de cada diez embarazos son interrumpidos de manera voluntaria (1).

Un indicador clínico característico del aborto incompleto es la presencia de hemorragia vaginal, la cual puede manifestarse de manera abundante. En el año 2021 se registraron más de 24 900 000 casos de abortos a nivel mundial, concentrándose principalmente en países en vías de desarrollo, especialmente en regiones de África, Asia y América Latina (2).

El aborto incompleto puede derivarse tanto de abortos espontáneos como de abortos inducidos, especialmente cuando estos últimos son realizados por las propias mujeres, lo que incrementa el riesgo de complicaciones. Cuando dichas complicaciones no reciben atención clínica oportuna, pueden desencadenar consecuencias graves e incluso la muerte. Entre los principales factores asociados se encuentran las infecciones durante las primeras 20 semanas de gestación y el shock hipovolémico, presente en aproximadamente el 60% de los casos fatales. Se ha estimado que alrededor de 47 000 mujeres fallecieron a causa de cuadros clínicos complejos relacionados con esta condición, muchas de las cuales podrían haberse evitado mediante un mejor acceso a los servicios de salud, incluyendo la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos y una adecuada atención clínica ante la amenaza de aborto (3).

Los factores asociados al aborto incompleto son diversos y, entre ellos, se incluyen componentes de tipo psicosocial. Estos se manifiestan en aspectos como el nivel de autoestima, la presencia de depresión en distintos grados, el embarazo en la adolescencia y el nivel educativo. Asimismo, influyen la disfuncionalidad familiar, las relaciones de pareja sin vínculo matrimonial y las rupturas afectivas, situaciones que pueden favorecer la emisión de juicios sociales negativos hacia la mujer, afectando de manera significativa su bienestar y estabilidad emocional (4).

A lo largo de los años se han desarrollado múltiples investigaciones orientadas al estudio del aborto y sus posibles factores de riesgo, debido a que esta problemática no solo tiene un impacto significativo en la salud y la mortalidad materna, sino que también pone en evidencia la presencia de factores clínicos, obstétricos y hábitos nocivos que pueden influir en la ocurrencia y frecuencia de los abortos (5).

Es frecuente que las mujeres con antecedentes de aborto presenten una mayor predisposición a experimentar nuevos abortos espontáneos en comparación con aquellas que cursan su primer

embarazo. Asimismo, se ha evidenciado que este grupo de mujeres tiene una probabilidad más elevada de presentar abortos incompletos, lo que posiciona a los antecedentes abortivos como uno de los principales factores de riesgo de tipo obstétrico (6).

En el Perú se calcula que anualmente se practican alrededor de 371 420 abortos clandestinos, cifra que representa más de 1 000 procedimientos diarios. Entre las mujeres que son hospitalizadas por aborto incompleto, el 50,9 % corresponde a menores de 25 años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud, elaborada por la Secretaría Nacional de la Juventud, el 11,4 % de los jóvenes peruanos consideraría recurrir al aborto ante un embarazo no planificado, mientras que el 35 % de las mujeres jóvenes manifestó conocer a alguna persona que ha atravesado dicha situación (7).

En el Hospital Santa María del Socorro se registra una incidencia anual de abortos incompletos que fluctúa entre 400 y 600 casos, lo que constituye una cifra considerable, observándose mayor frecuencia en mujeres cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años. En este contexto, se propone el estudio titulado “Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025”. La relevancia de esta investigación radica en que el aborto incompleto representa una de las causas más frecuentes de atención en los servicios de emergencia obstétrica, al estar asociado a elevados niveles de morbilidad y mortalidad materna. Por ello, la identificación de los factores vinculados a esta condición resulta fundamental para implementar acciones oportunas orientadas a la prevención y a la protección de la salud de las mujeres.

Por tal motivo, surge la necesidad de identificar y analizar los factores que influyen en la ocurrencia del aborto incompleto, con el propósito de orientar estrategias de prevención, promoción de la salud sexual y reproductiva, así como el fortalecimiento de los servicios de atención materna. La comprensión de estos factores permitirá a las autoridades sanitarias y a los profesionales de la salud diseñar e implementar políticas públicas más eficaces, contribuir a la reducción de la mortalidad materna y garantizar el derecho de las mujeres a una salud reproductiva segura y digna, especialmente en la población femenina de la región de Ica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el aborto constituye un problema social y de salud pública a nivel mundial, que impacta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo, particularmente en los casos de aborto inducido e incompleto, debido a que estos pueden desencadenar graves complicaciones para la salud materna (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el aborto, cuando se lleva a cabo mediante una técnica apropiada para la edad gestacional y es realizado por personal debidamente capacitado, es un procedimiento simple y con altos niveles de seguridad. No obstante, únicamente cerca del 50 % de los abortos se practican en condiciones seguras, situación que ocasiona más de 39 000 muertes cada año y la hospitalización de millones de mujeres a causa de diversas complicaciones (9).

A nivel mundial, durante el año 2022 se registraron aproximadamente 55 millones de abortos, de los cuales cerca del 50 % fueron clasificados como inseguros. América Latina se destacó como una de las regiones con mayor proporción de abortos inseguros, alcanzando alrededor del 97 %. En este contexto, se estimó la realización de cerca de 4 millones de abortos inseguros, siendo América del Sur la región con la tasa más elevada, con aproximadamente 38 abortos por cada 100 nacidos vivos, sobresaliendo países como Perú, Brasil y Argentina (10).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que la mortalidad materna en América Latina y el Caribe aumentó en un 15 % durante el período comprendido entre 2016 y 2020, alcanzando en 2022 una tasa de 68 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Se calcula que aproximadamente 8 400 mujeres fallecen cada año por causas asociadas al embarazo, el parto y el puerperio, siendo las complicaciones más frecuentes los trastornos hipertensivos, las hemorragias y los abortos inseguros. Sin embargo, se estima que 9 de cada 10 de estas defunciones podrían evitarse mediante una atención sanitaria adecuada y oportuna, el acceso efectivo a métodos anticonceptivos y la disminución de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud (11).

En México, el aborto representó el 8 %, mientras que en Argentina alcanzó el 33 %, en Chile el 37 % y en Trinidad y Tobago hasta el 50 %. En el caso de Chile, a pesar de la penalización del aborto, se estima que se realizaron aproximadamente 300 000 abortos de manera clandestina. En este contexto, se establece que los abortos inseguros ocasionan anualmente la hospitalización de cerca de 7 millones de mujeres en establecimientos de salud, debido a complicaciones como el shock hipovolémico y las infecciones del aparato reproductor, siendo además responsables de aproximadamente el 13 % de las muertes maternas a causa de dichas complicaciones (12).

En el Perú, la tasa de aborto incompleto se ha presentado en más del 60 % de los embarazos no deseados, de los cuales aproximadamente el 45 % ocurrieron en condiciones inseguras. Asimismo, entre enero y junio del año 2024 se reportaron 896 casos de aborto incompleto realizados por personas sin formación profesional y en entornos con condiciones higiénicas deficientes, situación atribuida a la limitada disponibilidad y al elevado costo de los servicios médicos especializados (13).

Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) informó que durante el año 2022 el 2,4 % de las muertes maternas estuvieron relacionadas con el aborto y sus complicaciones. En el año 2023, dicha proporción se incrementó a 4,9 % hasta la semana epidemiológica 18 (14).

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la limitada accesibilidad a los servicios de planificación familiar constituye el principal factor de riesgo para la ocurrencia de embarazos no planificados, los cuales con frecuencia derivan en abortos incompletos, especialmente en los países en vías de desarrollo, convirtiéndose en la tercera causa más común de mortalidad materna. Durante el año 2024, en el país se reportaron las siguientes cifras de hospitalizaciones y muertes asociadas al aborto clandestino: 72 casos en enero, 53 en febrero, 100 en marzo, 257 en abril, 371 en mayo y 43 en junio hasta la fecha (15).

Durante el último trimestre del año 2024 se registraron 336 hospitalizaciones por aborto incompleto en el mes de septiembre, 345 en octubre y 256 en diciembre, gran parte de las cuales estuvieron asociadas a la realización de procedimientos clandestinos (16).

En el Centro Materno La Libertad de Huancayo, los casos de aborto incompleto se presentan con mayor frecuencia en adolescentes de entre 16 y 19 años, situación asociada principalmente al limitado conocimiento sobre esta problemática de salud, a la dificultad de acceso a métodos anticonceptivos y a factores sociales como la vergüenza y el temor a buscar atención, propios de esta etapa de la vida al tratarse de menores de edad (17).

En el ámbito local, pese al evidente incremento de la tasa de aborto a nivel nacional y mundial, el Hospital Santa María del Socorro no cuenta con investigaciones recientes que analicen los factores responsables del aumento de estos casos durante los últimos cinco años. A ello se suma que dicho nosocomio atiende a un elevado número de usuarias con una amplia diversidad de características demográficas y culturales, en comparación con otras instituciones, al constituir uno de los dos establecimientos de mayor complejidad existentes en la región de Ica. En este contexto, el presente estudio tiene como finalidad identificar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, durante el año 2025.

Antecedentes de la investigación:

Antecedentes Internacional

Simegnew A. Getahun T, Habtamu B. en Etiopia en el año 2024 se llevó a cabo un estudio cuyo propósito fue evaluar los resultados del tratamiento del aborto incompleto, así como los factores asociados a dicho manejo. La investigación adoptó un diseño metodológico de tipo transversal retrospectivo. Los hallazgos evidenciaron que el 12,3 % de las mujeres presentó desenlaces desfavorables durante la atención del aborto incompleto. Entre los factores relacionados con estos resultados negativos se identificaron la edad materna, la edad gestacional, el intervalo transcurrido antes de acudir a los servicios de salud y el tipo de tratamiento recibido (18).

Jiang W, et al. en el año 2022 en China, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de identificar los factores asociados al aborto incompleto, para lo cual se empleó un diseño retrospectivo. En el estudio participaron 160 pacientes que presentaron aborto fallido y 147 mujeres cuyo embarazo continuó, seleccionadas conforme a criterios de inclusión y exclusión, con el fin de realizar una comparación entre ambos grupos. Los resultados evidenciaron que, en los casos de aborto fallido, existió una asociación significativa con factores de mayor riesgo, tales como un índice de masa corporal superior a 24 kg/m², un mayor diámetro medio del saco gestacional y una longitud cráneo-rabadilla superior a 20 mm, así como una edad materna mayor de 30 años. Asimismo, se identificaron otros factores asociados, entre ellos haber tenido más de cuatro gestaciones, antecedentes de parto previo y de cesárea, así como antecedentes de embarazo ectópico y abortos recurrentes. En conclusión, los principales factores de riesgo vinculados al aborto fallido fueron la edad materna mayor de 30 años y un IMC superior a 24 kg/m² (19).

Kurnia E. et al. en el año 2022 en Indonesia, desarrollaron una investigación con el propósito de analizar la relación simultánea entre la edad, la paridad y los antecedentes de aborto con la incidencia de aborto incompleto, mediante un estudio de diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 84 participantes, seleccionadas a través de un muestreo aleatorio sistemático con intervalos de clase. Los resultados evidenciaron que el mayor riesgo de presentar aborto incompleto se observó en mujeres con edades extremas (OR = 4,119; p = 0,007) y en aquellas con antecedentes de aborto (OR = 7,034; p = 0,004), mientras que no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la multiparidad. En conclusión, la edad extrema y el antecedente de aborto incrementan de manera significativa la probabilidad de desarrollar un aborto incompleto (20).

Awal M, Sazzad J, Khatun F, Haque J, Hossain G. en el 2021 una investigación en Asia con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto

en pacientes hospitalizadas en el Hospital Universitario de Medicina de Rajshahi, ubicado en Rajshahi, Bangladesh. El estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo de tipo transversal y tuvo como finalidad analizar la situación del aborto incompleto y los factores de riesgo relacionados en mujeres ingresadas en dicho establecimiento de salud. La muestra estuvo conformada por 150 mujeres seleccionadas mediante muestreo intencionado. Los resultados evidenciaron que el 37,3 % de las participantes se encontraba en el grupo etario de 25 a 29 años, con una edad promedio de $25,14 \pm 4,95$ años. Asimismo, el 75,3 % presentó antecedentes de uso de métodos anticonceptivos. En relación con los niveles de hemoglobina, el 30 % registró valores de 15 g/dl, el 22,7 % de 14 g/dl y el 20 % de 13 g/dl. Además, el 67,3 % de las mujeres tenía antecedentes de abortos previos y el 65,3 % manifestó hemorragia vaginal crónica. Entre los factores de riesgo más relevantes se identificaron el uso de anticonceptivos orales y los antecedentes de aborto previo. El estudio concluye que el fortalecimiento de la educación en salud reproductiva podría contribuir de manera significativa a la reducción de las complicaciones asociadas al aborto incompleto (21).

Álvarez B. en el 2021 llevó a cabo un estudio en Ecuador con el propósito de identificar los factores de riesgo que predisponen al aborto incompleto y las complicaciones asociadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil. La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, descriptivo comparativo, de tipo transversal retrospectivo, utilizando información obtenida a partir de las historias clínicas. Los resultados mostraron que el grupo etario con mayor frecuencia se ubicó entre los 15 y 20 años, mientras que el menos frecuente correspondió a las edades de 36 a 40 años. En cuanto a la procedencia, el 54 % de las pacientes provenía de zonas urbanas y el 48 % de zonas rurales. Asimismo, el 64 % eran primigestas, el 64 % no presentaba antecedentes de aborto, el 22 % tenía un aborto previo y el 9 % registraba más de dos abortos. Además, el 14 % contaba con antecedente de cesárea. En conclusión, el aborto incompleto se presentó con mayor frecuencia en mujeres jóvenes primigestas sin antecedentes de aborto previo, siendo la hemorragia la complicación más común, observada en el 55 % de los casos (22).

