

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas  
en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche, 2024**

Tesis presentada por los Bachilleres.

**Nuñez Gomez, Maria Jimena**

**ORCID: 0009-0001-6642-4805**

**Olave Lazo, Jose Miguel**

**ORCID: 0009-0001-7069-2845**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

**Mg. Aguilar Flores, Julio Damián**

**ORCID: 0009-0002-5643-7028**

Arequipa – Perú

2025

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 25 de Mayo del 2025

**Dictamen: 014828-C-EPMH-2025**

Visto el borrador del expediente 014828, presentado por:

**2005240371 - OLAVE LAZO JOSE MIGUEL**

**2018701432 - NUÑEZ GOMEZ MARIA JIMENA**

Titulado:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES HOSPITALIZADAS  
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, 2024**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**MEDICO CIRUJANO**

**29338064 - MONTES CACERES MIGUEL  
DICTAMINADOR**



**29362406 - TACO CORNEJO JUSTO ENRIQUE  
DICTAMINADOR**



**40374914 - ALPACA CANO CESAR GUILLERMO  
DICTAMINADOR**



# Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche, 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	5%
	Trabajo del estudiante	
2	hdl.handle.net	3%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.upsjb.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.unjbg.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	tesis.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.ucv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.ucp.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
9	repositorio.upla.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
10	dspace.utb.edu.ec	1%
	Fuente de Internet	
11	apirepositorio.unh.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por brindarme la fortaleza para superar los obstáculos de la vida.*

*A mis padres: a María, porque con su calidez, ternura y amor incondicional me motiva a ser mejor cada día; y a Roberto, porque siempre será mi guía, ejemplo e inspiración para dar lo mejor de mí. Los amo y admiro profundamente: cada paso que doy es gracias a ustedes.*

*A mi hermano Alvaro, con todo mi amor. Gracias por ser mi cómplice incondicional; tu apoyo y amor me brindan refugio en los días más duros y me impulsan a seguir adelante.*

*A mi loca y amorosa familia, por ser mi sostén y fortaleza cuando el camino se torna difícil, y mi alegría y celebración cuando logro cada meta.*

*A Dane y Nash, por creer en mí cuando yo dudaba. Gracias por su compañía, cariño y apoyo en cada aspecto de mi vida.*

**Maria Jimena Nuñez Gomez**

*A mis padres, Rosario y Antonio, por ser el pilar firme en este camino, incluso cuando se volvió sinuoso y tuve que parar para luego retomar con más fuerza. Gracias por enseñarme a perseverar, por inculcarme el amor por la ciencia y por creer en mí sin reservas.*

*A mis abuelos, en especial a mi abuelo Antonio, quien me enseñó a descubrir el mundo a través de los libros y la curiosidad infinita; y a mi tía Gladys, cuyo amor y dulzura me acompañaron hasta su último aliento. Tuve el privilegio de cuidarles en sus últimos días, y ese vínculo profundo me marcó para siempre. A ellos, que anhelaban verme convertido en médico, les dedico este logro con todo mi amor y gratitud.*

*A mis hermanos, Aída y Gabriel, por ser compañeros de vida e inspiración constante con su dedicación y curiosidad. A mis tías Guillermina y Martha, por ser una extensión del amor maternal, firme, cálida y siempre presente.*

*A Jimmy y Siouxie, que con su silenciosa presencia y su calidez felina han llenado mis días de estudio con un amor incondicional.*

*Y sobre todo, dedico este trabajo a todas las mujeres que han perdido la vida o han sufrido por no tener acceso a un aborto legal, seguro y gratuito. Que su memoria nos impulse a seguir luchando por un futuro donde sus derechos sean respetados y su salud protegida.*

**Jose Miguel Olave Lazo**

## AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestra más profunda gratitud a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta tesis.

Al Hospital Goyeneche, por brindarnos acceso a la información necesaria para el desarrollo de nuestra investigación y por ser parte activa de nuestra formación médica.

A nuestro asesor de tesis, Dr. Julio Damián Aguilar Flores, por su guía técnica, sus observaciones oportunas y su compromiso en cada etapa del proyecto.

A nuestros docentes de la Facultad de Medicina Humana, por su enseñanza exigente, su vocación formadora y por sembrar en nosotros el valor del conocimiento, la ética y el servicio.

A nuestras familias, por su apoyo constante, su fe inquebrantable y su compañía en los momentos más difíciles. Gracias por ser nuestro sostén a lo largo de este camino.

A nuestros compañeros de promoción, en especial a nuestro grupo de rotación durante el internado, por las jornadas compartidas, el compañerismo incondicional, las risas que aligeraron las cargas y el aliento que tantas veces nos sostuvo.

Y finalmente, a nosotros mismos, por no rendirnos. Por continuar a pesar del cansancio, la presión y los tropiezos. Esta tesis representa no solo el cierre de una etapa académica, sino también la consolidación de nuestro compromiso con la medicina y con la vida.

## RESUMEN

El aborto incompleto es una complicación obstétrica frecuente y una causa importante de morbilidad materna, especialmente en contextos con acceso limitado a servicios de salud. El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024. Se empleó un diseño básico, correlacional, observacional y retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas. Para la prueba de hipótesis se utilizó el estadístico  $\chi^2$ , con un nivel de confianza del 95 %, en una muestra final de 547 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los resultados revelaron como factores de riesgo significativamente asociados al aborto incompleto: el número de gestaciones (Sig.=0,001), el número de partos (Sig.=0,000), el periodo intergenésico corto (Sig.=0,015) y el periodo intergenésico largo (Sig.=0,000). Las mayores probabilidades se observaron en mujeres con más de cinco partos (OR=5,59), más de cinco embarazos (OR=2,46) y con periodo intergenésico corto (OR=2,37). Se concluye que los factores con mayor incidencia en la ocurrencia de aborto incompleto en la población estudiada son el número de gestaciones, el número de partos y el tipo de periodo intergenésico.