Antecedentes Nacional

Aliendres G Berrocal G. en el 2025 en Huancavelica con el objetivo de identificar los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el Hospital de Chincheros durante el período 2021–2022. La investigación tuvo un enfoque analítico observacional, de tipo transversal, con un diseño epidemiológico de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 176 casos y 352 controles, y el análisis de los datos se realizó mediante regresión logística binaria. Los resultados evidenciaron que la proporción de abortos fue del 14,9 %. En cuanto a los tipos de aborto, el 69,9 % correspondió a abortos incompletos,

el 23,9 % a abortos frustras, el 5,15 % a abortos completos y el 1,1 % a abortos sépticos. El único factor sociodemográfico asociado de manera significativa al aborto fue el estado civil conviviente (ORA = 3,310; IC 95 %: 1,276–8,587; $p = 0,014$). Entre los factores obstétricos asociados se identificaron el antecedente de aborto previo (ORA = 5,883; IC 95 %: 1,342–25,781; $p = 0,019$), la amenaza de aborto (ORA = 3,032; IC 95 %: 1,013–9,080; $p = 0,000$) y la ausencia de atención prenatal (ORA = 2,458; IC 95 %: 1,002–7,021; $p = 0,000$). Asimismo, los factores sexuales asociados al aborto incluyeron el inicio de las relaciones sexuales antes de los 19 años (ORA = 1,321; IC 95 %: 1,016–3,624; $p = 0,001$), tener más de dos parejas sexuales (ORA = 2,183; IC 95 %: 1,092–2,363; $p = 0,000$), haber presentado infección del tracto urinario en el último año (ORA = 3,348; IC 95 %: 2,222–5,544; $p = 0,000$) y antecedentes de infección de transmisión sexual en el último año (ORA = 2,050; IC 95 %: 1,986–4,121; $p = 0,000$). En conclusión, los factores asociados al aborto fueron el estado civil conviviente, el antecedente de aborto previo, la amenaza de aborto, la falta de atención prenatal, el inicio temprano de las relaciones sexuales, la multiplicidad de parejas sexuales y la presencia reciente de infecciones del tracto urinario y de transmisión sexual (23).

Durant L. en el 2025 llevó a cabo un estudio en Huancavelica con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en usuarias atendidas en el Hospital Ernesto Guzmán Gonzales, Oxapampa, durante el período 2020–2022. La investigación se desarrolló bajo un enfoque observacional, analítico, retrospectivo y transversal, con un diseño de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 160 usuarias con diagnóstico de aborto incompleto y 480 gestantes con edad gestacional menor de 22 semanas, atendidas en dicho establecimiento de salud durante el periodo de estudio. Los resultados evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre el aborto incompleto y diversos factores sociodemográficos, entre los que se incluyeron la adolescencia ($p = 0,002$; OR = 4,13), la edad materna avanzada ($p = 0,002$; OR = 3,4), el estado civil soltera ($p = 0,000$; OR = 2,4), el estado civil casada o conviviente ($p = 0,002$) y la ocupación dedicada exclusivamente a las labores del hogar ($p = 0,000$). En relación con los factores obstétricos, se identificaron asociaciones significativas con el índice de masa corporal pregestacional en condición de desnutrición ($p = 0,000$; OR = 3,1), la primigestación ($p = 0,007$; OR = 4,17), la gran multigestación ($p = 0,002$; OR = 5,02), el sobrepeso según IMC ($p = 0,001$) y la primiparidad ($p = 0,000$; OR = 9,3). En conclusión, los principales factores de riesgo asociados al aborto incompleto fueron la adolescencia o la edad materna avanzada, el estado civil soltera, el índice de masa corporal pregestacional bajo, así como la condición de primigesta o gran multigesta (24).

Cedillo P. en el 2025 desarrolló un estudio en Tumbes con el objetivo de identificar los factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de

Tumbes II-2 durante el año 2024. La investigación tuvo un enfoque analítico de casos, con diseño retrospectivo, y una muestra total de 204 pacientes con diagnóstico confirmado de aborto incompleto. La información fue recolectada a partir de las historias clínicas, considerando variables relacionadas con factores sociodemográficos y obstétricos. Los resultados del análisis multivariado demostraron una asociación significativa entre el aborto incompleto y la ausencia de control prenatal ($ORa > 5,495$; $p < 0,05$). Asimismo, se observó mayor persistencia del evento en mujeres menores de 34 años y en aquellas con nivel de instrucción secundaria. En conclusión, el estudio confirma que los factores obstétricos presentan una asociación estadísticamente significativa con la ocurrencia del aborto incompleto (25).

Gómez F. Llevó a cabo un estudio en la ciudad de Lima en el 2022 con el propósito de identificar los factores socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Huaycán, Ate-Lima. La investigación presentó un diseño no experimental, transversal y retrospectivo, de tipo caso-control, e incluyó a 140 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto y a 140 gestantes con embarazo normal como grupo control. Los resultados permitieron identificar diversos factores socioculturales y obstétricos asociados de manera significativa al aborto incompleto. Entre ellos se encontraron la edad materna menor de 35 años ($OR = 2,6$), el estado civil soltera ($OR = 2,5$), el nivel educativo primario ($OR = 2,37$), la multiparidad ($OR = 2,6$) y la presencia de infección urinaria ($OR = 7,1$). Asimismo, la edad gestacional igual o menor a 12 semanas se identificó como el factor con mayor fuerza de asociación ($OR = 5,9$). El estudio concluyó que la edad materna, el estado civil, la multiparidad y la corta edad gestacional constituyen factores de riesgo independientes para la ocurrencia de aborto incompleto (26).

Uceda M, Zarzosa M. en el 2021, efectuaron un estudio en la ciudad de Huaraz con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia durante el año 2021. La investigación presentó un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, y contó con una muestra de 200 pacientes, distribuidas en dos grupos: 100 casos y 100 controles con diagnóstico comparable. Los resultados evidenciaron una asociación significativa entre el aborto incompleto y diversos factores, entre ellos los antecedentes de aborto ($p = 0,022$; $OR = 8,543$), la amenaza de aborto en el embarazo actual ($p < 0,05$; $OR = 265,927$), la presencia de hábitos nocivos ($p = 0,030$; $OR = 7,452$), la ausencia o inadecuado control prenatal ($p = 0,006$; $OR = 9,779$) y el uso de misoprostol como método para inducir el aborto ($p < 0,05$; $OR = 22,102$). Asimismo, se determinó que el estado civil constituyó el principal factor sociodemográfico asociado, mientras que los hábitos nocivos se identificaron como un componente biológico relevante. En conclusión, el uso de

misoprostol como inductor, los antecedentes de aborto, la amenaza de aborto actual y el control prenatal inadecuado mostraron la mayor fuerza de asociación como factores de riesgo del aborto incompleto (27).

Locales:

Carbajal L. llevó a cabo un estudio en Ica durante el año 2025 con el propósito de identificar los factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital San José de Chíncha. La investigación tuvo un diseño observacional, analítico y de corte transversal, y se basó en la revisión de 93 historias clínicas correspondientes a mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia. Los resultados evidenciaron que la mayor proporción de abortos incompletos se presentó en mujeres con edades entre 20 y 39 años (87,23 %), con nivel educativo secundario (73,4 %), desempleadas (84,04 %) y con estado civil casada o conviviente (68,09 %). Asimismo, el 78,49 % había presentado un solo aborto previo y el 77,66 % eran multigestas. Durante la gestación, se identificó una elevada prevalencia de infecciones urinarias (87,23 %) y anemia (78,72 %). Las mujeres de 40 años o más mostraron un riesgo significativamente mayor de presentar dos o más abortos incompletos ($aPR = 3,40$; IC 95 %: 1,82–6,35; $p < 0,001$). En contraste, variables como el estado civil, el nivel educativo y la condición de desempleo no evidenciaron una asociación estadísticamente significativa. En conclusión, el estudio determinó que el aborto incompleto se encuentra principalmente asociado a la edad reproductiva avanzada y a antecedentes obstétricos complejos, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias preventivas dirigidas a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (28).

Saldaña J. en el 2024 desarrolló un estudio en Pisco, con el objetivo de identificar los factores asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el período comprendido entre septiembre y diciembre de 2023. La investigación presentó un diseño observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo y de corte longitudinal, e incluyó una muestra de 268 pacientes. Los resultados indicaron que, en relación con los factores sociodemográficos, el 69 % de las participantes contaba con empleo, el 60 % era casada o conviviente, el 67 % tenía más de 20 años y el 66 % residía en zonas urbanas. En cuanto a los factores obstétricos, el 57 % presentó una edad gestacional igual o mayor a 12 semanas, el 77 % correspondió a multigestas, el 55 % tenía antecedentes de aborto y el 39 % reportó un intervalo intergenésico mayor a cuatro años. Respecto a los hábitos, el 54 % refirió consumo de alcohol, mientras que el 69 % no fumaba. Los tipos de aborto más frecuentes fueron el incompleto (81 %), seguido del completo (8 %) y el diferido (3 %). El análisis evidenció una asociación estadísticamente significativa con la ocupación ($OR = 1,751$), el estado

civil (OR = 1,653), la edad (OR = 0,561), la procedencia (OR = 0,411), la edad gestacional (OR = 2,305), el número de gestaciones (OR = 0,523), el antecedente de aborto (OR = 2,014), el período intergenésico (OR = 2,140) y, en relación con los hábitos nocivos, el consumo de alcohol (OR = 4,495). En conclusión, los factores sociodemográficos, la edad gestacional, el número de gestaciones previas, los antecedentes de aborto y el consumo de alcohol se identificaron como elementos relevantes en la ocurrencia del aborto espontáneo (29).

Bases teóricas

El aborto

El término aborto deriva del latín *aboriri*, que hace referencia a la pérdida o interrupción del embarazo. Se define como la finalización espontánea o inducida de la gestación antes de que el feto alcance la viabilidad, lo cual implica la interrupción del embarazo antes de las veintidós semanas. De acuerdo con el momento en que ocurre, el aborto puede clasificarse en preembrionario, cuando se presenta entre las 5 y 6 semanas; embrionario, entre las 7 y 10 semanas; y fetal, entre las 11 y 20 semanas de gestación. Esta interrupción del embarazo, que generalmente acontece antes de las 20 semanas, se diagnostica mediante la evaluación clínica y estudios complementarios como el examen físico y la ecografía, acompañados de signos y síntomas como sangrado vaginal, dolor pélvico-abdominal y alteraciones en los niveles de la β -gonadotropina coriónica humana (β -hCG) (30).

Tipos de aborto según la clasificación médica

1. Aborto espontáneo: Ocurre de manera natural, sin intervención externa, generalmente antes de las 20 semanas de gestación.
2. Aborto inducido: Interrupción deliberada del embarazo mediante medicamentos o procedimientos quirúrgicos.
3. Aborto incompleto: Expulsión parcial del contenido uterino, quedando restos ovulares en el útero.
4. Aborto completo: Expulsión total del contenido uterino.
5. Aborto retenido (diferido): El embrión o feto ha fallecido, pero no es expulsado espontáneamente.
6. Aborto séptico: Se acompaña de infección uterina, generalmente asociado a prácticas inseguras.
7. Amenaza de aborto: Presencia de sangrado vaginal con el cuello uterino cerrado y posibilidad de continuar el embarazo.
8. Aborto inevitable: Hay dilatación cervical y el proceso de expulsión es inminente.

Aborto incompleto

El aborto incompleto constituye una de las formas de aborto espontáneo, junto con el aborto inevitable, retenido, la amenaza de aborto y el aborto completo. Se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción, en la cual el embrión o feto ha sido eliminado, pero permanecen restos de tejido placentario o de las membranas fetales en la cavidad uterina. Se ha evidenciado que las pacientes con aborto incompleto suelen presentar un pronóstico favorable cuando se opta por un manejo expectante, ya que cerca del 90 % consigue la evacuación completa de los productos de la concepción en un período aproximado de cuatro semanas. Durante el proceso de interrupción del embarazo, el sangrado se produce como consecuencia de la separación parcial o total de la placenta y de la dilatación del cuello uterino; posteriormente a las 10 semanas de gestación, el producto de la concepción y sus anexos suelen expulsarse de manera separada, pudiendo el tejido residual permanecer dentro del útero o alojarse parcialmente en el canal cervical (31).

El aborto incompleto puede originarse por una etiología diversa y, en muchos casos, difícil de identificar. Si bien se han descrito causas de tipo inmunológico y genético, también existe una amplia variedad de factores ambientales, contaminantes y toxinas que pueden influir en su aparición. A diferencia de ello, el aborto espontáneo suele presentarse sin una causa claramente identificable, ya que con frecuencia ocurre de manera temprana, incluso antes de que la mujer tenga conocimiento del embarazo. Asimismo, se estima que entre el 20 % y el 30 % de las mujeres con embarazos confirmados presentan algún episodio de sangrado durante las primeras 20 semanas de gestación, y aproximadamente la mitad de estos casos culminan en aborto espontáneo (32).

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo para la ocurrencia del aborto existe una amplia variedad de elementos, los cuales se asocian a condiciones específicas que favorecen su aparición y conducen a la interrupción del embarazo antes de que este alcance su término.

Factores preconcepcionales

IMC

Diversas investigaciones han evidenciado que un índice de masa corporal elevado, correspondiente a sobrepeso u obesidad, se asocia con un mayor riesgo de pérdida temprana del embarazo, específicamente aborto espontáneo. En este sentido, se ha observado que, a medida que el IMC aumenta de forma progresiva, también se incrementa la probabilidad de aborto espontáneo en comparación con mujeres que presentan un IMC dentro de rangos normales (25).

Paridad

Diversas investigaciones han indicado que la multiparidad puede estar relacionada con un mayor riesgo de aborto espontáneo, particularmente cuando se asocia con edad materna avanzada o con intervalos intergenésicos cortos. Esta relación se atribuye a los cambios acumulativos en el endometrio y el miometrio, así como al incremento de comorbilidades maternas conforme aumenta el número de gestaciones. Asimismo, se ha reportado que la multiparidad constituye un factor asociado al aborto incompleto, con significancia estadística ($p = 0,0004$; OR = 2,6; IC 95 %: 1,5–4,03) (33).

Periodo intergenésico

Este factor hace referencia a un intervalo intergenésico menor a seis meses entre una gestación y la siguiente, lo cual incrementa la probabilidad de que ocurra un aborto. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud recomienda que el periodo de latencia entre embarazos sea mayor a seis meses, con el fin de reducir los riesgos maternos y perinatales (33).

Factores conceptuales

Desde hace varios años, el factor autoinmune ha sido reconocido como una posible causa de aborto, aunque su papel continúa siendo objeto de controversia. Entre los mecanismos propuestos se incluyen las reacciones de rechazo similares a las de un injerto, mediadas por linfocitos T citotóxicos y el aumento de la histocompatibilidad; la ausencia de anticuerpos bloqueadores citotóxicos maternos; así como alteraciones en la actividad y distribución de las células natural killer durante la gestación. Dado que el embarazo puede compararse con un proceso de trasplante, el feto se rige por los principios de aceptación o rechazo del sistema inmunológico materno, el cual, a través de la barrera placentaria, permite la interacción armónica y la tolerancia mutua entre dos organismos con diferencias antigénicas (34).

Control prenatal

El control prenatal constituye un componente esencial para la protección de la salud materna y fetal, dado que posibilita la identificación temprana de factores de riesgo, complicaciones obstétricas y patologías preexistentes que pueden interferir en el adecuado desarrollo de la gestación. Mediante la realización de controles periódicos, se supervisa el crecimiento y bienestar fetal, el estado nutricional de la gestante y se reconocen oportunamente signos de alarma, lo que contribuye a disminuir el riesgo de aborto, parto prematuro y mortalidad materna. Asimismo, la atención prenatal favorece la educación en salud, incentivando conductas saludables, la adherencia a la suplementación y una adecuada planificación del parto. La evidencia científica respalda que una atención prenatal adecuada se asocia con mejores resultados perinatales y con una menor frecuencia de complicaciones prevenibles (35).

Enfermedades durante el embarazo

Diversos estudios han señalado que la infección del tracto urinario se encuentra asociada al aborto incompleto, con una razón de momios de 0,04 y un intervalo de confianza del 95 % que oscila entre 0,6 y 37. Asimismo, las infecciones vaginales ocasionadas por microorganismos como *Candida albicans*, bacterias y virus incrementan la probabilidad de interrupción del embarazo (35).

Factores uterinos

Otra causa del aborto está relacionada con anomalías anatómicas y malformaciones uterinas, como la presencia de sinequias, las cuales pueden interferir con la implantación o el desarrollo temprano del embrión. Estas alteraciones suelen ser consecuencia de procedimientos como legrados uterinos, cirugías intrauterinas o procesos inflamatorios como la endometritis. Asimismo, la incompetencia cervical se caracteriza por la dilatación y el borramiento indoloros del cuello uterino, generalmente al inicio del segundo trimestre de gestación, constituyendo una de las principales causas de abortos tardíos (36).

La miomatosis intrauterina también puede favorecer la ocurrencia de pérdidas fetales. Entre otros mecanismos implicados en el desencadenamiento del aborto se encuentran las alteraciones endocrinas, como el defecto de la fase lútea o la insuficiencia del cuerpo lúteo, asociadas a una estimulación inadecuada de la progesterona. Asimismo, los trastornos tiroideos y la diabetes mellitus se han relacionado con un incremento del riesgo de pérdidas fetales (36).

Factores sociodemográficos

Se han identificado diversos factores sociodemográficos que se encuentran relacionados con el aborto incompleto, entre los cuales destacan la edad materna, el estado civil, el nivel educativo y el inicio temprano de las relaciones sexuales (37)

Las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 24 años presentan un riesgo 3,92 veces mayor de experimentar resultados adversos en comparación con aquellas mayores de 25 años. Esto podría deberse a que muchas jóvenes aún conviven con su familia, lo que puede llevarlas a ocultar el embarazo y retrasar la búsqueda de atención médica. Además, las mujeres más jóvenes, particularmente aquellas sin pareja estable o que enfrentan abortos tardíos, presentan un mayor riesgo de complicaciones. Se ha reportado que más del 60 % de los abortos inseguros ocurren en mujeres menores de 25 años (37).

El estado civil ha sido señalado como un factor relacionado con el aborto incompleto, aunque los hallazgos entre distintos estudios no son completamente consistentes. Algunos autores indican que las mujeres solteras en edad fértil presentan una mayor probabilidad de experimentar esta complicación, con un odds ratio (OR) de 1,71, lo que sugiere que la soltería podría ser un factor de riesgo significativo (36).

El nivel educativo constituye otro factor relevante asociado al aborto incompleto. Diversos estudios han señalado que un menor grado de instrucción incrementa el riesgo de esta complicación. Se ha reportado que hasta el 52,76 % de las pacientes afectadas únicamente alcanzaron educación primaria, mientras que entre el 47,24 % y el 61,8 % contaban con educación secundaria. Estos hallazgos reflejan cómo la escolaridad puede influir en la salud reproductiva, posiblemente debido a un acceso limitado a información y servicios sanitarios adecuados (34).

Factores sociales

La carencia de conocimientos sobre la atención oportuna frente a complicaciones durante la gestación puede ocasionar retrasos en la búsqueda de asistencia médica. Por esta razón, el nivel educativo se considera un factor determinante en el manejo de la salud reproductiva y en la prevención de resultados adversos, como el aborto incompleto (36).

Numerosos estudios han identificado que el embarazo no deseado representa un factor de riesgo significativo para el aborto incompleto, sobre todo en contextos con acceso limitado a métodos anticonceptivos efectivos y a servicios seguros de salud sexual y reproductiva. Según la Organización Mundial de la Salud, una proporción importante de los abortos inducidos inseguros se produce en mujeres con gestaciones no planificadas, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones como aborto incompleto, hemorragias e infecciones graves (37)

El aborto incompleto puede manejarse mediante tratamiento farmacológico con misoprostol o mediante procedimientos quirúrgicos, como la aspiración manual endouterina (AMEU) o la dilatación y legrado. La elección del método depende del estado clínico de la paciente y de sus preferencias. Según las guías de la Organización Mundial de la Salud, se recomienda administrar 600 µg de misoprostol por vía oral o 400 µg por vía sublingual en gestaciones con tamaño uterino menor a 13 semanas. Para úteros de 13 semanas o más, se indica 400 µg de misoprostol vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas. Se pueden considerar dosis repetidas si el tratamiento inicial no es exitoso, siempre aplicando juicio clínico para no exceder la dosis máxima recomendada (38).

La aspiración manual endouterina (AMEU) constituye una alternativa segura para el manejo del aborto incompleto, realizándose generalmente bajo anestesia general o regional. Este procedimiento ha mostrado una tasa de evacuación completa significativamente superior al tratamiento con misoprostol durante el primer trimestre. Por su parte, el manejo médico presenta una mayor probabilidad de fallo, lo que en ocasiones requiere una AMEU complementaria; sin embargo, este enfoque farmacológico suele ser mejor aceptado por las pacientes y resulta más económico en comparación con la intervención quirúrgica (38).

Formulación del problema

Problema General:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?

Problemas Específicos

PE1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?

PE2: ¿Cuáles son los factores obstétricos preconceptionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?

PE3: ¿Cuáles son los factores obstétricos conceptionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?

PE4: ¿Cuáles son los factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?

PE5: ¿Cuáles son los factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?

Justificación e importancia de la investigación.

Justificación

Justificación teórica

La presente investigación se fundamenta en la necesidad de analizar los factores asociados al aborto incompleto desde un enfoque integral que articule dimensiones biológicas, clínicas y socioestructurales, considerando que esta condición constituye una de las principales causas de morbilidad materna en contextos de atención obstétrica. Teóricamente, se sustenta en el modelo de los determinantes sociales de la salud, el cual plantea que los resultados en salud no dependen exclusivamente de procesos fisiopatológicos, sino también de condiciones económicas, educativas y culturales que influyen en la exposición al riesgo y en el acceso oportuno a servicios sanitarios. Desde la perspectiva biomédica, el aborto incompleto puede derivarse de alteraciones cromosómicas, infecciones, desequilibrios hormonales y patologías maternas preexistentes; sin embargo, su frecuencia y complicaciones se incrementan en escenarios donde existen barreras para la atención gineco-obstétrica, limitada educación sexual y reproductiva, y prácticas inseguras de interrupción del embarazo. En este sentido, la justificación teórica radica en comprender el fenómeno como un problema multifactorial cuya explicación requiere integrar marcos conceptuales clínicos y sociales, permitiendo generar evidencia que contribuya al diseño de estrategias preventivas, protocolos de atención más eficaces y políticas públicas orientadas a la reducción de la morbimortalidad materna.

Justificación práctica

La justificación práctica de esta investigación radica en la necesidad de generar evidencia útil que permita fortalecer la prevención, detección oportuna y manejo adecuado del aborto incompleto en los servicios de salud. Al identificar los factores asociados, se podrán diseñar e implementar estrategias clínicas y educativas orientadas a reducir complicaciones como hemorragias, infecciones y otras causas de morbilidad materna, optimizando así los protocolos de atención obstétrica. Asimismo, los resultados contribuirán a mejorar la planificación de recursos sanitarios, capacitar al personal de salud en la identificación temprana de factores de riesgo y promover intervenciones comunitarias enfocadas en educación sexual y reproductiva. De esta manera, la investigación no solo aportará conocimiento académico, sino que tendrá aplicabilidad directa en la práctica clínica y en la toma de decisiones institucionales, favoreciendo una atención más segura, oportuna y basada en evidencia.

Justificación metodológica

La justificación metodológica de la presente investigación se sustenta en la necesidad de emplear un enfoque científico riguroso que permita identificar y analizar de manera objetiva los factores asociados al aborto incompleto, garantizando la validez y confiabilidad de los resultados. La aplicación de un diseño metodológico adecuado —ya sea descriptivo, correlacional o analítico— posibilita establecer relaciones entre variables clínicas, sociodemográficas y obstétricas, contribuyendo a una comprensión integral del fenómeno. Asimismo, el uso de instrumentos estructurados para la recolección de datos, criterios claros de inclusión y exclusión, y técnicas estadísticas pertinentes permitirá minimizar sesgos y fortalecer la consistencia interna del estudio. De igual manera, la sistematización de la información obtenida facilitará la replicabilidad de la investigación en otros contextos, aportando evidencia comparable y útil para futuras investigaciones. En este sentido, la metodología propuesta no solo responde a los objetivos planteados, sino que asegura la generación de conocimientos sólidos que respalden la toma de decisiones en el ámbito sanitario.

Importancia

El estudio reviste gran relevancia, dado que el aborto incompleto constituye un problema frecuente en las consultas de emergencias obstétricas y es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna. Por esta razón, resulta fundamental identificar los factores asociados a esta condición, a fin de implementar medidas oportunas que contribuyan a prevenir su ocurrencia. Desde el enfoque teórico, la investigación proporcionará información actualizada sobre los factores vinculados al diagnóstico de aborto incompleto, ampliando la base de evidencia científica existente, enriqueciendo la

literatura académica y facilitando el desarrollo de estrategias educativas y programas de consejería en salud sexual y reproductiva dirigidos a la población.

Asimismo, permitió identificar qué características, como la edad materna, edad gestacional, índice de masa corporal, comorbilidades (diabetes, hipertensión, enfermedades tiroideas), antecedentes obstétricos, uso o abuso de medicamentos o misoprostol sin supervisión, e infecciones, se asocian con una mayor probabilidad de aborto incompleto. El objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad materna mediante la vigilancia epidemiológica y la planificación de recursos, facilitando al personal de salud la detección oportuna de estos factores de riesgo

Objetivos.

Objetivo General:

Determinar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Objetivos Específicos:

OE1: Identificar los factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

OE2: Analizar los factores obstétricos preconceptionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

OE3: Describir los factores obstétricos conceptionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

OE4: Determinar los factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

OE5: Establecer los factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Hipótesis y variables de la investigación.

Hipótesis General:

Ha: Existe una asociación significativa entre los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

H0: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Hipótesis específicas

HE1: Los factores sociodemográficos presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE2: Los factores obstétricos preconceptionales presentan asociación significativa con el aborto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE3: Los factores obstétricos concepcionales presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE4: Los factores sociales presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE5: Los factores uterinos presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Variables:

a) Variable Independiente

Factores asociados

Indicadores:

Factores sociodemográficos

Factores obstétricos preconcepcional

Factores obstétricos concepcionales

Factores sociales

Factores uterinos

b) Variable dependiente:

Aborto incompleto en pacientes

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

2.1. Tipo de investigación

Investigación Aplicada:

Porque busco resolver un problema real de salud pública como son los factores asociados al aborto incompleto, generando mejoras para la prevención de la mortalidad materna, analizando las relaciones de influencia entre las variables para conocer el grado de dependencia entre estos.

Transversal:

El estudio de tipo transversal fue aquel donde la información se recolecta en un periodo de tiempo determinado por el investigador.

Retrospectivo:

Ya que los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de las gestantes que presentaron un aborto incompleto durante el año 2025.

2.2. Nivel de investigación

El estudio corresponde al nivel explicativo, porque tuvo como finalidad establecer el grado de asociación no causal existente entre dos o más variables; para determinar el principio de causalidad.

2.3. Diseño de investigación

El estudio fue observacional analítico de casos y controles, es un tipo de estudio epidemiológico, observacional y analítico que se utiliza para establecer una relación entre una exposición (factor de riesgo) y una enfermedad. Los estudios de casos y controles comparan 2 grupos poblacionales (casos) personas con una enfermedad y los (controles) personas sin la enfermedad

2.4. Población y muestra

Población de estudio

La población estuvo conformada por todas las gestantes con una edad gestacional menor de 22 semanas atendidos durante el año 2025 en el Hospital Santa María del Socorro por presentar aborto, Según lo informado por el área de estadística.

Tamaño de la muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por todas las gestantes menor de 22 semanas divididas en 02 grupos; los casos (aborto incompleto) y controles (sin aborto incompleto); los cuales fueron determinados a través de la formula estadística para casos y controles.

Para el cálculo del tamaño muestral, se ha establecido utilizar la fórmula correspondiente para estudios de casos y controles debido a que es la fórmula idónea para el tipo de estudio:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times [p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}{(p_1 - p_2)^2}$$

Para estimar la proporción esperada de exposición en controles:

$$p_2 = \frac{p_1}{OR + (1 - OR) \times p_1}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Nivel de confianza deseado del 95% :1.96
- Z_{β} = Potencia estadística deseada del 80%: 0.84
- p_1 = Proporción esperada de exposición en los casos: 0.77%
- p_2 = Proporción esperada de exposición en los controles: 0.50%
- $(p_1 - p_2)$ = Diferencia esperada en la exposición entre casos y controles: 0.27%
- OR: 3.31 (17).

Con un OR = 3.31, $p_1 = 0.77$, $p_2 = 0.50$, un nivel de confianza del 95 % y una potencia del 80 %, se necesitan aproximadamente 51 mujeres con aborto incompleto (casos) y 51 mujeres con aborto completo (controles).

Criterios de Elegibilidad

Criterios de selección para los casos

Criterios de inclusión para los casos:

- Historias clínicas de gestantes con aborto incompleto.
- Historias clínicas con datos completos y legibles.

Criterios de exclusión para los casos:

- Historias clínicas de gestantes incompletas
- Historias clínicas de gestantes sin aborto incompleto

Criterios de selección para los controles:

Criterios de inclusión para los controles:

- Historias clínicas de gestantes con aborto completo
- Historias clínicas de gestantes con datos completos

Criterios de exclusión para los controles:

- Historias clínicas de gestantes con datos incompletos
- Historias clínicas de gestantes mayor de 22 semanas

2.5. Técnicas de recolección de datos

La técnica que se empleo fue el análisis documental basado en los registros generados en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Santa María del Socorro.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento empleado fue una ficha de recolección de datos, validada cualitativamente mediante el juicio de expertos, alcanzando una puntuación de 0,98 según el estudio de Durand (18). Esta ficha está organizada en secciones que recogen características sociodemográficas y obstétricas, tanto previas como durante el embarazo.

2.6. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos

El procesamiento de los datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

Primero: Se solicito la autorización a las autoridades del Hospital Santa María del Socorro, para las facilidades de los datos requeridos.

Segundo: Previa aceptación se procedió a coordinar con el jefe del Servicio de ginecoobstetricia y responsable de admisión para la aplicación del instrumento.

Tercero: Con la debida autorización se procedió con la aplicación de la ficha de registro.

Se ordenaron y codificaron las fichas de registro recolectadas por la asistente de investigación.

Lo cual se ingreso la información a una laptop marca HP, DESKTOP-J4ERA89, de procesador Intel(R) Core (TM) i5-7200U CPU @ 2.50GHz 2.70 GHz, con un tipo de sistema Sistema operativo de 64 bits, procesador basado en x64, asimismo se empelará el programa estadístico de SPSS versión 25 y el Excel 2019, con el que se realizará un análisis de acuerdo con la naturaleza del estudio. Los datos se presentarán en tablas de frecuencias acorde a las variables, así mismo se aplicará la estadística inferencial a través de la prueba bivariado y multivariada con su IC 95%.

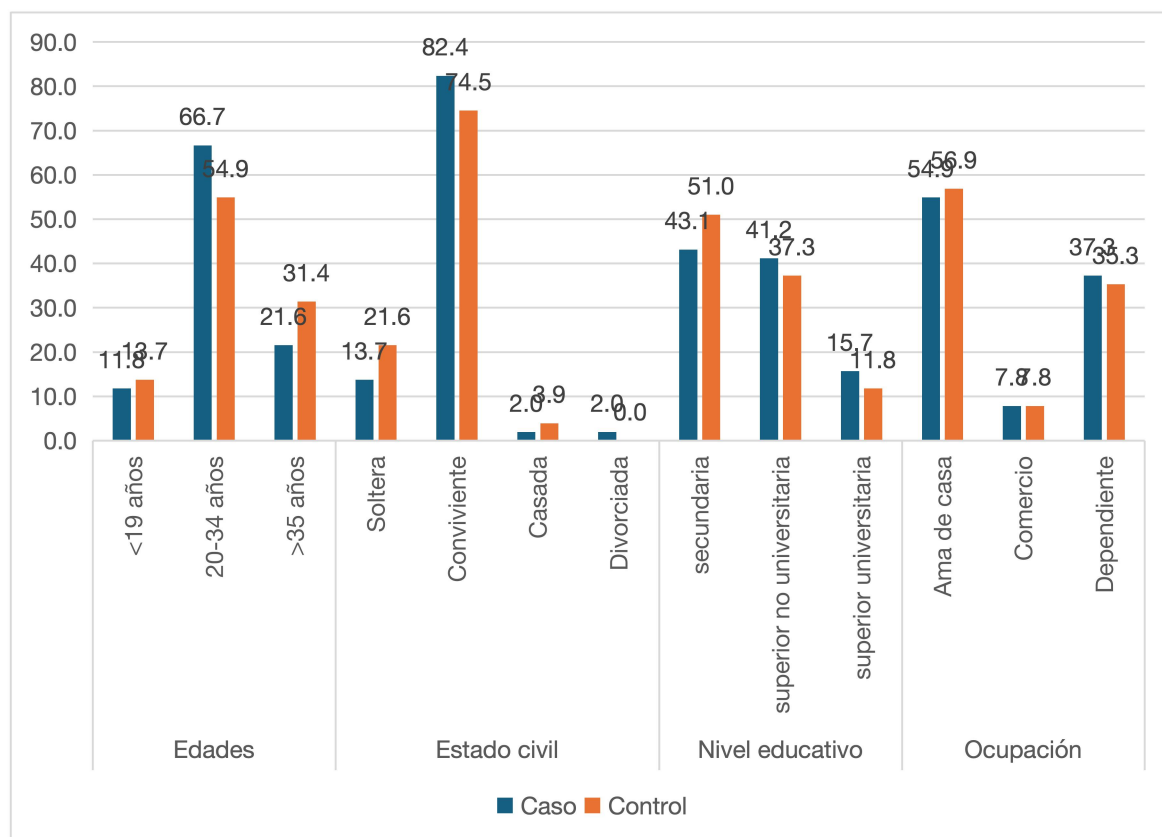
III. RESULTADOS

Tabla 1 Factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Factores sociodemográficos		aborto						Análisis bivariado		
		Caso		Control				Total	X²	OR
		f	%	f	%	f	%	(Sig)		
Edades	<19 años	6	11.8	7	13.7	13	12.7	0,065 (0,799)	1,138	0,420-3,088
	20-34 años	34	66.7	28	54.9	62	60.8			
	>35 años	11	21.6	16	31.4	27	26.5			
Estado civil	Soltera	7	13.7	11	21.6	18	17.6	0,582 (0,582)	0,677	0,247-1,853
	Conviviente	42	82.4	38	74.5	80	78.4			
	Casada	1	2.0	2	3.9	3	2.9			
	Divorciada	1	2.0	0	0.0	1	1.0			
Nivel educativo	secundaria	22	43.1	26	51.0	48	47.1	0,630 (0,427)	0,729	0,339-1,591
	superior no universitaria	21	41.2	19	37.3	40	39.2			
	superior universitaria	8	15.7	6	11.8	14	13.7			
Ocupación	Ama de casa	28	54.9	29	56.9	57	55.9	0,040 (0,842)	0,924	0,423-2,018
	Comercio	4	7.8	4	7.8	8	7.8			
	Dependiente	19	37.3	18	35.3	37	36.3			
Total		51	100.0	51	100.0	102	100.0			

Fuente: Datos estadísticos del hospital Santa María del Socorro, 2025.

Figura 1 Distribución de factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.



La Tabla 1 presenta la relación entre los factores sociodemográficos y la ocurrencia de aborto incompleto. Se observa que la mayor proporción de casos se encuentra en mujeres del grupo etario de 20 a 34 años (66.7%), seguido del grupo mayor de 35 años (21.6%). Sin embargo, el análisis estadístico demuestra que la edad no presenta una asociación significativa con el aborto incompleto ($p=0.799$). Esto indica que, en esta muestra, la edad materna no influye de manera directa en la aparición de esta complicación.

En cuanto al estado civil, las mujeres convivientes predominan tanto en el grupo de casos (82.4%) como en el de controles (74.5%), sin encontrarse relación estadísticamente significativa ($p=0.582$). Esto sugiere que el tipo de vínculo conyugal no constituye un factor determinante para el aborto incompleto en este contexto.

Respecto al nivel educativo, la mayoría de las mujeres tiene formación secundaria (43.1%) o superior no universitaria (41.2%) perteneciente a los casos y el (51%) de controles su formación es secundaria, sin asociación significativa ($p=0.427$). Este hallazgo refleja que el grado de instrucción no influye directamente en la ocurrencia del aborto incompleto, aunque puede relacionarse con aspectos de conocimiento y acceso a servicios de salud.

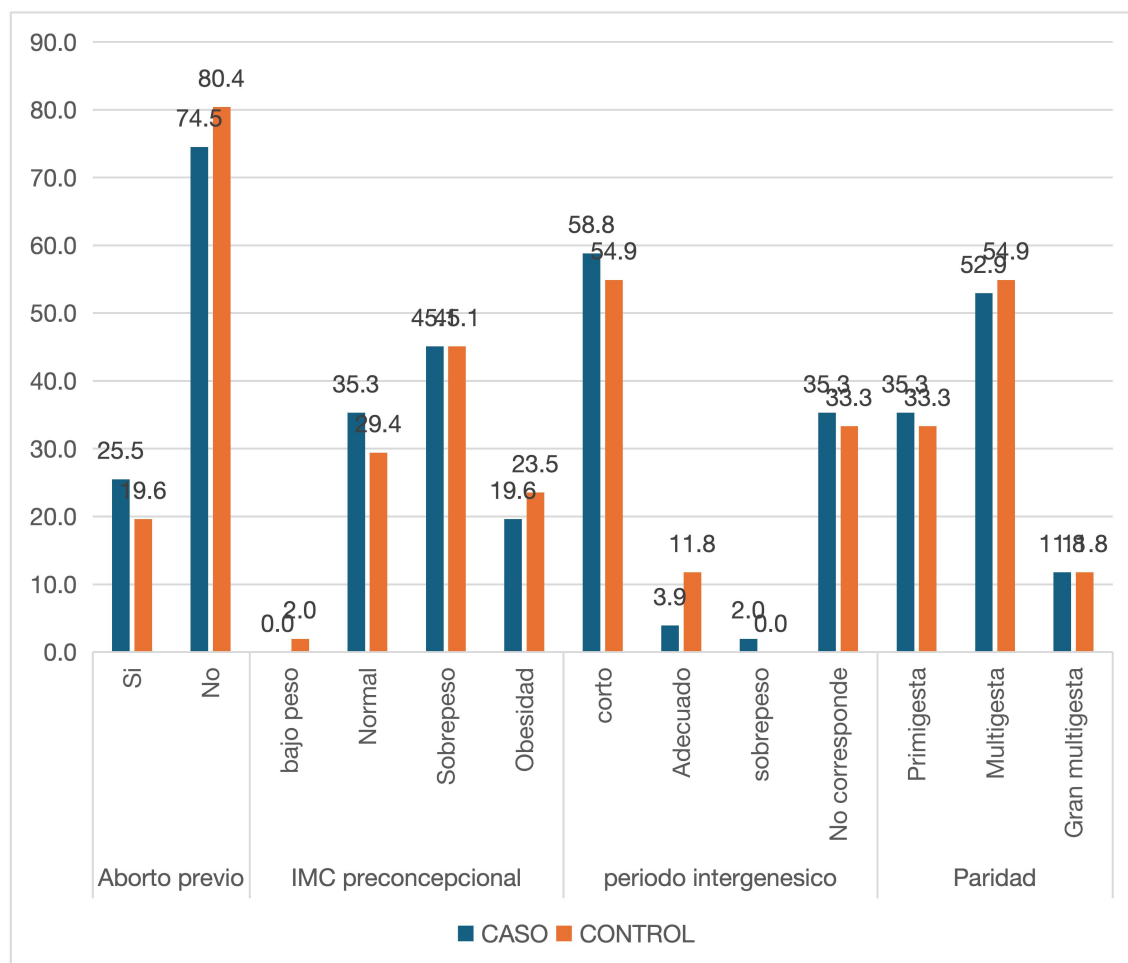
Finalmente, la ocupación predominante fue la de ama de casa (54.9%), seguida de trabajadoras dependientes (37.3%) para los casos. Sin embargo, tampoco se evidenció una relación significativa ($p=0.842$) entre el tipo de ocupación y el aborto incompleto.

Tabla 2 Factores preconceptionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Factores preconcepcionales		Aborto incompleto				Total		Análisis bivariado		
		Caso		Control				X²	OR	IC 95%
		f	%	f	%	f	%	(Sig)		
Aborto previo	Si	13	25.5	10	19.6	23	22.5	0,505 (0,477)	1,403	0,55-5,73
	No	38	74.5	41	80.4	79	77.5			
IMC preconcepcional	bajo peso	0	0.0	1	2.0	1	1.0	0,403 (0,525)	0,764	0.53-,756
	Normal	18	35.3	15	29.4	33	32.4			
	Sobrepeso	23	45.1	23	45.1	46	45.1			
	Obesidad	10	19.6	12	23.5	22	21.6			
Periodo intergenésico	corto	30	58.8	28	54.9	58	56.9	0,362 (0,547)	1,273	0,57-2,798
	Adecuado	2	3.9	6	11.8	8	7.8			
	sobrepeso	1	2.0	0	0.0	1	1.0			
	No corresponde	18	35.3	17	33.3	35	34.3			
Paridad	Primigesta	18	35.3	17	33.3	35	34.3	0,043 (0,835)	1,091	0;482-2,471
	Multigesta	27	52.9	28	54.9	55	53.9			
	Gran multigesta	6	11.8	6	11.8	12	11.8			
Total		51	100.0	51	100.0	102	100.0			

Fuente: Datos estadísticos del hospital Santa María del Socorro, 2025.

Figura 2 Distribución de los factores preconceptionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.



La Tabla 2 analiza la relación entre los factores preconceptionales y la presencia de aborto incompleto, en cuanto al **antecedente de aborto previo**, el 25.5 % de las mujeres con aborto incompleto par casos presentaron antecedentes de aborto frente al 19.6 % del grupo control. Sin embargo, la asociación no fue estadísticamente significativa ($p = 0.477$). Esto sugiere que haber tenido abortos anteriores no constituye un factor determinante para la ocurrencia de un nuevo aborto incompleto en esta muestra.

En el **índice de masa corporal (IMC) preconcepcional**, la mayoría de las participantes se encontraba con **sobrepeso** (45.1 % en ambos grupos), seguida de obesidad (alrededor del 21.6 %). No se halló relación significativa ($p = 0.525$) entre el IMC y el aborto incompleto, lo que indica que el estado nutricional previo al embarazo no influyó directamente en esta complicación.

En cuanto al **periodo intergenésico**, el 58.8 % de los casos presentaron un periodo intergenésico corto frente al 54.9 % de los controles. Tampoco se encontró asociación

significativa ($p = 0.547$), lo cual sugiere que el tiempo transcurrido entre gestaciones no representó un riesgo relevante.

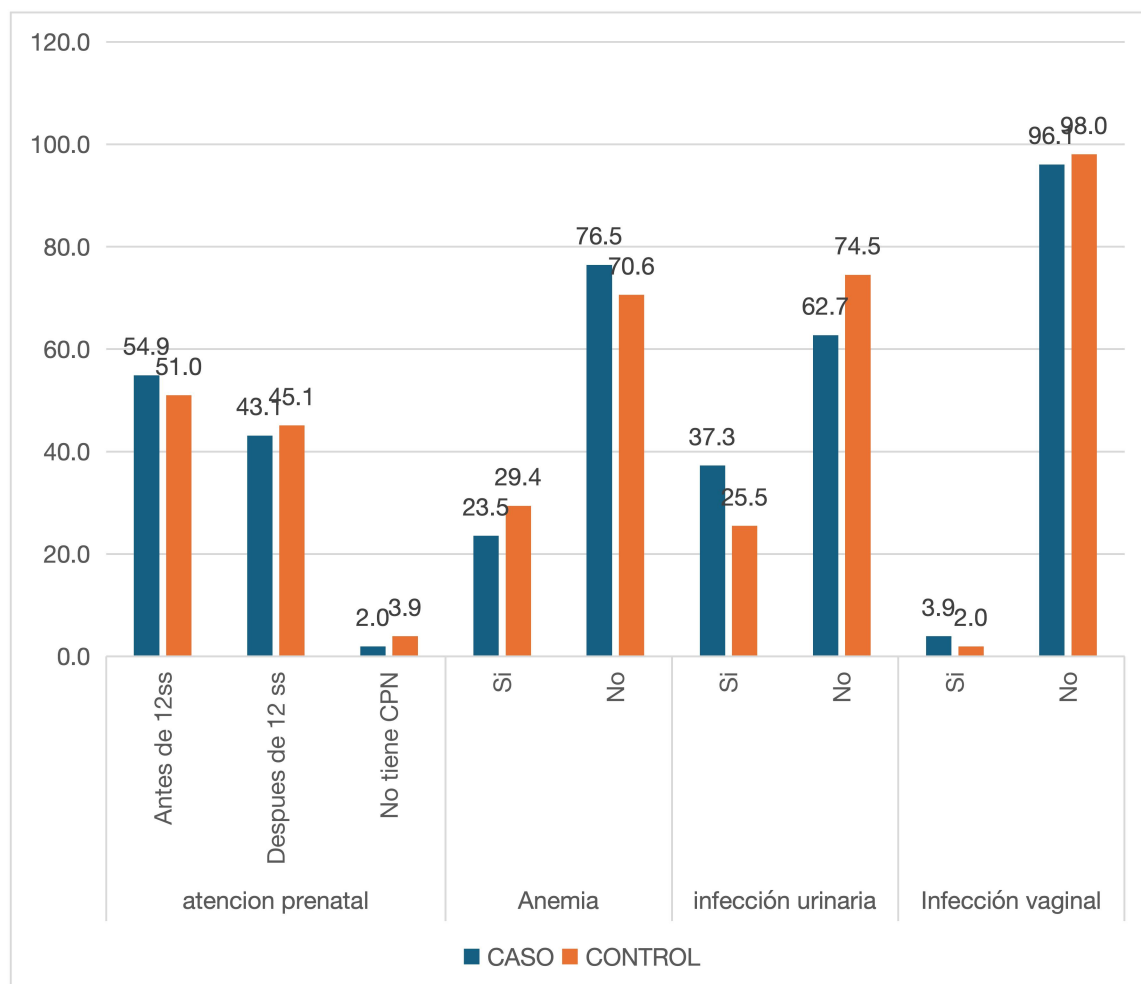
Finalmente, con respecto a la **paridad**, la mayoría de las mujeres eran multigestas (52.9 % de los casos y 54.9 % de los controles), y el análisis no mostró relación significativa ($p = 0.835$) entre el número de gestaciones y la presencia de aborto incompleto.

Tabla 3 Factores concepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

		Aborto incompleto						Análisis bivariado		
		Caso		Control				Total	X²	OR
		f	%	f	%	f	%	(sig)		
Atención prenatal	Antes de 12ss	28	54.9	26	51.0	54	52.9	0,343 (0,558)	2,041	0,172-23,241
	Después de 12 ss	22	43.1	23	45.1	45	44.1			
	No tiene CPN	1	2.0	2	3.9	3	2.9			
Anemia	Si	12	23.5	15	29.4	27	26.5	0,453 (0,501)	0,738	0,305-1,787
	No	39	76.5	36	70.6	75	73.5			
infección urinaria	Si	19	37.3	13	25.5	32	31.4	1,639 (0,200)	1,736	0,743-4,052
	No	32	62.7	38	74.5	70	68.6			
Infección vaginal	Si	2	3.9	1	2.0	3	2.9	0,343 (0,558)	2,041	0,179-23,241
	No	49	96.1	50	98.0	99	97.1			
DIU hormonal	SI	0	0	0	0	0	0	-	-	-
	No	51	100.0	51	100.0	102	100.0			
Total		51	100.0	51	100.0	102	100.0			

Fuente: Datos estadísticos del hospital Santa María del Socorro, 2025.

Figura 3 Distribución de los factores conceptuales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.



La Tabla 3 del estudio “Factores conceptuales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, donde las pacientes con atención prenatal, el 54.9% de las mujeres iniciaron su control prenatal antes de las 12 semanas para casos, mientras que el 51 % de las mujeres fueron controles, no mostró asociación significativa ($p = 0.558$), lo que indica que la oportunidad del primer control prenatal no influyó de forma directa en la ocurrencia del aborto incompleto. Sin embargo, desde un punto de vista clínico, iniciar el control prenatal temprano sigue siendo importante, ya que permite detectar complicaciones en etapas iniciales del embarazo.

En la anemia, el 23.5 % de las mujeres que son casos presentaron anemia, frente al 29.4 % del grupo control, el valor de significancia ($p = 0.501$) demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre la anemia y el aborto incompleto. A un así, la anemia puede

considerarse un factor indirecto, ya que afecta el bienestar materno y la oxigenación fetal, incrementando el riesgo de complicaciones si no se corrige oportunamente.

Infección urinaria

En la infección urinaria, el 37.3 % de las mujeres son casos y presentaron infección urinaria, mientras que en el grupo control fue el 25.5 %. Aunque la diferencia porcentual es evidente, la asociación no fue significativa ($p = 0.200$). Desde la perspectiva clínica, las infecciones urinarias pueden aumentar el riesgo de contracciones uterinas y pérdida gestacional, por lo que requieren vigilancia médica, incluso si los resultados estadísticos no muestran relación directa.

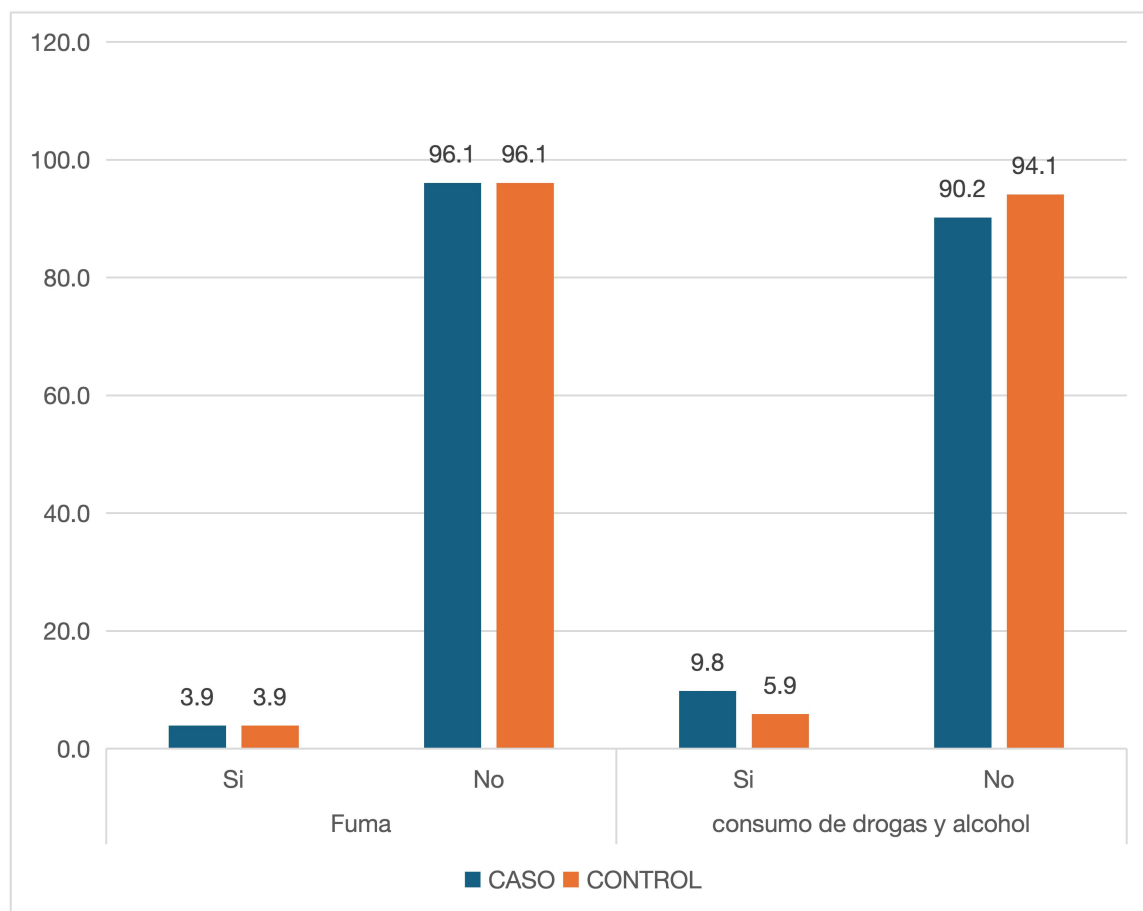
En la infección vaginal, solo el 3.9 % de las pacientes que son casos reportaron infección vaginal, frente al 2 % del grupo control, tampoco se encontró asociación significativa ($p = 0.558$). Sin embargo, se sabe que las infecciones vaginales, especialmente si no son tratadas, pueden alterar el entorno uterino y predisponer a abortos tempranos.

Tabla 4 Factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

		Aborto incompleto				Total		Análisis bivariado		
		Caso		Control				X²	OR	IC 95%
								(Sig)		
		f	%	f	%	f	%			
Fuma	Si	2	3.9	2	3.9	4	3.9	0,000 (1,00)	1,000	0,135-7,385
	No	49	96.1	49	96.1	98	96.1			
consumo de drogas y alcohol	Si	5	9.8	3	5.9	8	7.8	0,543 (0,471)	0,739	0,393-7,697
	No	46	90.2	48	94.1	94	92.2			
Violencia de genero	SI	0	0	0	0	0	0	-	-	-
	No	51	100.0	51	100.0	102	100.0			
Total		51	100.0	51	100.0	102	100.0			

Fuente: Datos estadísticos del hospital Santa María del Socorro, 2025.

Figura 4 Distribución de los factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.



La Tabla 4 del estudio “Factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, de las cuales tenemos al consumo de tabaco, donde el 3.9 % de las mujeres que son casos refirió fumar, porcentaje igual al grupo control (3.9 %). El análisis estadístico mostró $p = 1.000$, lo que significa que no existe asociación significativa entre el hábito de fumar y el aborto incompleto. Aun así, el consumo de tabaco se considera un factor clínicamente importante, ya que la nicotina y el monóxido de carbono reducen la oxigenación fetal y aumentan el riesgo de desprendimiento ovular o pérdida gestacional.

En el consumo de drogas y alcohol, el 9.8 % de las mujeres que son casos declaró consumir alcohol o drogas, mientras que en el grupo control solo el 5.9 % lo hacía. Aunque el porcentaje fue mayor entre las pacientes con aborto incompleto, no se halló relación estadísticamente significativa ($p = 0.471$). Sin embargo, desde el punto de vista médico, el consumo de alcohol durante el embarazo puede alterar el desarrollo embrionario, inducir contracciones uterinas y

aumentar el riesgo de aborto, por lo que sigue siendo un factor de riesgo relevante, aunque no se haya confirmado estadísticamente.

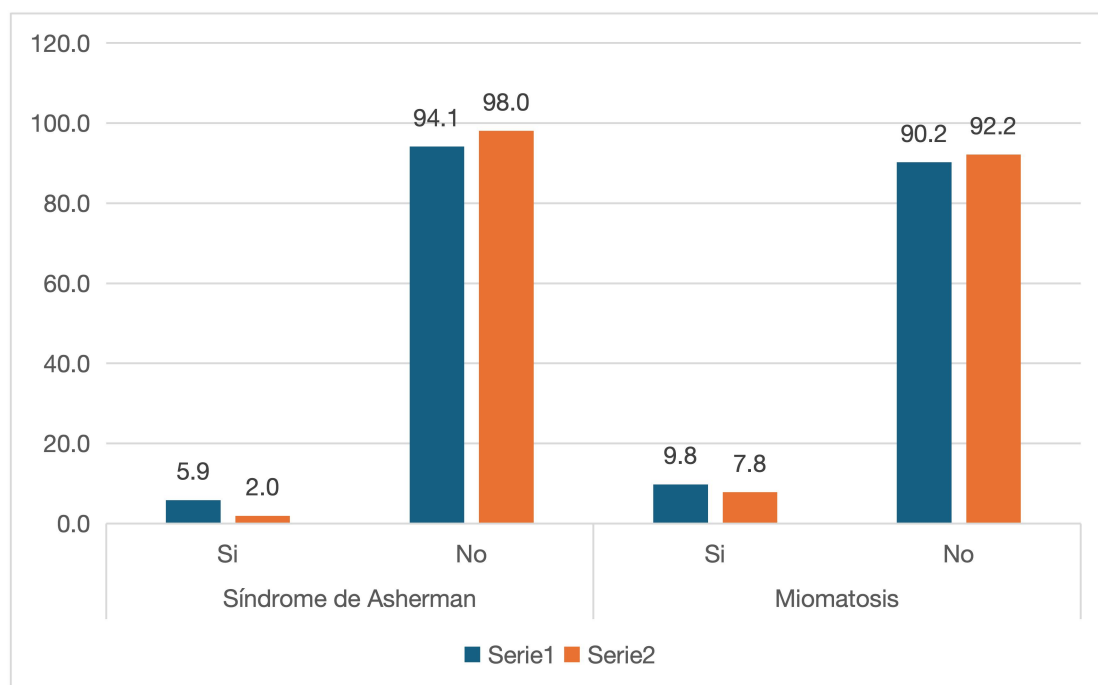
En el caso de violencia de género, ninguna de las participantes (0 %) reportó haber sido víctima de violencia de género, por lo que no fue posible establecer una asociación estadística en esta variable. Este resultado puede deberse al subregistro o a la falta de declaración de las gestantes sobre situaciones de violencia, que en muchos casos son ocultadas por miedo o vergüenza. Aun así, la literatura científica señala que la violencia física o psicológica durante la gestación se asocia con un mayor riesgo de aborto espontáneo e incompleto.

Tabla 5 Factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Factores uterinos		Aborto incompleto				Total		Análisis bivariado		
		Caso		Control				X²	OR	IC 95%
								(Sig)		
f	%	f	%	f	%					
Síndrome de Asherman	Si	3	5.9	1	2.0	4	3.9	1,041 (0,308)	3,125	0,314-31,094
	No	48	94.1	50	98.0	98	96.1			
Miomatosis	Si	5	9.8	4	7.8	9	8.8	0,122 (0,727)	1,277	0,323-5,057
	No	46	90.2	47	92.2	93	91.2			
Total		51	100.0	51	100.0	102	100.0			

Fuente: Datos estadísticos del hospital Santa María del Socorro, 2025.

Figura 5 Distribución porcentual de los Factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.



La Tabla 5 del estudio “Factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025”, en cuanto al síndrome de Asherman, el 5.9 % de las mujeres que son casos presentaron síndrome de Asherman, frente al 2 % del grupo control. El análisis estadístico arrojó $p = 0.308$, lo que indica que no existe asociación significativa entre el síndrome de Asherman y el aborto incompleto. Sin embargo, clínicamente este trastorno (caracterizado por adherencias intrauterinas producto de legrados o infecciones previas) puede alterar la cavidad endometrial e interferir en la implantación, aumentando el riesgo de pérdida gestacional, especialmente en mujeres con antecedentes de procedimientos uterinos.

Con respecto a la miomatosis uterina, el 9.8 % de las pacientes que son casos presentaron miomas uterinos, mientras que el 7.8 % de las mujeres del grupo control también los tuvieron. El valor de $p = 0.727$ evidencia que no hay relación estadísticamente significativa entre la presencia de miomatosis y el aborto incompleto. No obstante, desde el punto de vista clínico, los miomas sobre todo los submucosos o intramurales pueden alterar la irrigación uterina, generar compresión del saco gestacional o modificar el espacio intrauterino, factores que favorecen la expulsión parcial de los productos de la concepción.

Pruebas de hipótesis

Hipótesis General:

Ha: Existe una asociación significativa entre los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

H0: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Selección de la prueba:

- 95% de confianza: $\alpha = 0.05$
- $N = 102$
- Prueba chi cuadrado (X^2)
- Enunciado: Si X^2 observado $> X^2$ crítico, se rechaza la hipótesis nula.

No hay influencia significativa entre los factores de riesgo con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, al encontrar significancia de $p > 0.05$. Por lo que se acepta la hipótesis general nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Hipótesis específica 1

HE1: Los factores sociodemográficos presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE0: Los factores sociodemográficos no presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Selección de la prueba:

- 95% de confianza: $\alpha = 0.05$
- $N = 102$
- Prueba chi cuadrado (X^2)
- Enunciado: Si X^2 observado $> X^2$ crítico, se rechaza la hipótesis nula.

Factor/aborto incompleto	chi				
	cuadrado	gl	sig	or	IC 95%
Edades/aborto incompleto	0,065	1	0,799	1,138	0,420-3,088
Estado civil/aborto incompleto	0,582	1	0,582	0,677	0,247-1,853
Nivel educativo/aborto incompleto	0,630	1	0,427	0,729	0,339-1,591
Ocupación/aborto incompleto	0,040	1	0,842	0,924	0,423-2,018

No hay influencia significativa entre los sociodemográficos con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, al encontrar significancia de $p > 0$. Por lo que se acepta la hipótesis general nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Hipótesis específica 2

HE2: Los factores obstétricos preconceptionales presentan asociación significativa con el aborto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE0: Los factores obstétricos preconceptionales no presentan asociación significativa con el aborto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Selección de la prueba:

- 95% de confianza: $\alpha = 0.05$
- $N = 102$
- Prueba chi cuadrado (X^2)
- Enunciado: Si X^2 observado $> X^2$ crítico, se rechaza la hipótesis nula.

Factor/aborto incompleto	chi cuadrado	gl	sig	or	IC 95%
Aborto previo/aborto incompleto	0,505	1	0,477	1,403	0,55-5,73
IMC preconcepcional/aborto incompleto	0,403	1	0,525	0,764	0,53-,756
periodo intergenésico/aborto incompleto	0,362	1	0,547	1,273	0,57-2,798
Paridad/aborto incompleto	0,043	1	0,835	1,091	0,482-2,471

No hay influencia significativa entre los factores pre conceptionales con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, al encontrar significancia de $p > 0.05$. Por lo que se acepta la hipótesis general nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Hipótesis específica 3

HE3: Los factores obstétricos conceptionales presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE0: Los factores obstétricos conceptionales no presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Selección de la prueba:

- 95% de confianza: $\alpha = 0.05$
- $N = 102$

- Prueba chi cuadrado (X^2)
- Enunciado: Si X^2 observado $> X^2$ crítico, se rechaza la hipótesis nula.

Factor/aborto incompleto	chi cuadrado	gl	Sig	OR	IC 95%
Atención prenatal/aborto incompleto	0,343	1	0,558	2,041	0,172-23,241
Anemia/aborto incompleto	0,453	1	0,501	0,738	0,305-1,787
infección urinaria/aborto incompleto	1,639	1	0,200	1,736	0,743-4,052
Infección vaginal/aborto incompleto	0,343	1	0,558	2,041	0,179-23,241
DIU hormonal/aborto incompleto	-	-	-	-	-

No hay influencia significativa entre los factores concepcionales con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, al encontrar significancia de $p > 0.05$. Por lo que se acepta la hipótesis general nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Hipótesis específica 4

HE4: Los factores sociales presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE0: Los factores sociales no presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Selección de la prueba:

- 95% de confianza: $\alpha = 0.05$
- $N = 102$
- Prueba chi cuadrado (X^2)
- Enunciado: Si X^2 observado $> X^2$ crítico, se rechaza la hipótesis nula.

Factor/aborto incompleto	chi cuadrado	gl	Sig	OR	IC 95%
Fuma /aborto incompleto	0,000		1,00	1,000	0,135-7,385
consumo de drogas y alcohol/aborto incompleto	0,543		0,471	0,739	0,393-7,697
Violencia de genero/aborto incompleto	-	-	-	-	-

No hay influencia significativa entre los factores sociales con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, al encontrar significancia de $p > 0.05$. Por lo que se acepta la hipótesis general nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Hipótesis específica 5

HE5: Los factores uterinos presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

HE0: Los factores uterinos no presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.

Selección de la prueba:

- 95% de confianza: $\alpha = 0.05$
- $N = 102$
- Prueba chi cuadrado (X^2)
- Enunciado: Si X^2 observado $> X^2$ crítico, se rechaza la hipótesis nula.

Factor/aborto incompleto	Chi cuadrado	gl	Sig	OR	IC 95%
Síndrome de Asherman/aborto incompleto	1,041		0,308	3,125	0,314-31,094
Miomatosis/aborto incompleto	0,122		0,727	1,277	0,323-5,057

No hay influencia significativa entre los factores uterinos con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025, al encontrar significancia de $p > 0.05$. Por lo que se acepta la hipótesis general nula y se rechaza la hipótesis alterna.

IV. DISCUSIÓN

Los resultados sobre factores sociodemográficos que corresponden al objetivo específico 1 muestran que no existe una relación estadísticamente significativa ($p>0.05$) entre los factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo y ocupación) y la presencia de aborto incompleto. Este hallazgo indica que las características sociales y personales de las gestantes no influyen directamente en la ocurrencia de esta complicación obstétrica, lo que sugiere que los factores de tipo biológico, clínico y conductual tienen mayor peso en la pérdida gestacional, estas posibles causas específicas de la falta de asociación pueden deberse a la multifactorialidad del aborto incompleto, este evento tiene causas diversas y predominantemente biológicas o clínicas, como infecciones, defectos cromosómicos, insuficiencia lútea o patologías del útero. Por tanto, aunque las características sociales pueden influir en la calidad del cuidado, no determinan directamente la interrupción del embarazo, en el caso de la homogeneidad en la muestra, en el estudio, la mayoría de las mujeres compartían condiciones sociales similares como, por ejemplo, nivel educativo secundario y condición de ama de casa. Esta homogeneidad reduce la variabilidad estadística, impidiendo encontrar diferencias significativas entre los grupos.

En relación con la edad materna, no se evidenció asociación significativa, lo cual sugiere que tanto las gestantes jóvenes como las de mayor edad pueden presentar aborto incompleto, sin que exista predominio de un grupo etario específico. Este resultado coincide con lo señalado por Fernández (2021) en Brasil, quien indicó que la edad materna por sí sola no determina el desenlace obstétrico, sino que factores como las patologías concomitantes, la atención prenatal insuficiente y las alteraciones anatómicas tienen un mayor peso en la aparición de complicaciones durante la gestación. Respecto al estado civil, la falta de asociación estadística puede explicarse porque el aborto incompleto no depende directamente del tipo de vínculo conyugal, sino de aspectos relacionados con el acceso a los servicios de salud y la atención oportuna durante el embarazo. Condori (2023) en Tacna halló resultados similares, afirmando que la situación conyugal no influye significativamente en los desenlaces obstétricos cuando las gestantes cuentan con un seguimiento prenatal adecuado. En cuanto al nivel educativo, aunque teóricamente podría influir en el conocimiento y práctica del autocuidado durante la gestación, en este estudio no se encontró asociación significativa. Esto podría deberse a que la mayoría de las participantes presentaron nivel educativo secundario, lo cual genera una distribución homogénea que limita las diferencias estadísticas. Poicón (2025), en un estudio realizado en Ica, también concluyó que el grado de instrucción no siempre constituye un factor determinante en las complicaciones obstétricas, señalando que el control prenatal y la atención médica son variables de mayor influencia. En el caso de la ocupación, tampoco se evidenció relación significativa con el aborto incompleto. Este resultado sugiere que la actividad laboral o

doméstica no incide directamente en la interrupción del embarazo, lo cual coincide con lo reportado por Ruiz y Yaurimucha (2025) en Huancavelica, quienes manifestaron que los factores clínicos, como los trastornos hipertensivos o los antecedentes obstétricos, tienen mayor relevancia que las condiciones ocupacionales en los resultados del embarazo.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio concuerdan con lo planteado por Inga (2025), quien demostró que los factores sociodemográficos tienen una influencia menor frente a los factores clínicos y biológicos en la indicación de procedimientos obstétricos. Por tanto, se reafirma que el aborto incompleto no depende de la edad, el estado civil, el nivel educativo ni la ocupación, sino que se origina fundamentalmente por causas biológicas, ginecológicas y de acceso limitado a la atención médica oportuna. En síntesis, los resultados de esta tabla coinciden con diversos estudios nacionales e internacionales que sostienen que los factores sociodemográficos por sí solos no determinan la aparición del aborto incompleto. Más bien, esta condición está vinculada con factores gineco-obstétricos, clínicos, conductuales y emocionales, los cuales tienen un impacto más directo en la continuidad o interrupción del embarazo. Por ello, se sugiere que los servicios de salud enfoquen sus estrategias no solo en las características sociales de las pacientes, sino en la detección temprana de riesgos clínicos y psicológicos, así como en la promoción del control prenatal integral y la educación sexual preventiva.

Los resultados del objetivo específico 2 muestran que no existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre los factores preconcepcionales como el número de gestaciones, el índice de masa corporal (IMC) preconcepcional, los antecedentes de abortos previos y el intervalo intergenésico y la presencia de aborto incompleto. Esto sugiere que, en la población estudiada, las condiciones preconcepcionales de las gestantes no influyeron de manera directa en la ocurrencia de esta complicación obstétrica. En primer lugar, la falta de relación significativa entre el número de gestaciones y el aborto incompleto indica que la multiparidad o la primigesta no representan factores determinantes en la aparición de abortos. Este hallazgo difiere de los resultados obtenidos por Huamán (2023) en Cusco, quien reportó que las mujeres multíparas presentan un mayor riesgo de aborto debido a la debilidad cervical y a los cambios uterinos generados por embarazos repetidos. En cambio, en el presente estudio, la ausencia de relación podría atribuirse a la homogeneidad de la muestra o a un adecuado seguimiento prenatal que minimizó los riesgos asociados a la historia obstétrica. En cuanto al IMC preconcepcional, los resultados indican que no guarda relación significativa con el aborto incompleto. Este resultado coincide parcialmente con lo reportado por Mendoza (2024) en Puno, quien encontró que el peso materno influye en la fertilidad y en la implantación embrionaria, pero no siempre determina la ocurrencia de abortos. Sin embargo, otros autores, como Gómez (2023), sostienen que las mujeres con obesidad o bajo peso presentan mayor riesgo de pérdida gestacional por alteraciones metabólicas y hormonales. En el caso del presente estudio, la falta

de asociación podría deberse a que la mayoría de las gestantes presentaban un IMC dentro de los rangos normales, reduciendo así la variabilidad entre los grupos comparados.

Del mismo modo, los antecedentes de abortos previos no mostraron relación significativa con la presencia de aborto incompleto ($p>0.05$). Este resultado difiere del estudio de Ramos (2024) en Lima, quien encontró que las mujeres con historial de abortos tenían una probabilidad dos veces mayor de repetir esta complicación. La diferencia puede explicarse por factores contextuales y por la calidad de la atención médica, que en el caso del Hospital Santa María del Socorro podría haber reducido el impacto de los antecedentes obstétricos en la evolución del embarazo actual. Finalmente, el intervalo intergenésico tampoco mostró asociación significativa. Este resultado concuerda con lo hallado por Chávez (2023) en Arequipa, quien señala que los intervalos cortos entre embarazos incrementan el riesgo de complicaciones solo cuando se combinan con otros factores, como la desnutrición o la falta de control prenatal. En este estudio, la ausencia de relación puede deberse a que la mayoría de las gestantes presentaron intervalos intergenésicos adecuados, lo cual disminuyó su influencia como factor de riesgo.

En conjunto, estos resultados permiten concluir las posibles causas en las cuales no se pudo encontrar asociación, tales como la baja frecuencia de algunos diagnósticos maternos (como desproporción cefalopélvica, trabajo de parto disfuncional o inducción fallida) tuvieron una baja presencia en la muestra. En estadística, cuando la frecuencia de casos es reducida, el valor p tiende a no alcanzar significancia, aun cuando clínicamente pueda existir cierta relación. Por ejemplo: si solo el 3 % de las gestantes presentó trabajo de parto disfuncional, la prueba chi-cuadrado no tendrá la potencia suficiente para detectar diferencias reales. Asimismo, también podemos observar que, en la población estudiada, muchas condiciones maternas fueron identificadas y manejadas precozmente durante el control prenatal o intraparto, lo que redujo la probabilidad de que evolucionen hacia complicaciones graves. Esto explica que la mayoría de gestantes, incluso con algún antecedente, no desarrollaran un aborto incompleto o complicaciones. De tal manera que la mayoría de las mujeres de la muestra no presentaron patologías maternas graves. Esto generó una población relativamente homogénea, en la cual las diferencias entre grupos (casos y controles) fueron mínimas, impidiendo detectar una relación estadística fuerte.

Los resultados del objetivo específico 3 muestran que no existe una relación estadísticamente significativa ($p>0.05$) entre los factores concepcionales como la atención prenatal, la anemia, la infección urinaria, la infección vaginal y el uso de DIU hormonal y la presencia de aborto incompleto. Esto indica que, en la población evaluada, dichas condiciones no influyeron de manera directa en la ocurrencia de esta complicación obstétrica, esto puede deberse, a que el aborto incompleto, en su mayoría, se origina por alteraciones cromosómicas, anomalías

embrionarias, insuficiencia hormonal o defectos en la implantación del embrión, que son causas biológicas y fetales más que concepcionales. Por tanto, aunque la anemia o las infecciones puedan influir en la salud materna, no necesariamente desencadenan un aborto incompleto si son detectadas y tratadas oportunamente.

En cuanto a la atención prenatal no mostró relación significativa con la presencia de aborto incompleto. Este resultado difiere de lo reportado por Huamán (2023) en Cusco, quien encontró que la ausencia de controles prenatales incrementaba la probabilidad de aborto por la falta de detección temprana de complicaciones. La diferencia podría explicarse porque la mayoría de gestantes del presente estudio sí accedieron al control prenatal, lo que pudo mitigar los efectos negativos de otros factores de riesgo. De tal manera que la falta de relación entre la atención prenatal y el aborto incompleto puede deberse a que la mayoría de las gestantes recibieron controles prenatales regulares, lo que permitió una vigilancia médica efectiva y tratamiento oportuno de complicaciones leves. Este seguimiento disminuye el riesgo de interrupción del embarazo, homogeneizando los resultados y evitando diferencias estadísticas significativas entre grupos.

Del mismo modo, la anemia no presentó relación significativa con el aborto incompleto, lo cual coincide con los hallazgos de Pérez (2024) en Ayacucho, quien tampoco encontró asociación estadística entre la anemia leve y la pérdida gestacional. No obstante, otros estudios, como el de Flores (2023) en Lima, sí reportaron que la anemia moderada o severa se asocia con abortos espontáneos debido a la disminución de la oxigenación placentaria. En este caso, la falta de significancia podría atribuirse a que la mayoría de las gestantes presentaban niveles leves de anemia, sin repercusión clínica grave.

En cuanto a las infecciones urinarias y vaginales, los resultados tampoco mostraron asociación significativa ($p>0.05$) con el aborto incompleto. Este resultado difiere de lo observado por Silva et al. (2023) en Brasil, quienes demostraron que las infecciones genitourinarias recurrentes pueden alterar el entorno uterino y aumentar el riesgo de pérdida gestacional. Sin embargo, en el presente estudio, la ausencia de relación estadística puede deberse a un tratamiento oportuno de las infecciones o a una baja frecuencia de casos activos al momento del diagnóstico.

Por otro lado, el uso de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal no se asoció significativamente con el aborto incompleto. Este hallazgo coincide con lo reportado por Gómez (2024) en Lima, quien indicó que el retiro oportuno del DIU previo al embarazo no genera complicaciones significativas. Sin embargo, algunos autores, como Martínez (2023) en México, sostienen que el uso prolongado del DIU puede alterar temporalmente el endometrio, aunque su efecto no es determinante para provocar abortos posteriores.

En síntesis, los factores conceptionales analizados no guardan una relación estadísticamente significativa con el aborto incompleto. Se debe a que las gestantes diagnosticadas con anemia, infección urinaria o vaginal probablemente recibieron tratamiento médico antes de que dichas condiciones pudieran afectar el embarazo. El manejo adecuado y temprano evita la progresión hacia complicaciones graves, lo que explica la ausencia de asociación estadística con el aborto incompleto. Si los casos de anemia o infecciones fueron leves o de baja incidencia en la muestra, el tamaño del efecto no alcanza significancia estadística. La prueba chi-cuadrado es sensible al tamaño de muestra y a la distribución de frecuencias; cuando hay pocos casos en una categoría, la potencia estadística disminuye, impidiendo detectar una relación. El uso de DIU hormonal previo no siempre genera alteraciones endometriales que deriven en aborto, ya que su efecto anticonceptivo desaparece rápidamente tras la extracción. Además, las mujeres que conciben después del retiro del DIU suelen tener un endometrio recuperado y fértil, por lo que no hay base fisiológica suficiente para vincularlo con el aborto incompleto. Y finalmente, si la mayoría de las gestantes compartía características similares, por ejemplo, niveles de hemoglobina normales o ausencia de infecciones activas, los grupos se vuelven homogéneos, reduciendo las diferencias observables. Además, al no controlar variables como la edad gestacional o los antecedentes obstétricos, se puede diluir una posible asociación real.

Los resultados del objetivo específico 4 indican que no existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre los factores sociales específicamente fumar, consumo de alcohol y violencia, y la presencia de aborto incompleto. Este hallazgo sugiere que, en la población estudiada, dichos comportamientos o experiencias no influyeron de manera directa en la ocurrencia de esta complicación obstétrica, esta probable falta de asociación pueda deberse a que la muestra la proporción de mujeres que reportaron fumar, consumir alcohol o sufrir violencia fuera reducida. Además, por tratarse de temas sensibles, muchas gestantes pueden ocultar o minimizar estas conductas por temor, vergüenza o desconfianza en el entorno hospitalario. Este subregistro disminuye la variabilidad de los datos, reduciendo la probabilidad de encontrar una asociación estadísticamente significativa.

En primer lugar, el hábito de fumar no mostró asociación significativa con el aborto incompleto, lo que difiere de estudios como el de Quispe (2024) en Arequipa, quien encontró que las mujeres fumadoras tenían un mayor riesgo de aborto debido a los efectos vasoconstrictores de la nicotina y la reducción del flujo sanguíneo placentario. En el presente estudio, la falta de relación estadística puede explicarse por el bajo porcentaje de gestantes fumadoras, lo que limita la posibilidad de evidenciar diferencias entre los grupos comparados. Si bien la exposición a tabaco o alcohol puede influir en la implantación embrionaria o el desarrollo fetal solo cuando es prolongada o de alta intensidad. En el estudio, es posible que las gestantes

presentaran consumo ocasional o leve, lo que no alcanzó el umbral de riesgo clínico suficiente para generar una diferencia estadística.

De igual modo, el consumo de alcohol tampoco presentó una relación significativa ($p>0.05$) con la presencia de aborto incompleto. Este resultado concuerda con los hallazgos de Mendoza (2023) en Puno, quien reportó que el consumo ocasional o social de alcohol no se asocia directamente con abortos espontáneos, aunque sí puede incrementar riesgos en casos de consumo frecuente o excesivo. En este estudio, el escaso número de gestantes que refirió ingesta habitual de alcohol podría haber influido en la ausencia de significancia estadística.

En cuanto a la violencia, tampoco se evidenció relación significativa con el aborto incompleto. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, ya que la violencia física o psicológica suele ser un tema en que se minimiza los datos de las gestantes debido al miedo, la vergüenza o la falta de confianza en el sistema de salud. A pesar de no encontrar relación estadística, diversos estudios, como el de Flores (2024) en Lima y el de García (2023) en Colombia, destacan que la violencia durante el embarazo afecta el bienestar emocional y fisiológico de la mujer, pudiendo inducir contracciones uterinas, estrés severo o desequilibrios hormonales que podrían predisponer a la pérdida gestacional.

Por lo tanto, aunque en este estudio no se halló asociación significativa entre estos factores y el aborto incompleto, los factores conductuales continúan siendo clínicamente relevantes y deben considerarse dentro del enfoque integral de salud materna. El tabaquismo, el alcohol y la violencia no solo afectan la salud reproductiva, sino también la calidad de vida y el bienestar psicológico de la gestante. En síntesis, los factores sociales no representaron un riesgo estadísticamente comprobado para el aborto incompleto en esta muestra, posiblemente por la baja frecuencia de exposición o por la intervención oportuna de los servicios de salud. Sin embargo, se recomienda reforzar las acciones de educación sanitaria, consejería familiar y apoyo psicosocial para prevenir y detectar de manera temprana comportamientos o entornos que puedan poner en riesgo la salud materno-fetal.

Los resultados del objetivo específico 5 evidencian que no existe una relación estadísticamente significativa ($p>0.05$) entre los factores uterinos como el Síndrome de Asherman, la miomatosis uterina y la presencia de aborto incompleto. Esto sugiere que, dentro de la población estudiada, dichas condiciones no tuvieron una influencia directa en la ocurrencia de esta complicación obstétrica.

El Síndrome de Asherman, caracterizado por la formación de adherencias intrauterinas tras procedimientos quirúrgicos o infecciones, no mostró asociación significativa con el aborto incompleto. Este resultado difiere de lo reportado por Ruiz (2024) en Lima, quien encontró que las mujeres con antecedentes de legrado o Asherman presentaban mayor riesgo de pérdidas

gestacionales recurrentes. La diferencia podría deberse a que, el Síndrome de Asherman como la miomatosis uterina son patologías de baja prevalencia en mujeres gestantes. En el estudio, el número de casos fue reducido, lo que limita la potencia estadística de la prueba chi-cuadrado para detectar diferencias.

Cuando el tamaño de la muestra es pequeño o el número de casos positivos es mínimo, la probabilidad de hallar una relación significativa disminuye, aunque clínicamente pueda existir cierta influencia.

En cuanto a la miomatosis uterina, tampoco se observó una relación estadísticamente significativa con el aborto incompleto. Este resultado coincide parcialmente con lo encontrado por Flores (2023) en Arequipa, quien determinó que los miomas de pequeño tamaño o localizados fuera de la cavidad uterina no influyen de forma directa en la continuidad del embarazo. Sin embargo, difiere de estudios como el de Pérez (2022) en México, donde los miomas submucosos o múltiples fueron identificados como factores de riesgo para abortos por interferir con la implantación o el crecimiento del embrión. En este caso, la ausencia de significancia sea probable que las pacientes con antecedentes de miomatosis o adherencias uterinas hayan recibido tratamiento previo o manejo médico antes del embarazo (por ejemplo, miomectomía o resección histeroscópica). Este tratamiento mejora la función endometrial y reduce el riesgo de aborto, lo que podría explicar la ausencia de relación significativa en los resultados.

En conjunto, la ausencia de relación significativa entre los factores uterinos y el aborto incompleto sugiere que estas condiciones no constituyeron determinantes directos de la pérdida gestacional en la muestra analizada. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, los trastornos uterinos estructurales y las situaciones de violencia continúan siendo factores de riesgo potenciales que deben vigilarse durante la atención gineco-obstétrica.

V. CONCLUSIONES

1. El estudio permitió identificar que los factores de riesgo analizados tanto sociodemográficos, obstétricos preconceptionales, conceptionales, sociales y uterinos no presentaron una asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto ($p > 0.05$).
2. Se determinó que los factores sociodemográficos como la edad materna, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación no guardaron relación estadísticamente significativa con el aborto incompleto con una significancia ($p > 0.05$).
3. Los resultados mostraron que los factores pre conceptionales como antecedente de aborto previo, el IMC preconceptional, la paridad y el periodo intergenésico no presentaron asociación significativa con el aborto incompleto con una significancia ($p > 0.05$).
4. No se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores conceptionales como el inicio del control prenatal, la anemia, las infecciones urinarias o vaginales y el aborto incompleto, con un valor ($p > 0.05$).
5. Los factores sociales, como el consumo de alcohol, tabaco, drogas y la violencia de género, no mostraron asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto, con un valor ($p > 0.05$).
6. Los factores uterinos evaluados como síndrome de Asherman y miomatosis uterina— tampoco evidenciaron relación significativa con el aborto incompleto con un valor ($p > 0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

1. Dado que los resultados mostraron que ningún factor tuvo asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto, pero sí relevancia clínica, se recomienda reforzar las estrategias de prevención, control prenatal y educación en salud sexual y reproductiva para reducir la incidencia de abortos incompletos y sus complicaciones.
2. Se recomienda desarrollar programas de orientación y consejería reproductiva dirigidos a mujeres jóvenes y adultas en edad fértil, enfatizando la importancia de planificar el embarazo y asistir tempranamente a los controles prenatales. Asimismo, se sugiere promover campañas educativas sobre salud materna en distintos niveles educativos y comunidades, a fin de mejorar el conocimiento sobre los riesgos del aborto y el uso adecuado de los servicios de salud.
3. Se aconseja fortalecer los controles preconcepcionales en los establecimientos de salud, priorizando la evaluación del índice de masa corporal, antecedentes de aborto y paridad, con el fin de identificar tempranamente a mujeres con riesgo potencial. Además, se sugiere realizar talleres informativos sobre nutrición y planificación del embarazo, promoviendo intervalos intergenésicos adecuados y hábitos saludables antes de la concepción.
4. Se recomienda garantizar el acceso oportuno a la atención prenatal desde las primeras semanas de gestación, así como fortalecer la detección y tratamiento temprano de anemia e infecciones urinarias o vaginales, para prevenir complicaciones que puedan derivar en aborto incompleto. También se debe implementar un seguimiento clínico riguroso a gestantes con antecedentes de enfermedades crónicas o infecciones recurrentes.
5. Se sugiere desarrollar programas comunitarios de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en mujeres en edad fértil, especialmente en adolescentes, mediante estrategias educativas en colegios y centros de salud. Asimismo, se recomienda fortalecer los servicios de apoyo psicológico y social para la detección y atención de casos de violencia de género, dado que esta puede estar subreportada y afectar indirectamente la salud materna.
6. Se recomienda realizar evaluaciones ginecológicas integrales a mujeres con antecedentes de abortos previos o infertilidad, a fin de detectar alteraciones uterinas como miomas o síndrome de Asherman. Además, se sugiere implementar protocolos de referencia y tratamiento especializado en ginecología para garantizar una atención adecuada a estas pacientes y evitar complicaciones en embarazos futuros.
7. Prevención y promoción de la salud sexual e infecciones de transmisión sexual (Clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis, VIH, VPH) en los adolescentes, priorizando temas como

el aborto y sus complicaciones según su gravedad, mortalidad materna, y lograr que los adolescentes puedan posponer su vida sexual

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Prevención del aborto peligroso. [internet].2020 [citado el 1 enero 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventingunsafeabortion>
2. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Acceso 20 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwidean-estimated-25%20million-unsafe-abortions-occ>
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva. Ginebra: Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2022. (Fecha de acceso 27 de junio del 2024). URL disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafeabortion>
4. Fundación Soberanía Sanitaria. [Online]; Formación e investigación para un sistema de salud más justo o inclusivo 2021. Acceso 9 de febrero de 2025. Disponible en: <https://soberaniasanitaria.org.ar/aborto-inseguro-un-problema-urgente-de-salud-publica>
5. Gómez Gonzales W, Santisteban Chapoñan M, Chihuantito Abal L, Gamarra Bustillos C. Factores de riesgo socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres peruanas. *Salús*. 2020;24(3):26-31. [Internet] Disponible en: <https://cris.unica.edu.pe/en/publications/factores-de-riesgosocioculturales-y-obst%C3%A9tricos-asociados-al-abo> [Acceso: 14 de marzo 2024]
6. Ticona Mamani LY. Factores clínicos y obstétricos asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas por el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2019 [Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2023 [Internet] Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6578869>
7. Zubillaga R, Indira S. Explorando las barreras para el acceso al aborto terapéutico en servicios de salud seleccionados de Puerto Maldonado - Tambopata - Madre de Dios - Perú [Internet] [masterThesis]. Buenos Aires; 2022 [citado 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/18528>
8. Ayamolowo L, Ayamolowo S, Adelakun D, Adesoji B. Factors influencing unintended pregnancy and abortion among unmarried young people in Nigeria: a scoping review. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1494.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas

- [Internet]. 2022 [citado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>
10. Ituarte M, López A. Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37:e00235219.
 11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe [Internet]. 2023 [citado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerarreduccion-mortalidad-materna-america>
 12. Guttmacher Institute. Embarazo no planeado y aborto en América Latina y el Caribe [Internet]. 2022 [citado 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/unintended-pregnancy-and-abortionlatin-america-and-caribbean>
 13. De Los Santos K., Liñan E. Características clínicas y antecedentes obstétricos en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto programadas para aspiración manual endouterina en el Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo: agosto – diciembre 2020 [Internet]. Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2022 [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6997>
 14. MINSA. Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria 2022 [Internet]. Ministerio de Salud. 2022 [citado 8 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hsjl/informes-publicaciones/5518944-analisis-dela-situacion-de-salud-hospitalaria-2022>
 15. UNFPA Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023 [Internet]. INEI; 2024. 1–380 p. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuestademografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
 16. Taype A. Merino A. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números? [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2024 [citado 8 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/5251/statistics>

17. Gonzales R y Huarancca C. Identificar los factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes del Centro de Salud La Libertad de Huancayo 2022 [Tesis], Perú, Universidad Roosevelt. Disponible en siguiente: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/browse%3Ftype%3Dauthor%26value%3DGonzales%2BRojas%252C%2BCarla%2BDiana&ved=2ahUKEwid4uiLmoIAxUFJrkGHauUFGoQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw1B5IqNxnTXtPBPBZwYKjyE>
18. Simegnew A, Getahun T, Habtamu B. Management outcome of incomplete abortion and its associated factors in Northwest Ethiopia: A health facility based cross-sectional study. SSM - Sistemas de Salud [Internet] 2024 [citado el 24 de abril del 2025]; 3 (1): 1-2. Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949856224000242>.
19. Jiang W, Yang X, Luo J. Risk factors for missed abortion: retrospective analysis of a single institution's experience. Reprod Biol Endocrinol. 2022;20(1):115.
20. Kurnia E, Aisyah S, Puspitasari E. Relationship of Age, Parity, and History of Abortion With the Incidence of Incomplete Abortion at RSUD Dr. HM Rabain Muara Enim 2021. Sci Midwifery. 2022;10(2):842-9
21. Awal M, Sazzad J, Khatun F, Haque J, Hossain G. Incomplete Abortion and Associated Risk Factors of the Patients Admitted in Rajshahi Medical College Hospital, Rajshahi, Bangladesh. J Stat Sci [Internet]. 2019;18:77–86. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352477285_Incomplete_Abortion_and_Associated_Risk_Factors_of_the_Patients_Admitted_in_Rajshahi_Medical_College_Hospital_Rajshahi_Bangladesh
22. Álvarez B, Moreno Y. Aborto incompleto: factores de riesgo y complicaciones. Rev. Journal of American Health [Internet] 2021 [consultado el 9 de diciembre del 2025]; 1(2) 2021. Disponible en: <http://www.jahjournal.com/index.php/jah> Journal of American health,
23. Aliendres G Berrocal G. Factores asociados a los abortos en mujeres atendidas en el hospital de Chincheros, 2021 a 2022. [Tesis] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2025. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/29881412-3bb3-4b5f-851f-798b4e2395aa/content>

24. Durant L. Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en usuarias atendidas en el Hospital Ernesto Guzmán Gonzales, Oxapampa – 2020 al 2022 [Tesis] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2024. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3eb52b7c-55c2-49af-a353-09abd3a3553a/content>

25. Cedillo P. Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, 2024 [Tesis] Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2025. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/server/api/core/bitstreams/860a4beb-00c9-4e42-a9ec-f8c31bdae29e/content>

26. Gómez et al. Factores socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Huaycán Ate – Lima.2022 [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7532bf53-3b34-4eca-8e15-389f976052ca/content>

27. Uceda M, Zarzosa M. Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2021. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNM_41e27ad508d15867c3ce46f0b3b53533/Details

28. Carbajal L. Factores asociados a pacientes con aborto incompleto atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital San José de Chíncha del año 2023 [Tesis] Ica: Universidad Privada San Juan Bautista; 2025. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/6b4881f6-cf0e-48b1-ac59-3a7eb93f3a63/content>

29. Saldaña J. Factores asociados al aborto en pacientes atendidos en el hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo septiembre – diciembre del año 2023 [Tesis] Ica: Universidad Privada San Juan Bautista; 2024. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7532bf53-3b34-4eca-8e15-389f976052ca/content>

30. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía de práctica clínica y de procedimientos para la atención del aborto terapeutico [Internet]. MINSA; 2020. 1–24 p. Disponible en:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1554860/Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la atención del aborto terapéutico.pdf>

31. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Miscarriage. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
32. Zhao Y, Zhao Y, Fan K, Jin L. Association of History of Spontaneous or Induced Abortion With Subsequent Risk of Gestational Diabetes. JAMA Netw Open. 2022;5(3):1–9.
33. Chura J. Factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico de aborto incompleto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, año 2022 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3831>
34. Guruprasad G, Raghoji C, Dhaded S, Tikmani S, Saleem S, Goudar S, et al. Pregnancy outcomes in preterm multiple gestations: Results from a prospective study in India and Pakistan (PURPOSE). BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2023;130(S3):76–83.
35. Enríquez Canto Y. Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. Revista Panamericana De Salud Publica. 2023;46:e47.
36. Barrera W. Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital II-1 Huaycán, 2020 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/9580>
37. Castillo M. Factores sociodemográficos y gineco - obstétricos del aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima, 2021 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/14345>
38. Asmer S, Tadele G, Gebrehana H. Management outcome of incomplete abortion and its associated factors in Northwest Ethiopia: A health facility based cross-sectional study. SSM - Heal Syst. 2024;3:100031.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?	Determinar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	Ha: Existe una asociación significativa entre los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025. H0: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	Variable independiente: Factores asociados Dimensiones: Factores sociodemográficos Factores obstétricos preconcepciones Factores obstétricos concepcionales	Enfoque de la investigación: cuantitativo Tipo de la investigación: Aplicada Nivel de la investigación: Relacional, transversal, retrospectiva de casos y controles Diseño: No experimental Población: La conformarán todas gestantes menores de
PROBLEMAS ESPECÍFICOS:	PROBLEMAS ESPECÍFICOS:	HIPOTESIS ESPECIFICAS		
PE1:¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?	OE1: Identificar los factores sociodemográficos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	HE1: Los factores sociodemográficos presentan asociación significativa al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.		

			Variable dependiente: Aborto incompleto Dimensiones: Presente Ausente	22 semanas de gestación
PE2: ¿Cuáles son los factores obstétricos preconcepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?	OE2: Analizar los factores obstétricos preconcepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025	HE2: Analizar los factores obstétricos preconcepcionales presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.		Muestra: Casos: 50 gestantes con aborto incompleto Controles: 50 gestantes sin aborto incompleto
PE3: ¿Cuáles son los factores obstétricos concepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?	OE3: Describir los factores obstétricos concepcionales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	HE3: Los factores obstétricos concepcionales presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.		Técnicas de procesamiento de datos: Los datos serán obtenidos por medio de una encuesta y serán procesados a través del programa SPSS versión 26.
PE4: ¿Cuáles son los factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?	OE4: Determinar los factores sociales asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	HE4: Los factores sociales se presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.		
PE5: ¿Cuáles son los factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025?	OE5: Establecer los factores uterinos asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.	HE5: Los factores uterinos presentan asociación significativa con el aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2025.		

Socorro, Ica – 2025?	Socorro, Ica – 2025.			
----------------------	----------------------	--	--	--

Anexo 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS	FUENTE
Variable independiente Factores asociados	Condiciones que predisponen a padecer una patología	Es el registro de condiciones de gestantes que se encuentran en la historia clínica.	Factores sociodemográficos	Grupo etario	< 19 años 19 a 34 años ≥ 35 años	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Historias clínicas de las mujeres del servicio de Ginecoobstetricia
				Nivel educativo	Primaria () Secundaria () Superior No universitario () Superior Universitario () Sin estudios ()	Ordinal		
				Estado civil	Soltera () Casada () Conviviente () Viuda () Divorciada ()	Nominal		
				Ocupación	Casa () Comercio () Otros	Nominal		
			Factores	Aborto previo	Si () No ()	Nominal		

			obstétricos preconcepcional	IMC preconcepcional	Desnutrido () Normal () Sobrepeso () Obesidad ()	Ordinal		
				Paridad	Primigesta () Multigesta () Gran multigesta ()	Ordinal		
				Periodo intergenésico	Corto () Adecuado () Largo ()	Nominal		
			Factores obstétricos concepcionales	Primer control prenatal	Antes de las 12 semanas () Después de las 12 semanas () No presenta controles prenatales	Nominal		
				Enfermedades del embarazo	Anemia () ITU () Infección vaginal () DIU hormonal () Otros	Nominal		
			Factores sociales	Fuma	Si () No ()			
				Uso de drogas y alcohol	Si () No ()			

				Victima de violencia	Si () No ()			
			Factores uterinos	Útero doble o bicornue	Si () No ()			
				Sindrome de Asherman	Si () No ()			
				Miomas uterinos	Si () No ()			
				Incompetencia Itsmico cervical	Si () No ()			
Variable dependiente Aborto incompleto	Es la expulsión parcial del producto de la concepción	Es la expulsión de parte del producto de la concepción	Aborto incompleto	Gestante menor de 22 semanas con interrupción del embarazo	Presente () Ausente ()	Nominal		

Anexo 3: Instrumento de recolección de información.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ABORTO INCOMPLETO: () ABORTO COMPLETO ()

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Grupo etario

Adolescente “< 19 a” () Adulto “20 a 34 a.” () Años “≥ 35 a” ()

Estado civil

Soltera () Conviviente () Casada () Soltera ()

Viuda () Divorciada ()

Nivel educativo:

Inicial () primaria () Secundaria ()

Superior No universitario () Superior universitario () Sin estudios ()

Ocupación:

Ama de casa () Comercio ()

Otros: detalle

II. FACTORES PRECONCEPCIONALES (Previo al embarazo)

Aborto previo SI () No ()

IMC preconcepcional

Bajo ()

Normal ()

Sobrepeso ()

Obesidad ()

Periodo intergenésico Corto () Adecuado () Largo ()

Paridad

Primigesta ()

Multigesta ()

Gran multigesta ()

III. FACTORES CONCEPCIONALES (durante el embarazo)

1° Control prenatal

Antes de las 12 semanas ()

Después de las 12 semanas ()

No presenta controles prenatales ()

Enfermedades durante el embarazo

Anemia SI () No ()

ITU SI () No ()

Infección vaginal SI () No () Desconoce ()

DIU hormonal SI () No () Desconoce ()

Otros (detalle):

Ninguno

IV. FACTORES SOCIALES

Fuma Si () No ()

Usa Drogas y alcohol Si () No ()

Es víctima de violencia de genero Si () No ()

V. FACTORES UTERINOS

Útero doble o bicorne ()

Síndrome de Asherman ()

Miomas uterinos ()

Incompetencia Itsmico cervical ()

Anexo 4. Validaciones de jueces expertos

Validación 1:

INFORME DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa Maria del Socorro, Ica - 2025

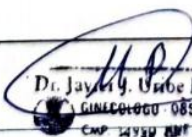
Nombre del experto:

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a evaluar:	Descripción:	Evaluación Cumple/No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

--


Dr. Jaymily Uribe Pérez
Ginecóloga - OBSTETRA
C.M.P. 14990 R.M.F. 70398

NOMBRE: UNIBB PANG2 Juvien Jasso
N° DNI: 21525499

Validación 2:

INFORME DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa Maria del Socorro, Ica - 2025

Nombre del experto:

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a evaluar:	Descripción:	Evaluación Cumple/No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Dr. FRANCISCO VEGA SAAVEDRA
MÉDICO GINECÓLOGO
C.M.P. 67078 - RNE. 47657

NOMBRE:
N° DNI:

45130750
Francisco Vega Saavedra

Validación 3:

INFORME DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa Maria del Socorro, Ica - 2025

Nombre del experto:

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a evaluar:	Descripción:	Evaluación Cumple/No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
Elizabeth Doris
M.C. ELIZABETH DORIS MORALES BELLIDO
MÉDICO GINECOOBSTETRA
C.M.P. 35718 R.N.E. 72218

NOMBRE: Morales Bellido, Elizabeth Doris
N° DNI: 28271407

Validación 4:

INFORME DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en pacientes del Hospital Santa Maria del Socorro, Ica - 2025

Nombre del experto:

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a evaluar:	Descripción:	Evaluación Cumple/No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE:
N° DNI:

Carla G. N. Aguirre,
43248130

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
M.C. CARLA NÚÑEZ AGUIRRE
M.C. GONZALO M. E. GARCÍA

Anexo 5: Solicitud de permiso

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia" 

Ica, 17 de febrero del 2026

MEMORANDO N° 044-2026-HSMSI/J-UAD

PARA : ING. YAMIR ADOLFO MEDRANO FLORES
Jefe del Servicio de Estadística e Informática

REF : Exp. S/N



Me dirijo a usted, para comunicarle que la tesista de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" – Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion", **HUAMANI RAMOS MERCEDES ROSARIO**, cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María Del Socorro, de Ica, para aplicar su instrumento de investigación (con la modalidad de recopilación de Historia Clínica) de la Tesis; **"FACTORES ASOCIADOS A LA ADEHERENCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL CENTRO DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS DE LA FRACTURA DISTAL DEL RADIO TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DE SOCORRO 2021 a 2025"**, se le de facilidades correspondientes.

Asimismo, se indica que este documento no tiene valor oficial para ser presentado externamente, ya que solo es referencial para que la tesista extraiga información, que será sometida a consideración del Comité de Ética e investigación del Hospital, quien validará los datos (Informe Final) al 100% al término de la investigación con la finalidad que se expida la constancia de conformidad de datos.

Atentamente,


MAG. C.D. ANA JANE IGLESIAS ZUAZO
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

c.c. Archivo.

AJIZ-UAD

Calle Castrovirreyna N°759
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Email: udocencia@hospitalsocorroica.gob.pe
Ica

Anexo 6: Evidencias fotográficas