**Palabras clave:** aborto incompleto, factores de riesgo, ginecología

## ABSTRACT

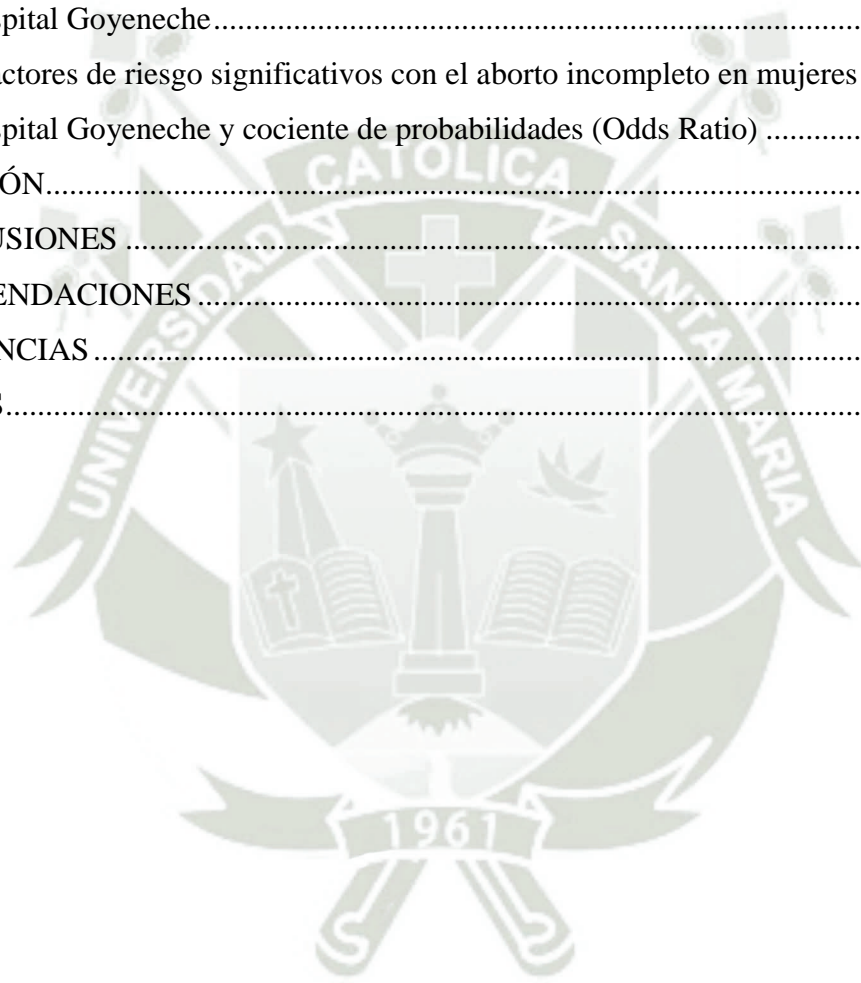
Incomplete abortion is a common obstetric complication and a major cause of maternal morbidity, especially in settings with limited access to health services. This study aimed to identify the risk factors associated with incomplete abortion in women hospitalized in the Gynecology Department of Hospital Goyeneche during the year 2024. A basic, correlational, observational, and retrospective design was used, based on the review of medical records. The hypotheses were tested using the Chi-square test, with a 95% confidence level, in a final sample of 547 medical records that met the established inclusion and exclusion criteria. The results revealed the following as significantly associated risk factors for incomplete abortion: number of pregnancies (Sig.=0.001), number of deliveries (Sig.=0.000), short interpregnancy interval (Sig.=0.015), and long interpregnancy interval (Sig.=0.000). The highest odds were observed in women with more than five deliveries (OR=5.59), more than five pregnancies (OR=2.46), and a short interpregnancy interval (OR=2.37). It is concluded that the factors with the greatest incidence in the occurrence of incomplete abortion in the studied population are the number of pregnancies, the number of deliveries, and the type of interpregnancy interval.

**Keywords:** incomplete abortion, risk factors, gynecology.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. Problema de investigación .....	4
1.1. Enunciado del problema:.....	4
1.2. Descripción del problema: .....	4
1.3. Tipo, diseño y nivel de investigación:.....	6
1.4. Justificación del problema.....	6
2. Objetivos .....	7
2.1. Objetivo general: .....	7
2.2. Objetivos específicos: .....	8
3. Marco teórico .....	8
3.1. Aborto: .....	8
4. Revisión de antecedentes investigativos .....	15
4.1. A nivel local: .....	15
4.2. A nivel nacional: .....	18
4.3. A nivel internacional: .....	20
5. Hipótesis.....	21
5.1. Hipótesis general: .....	21
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	23
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	24
1.1. Técnicas.....	24
1.2. Instrumentos .....	24
1.3. Materiales .....	24
2. Campo de verificación .....	24
2.1. Ámbito.....	24
2.2. Temporalidad: .....	24
2.3. Unidades de estudio: .....	24
3. Estrategias de recolección de datos .....	26

3.1. Organización: .....	26
3.2. Recursos: .....	26
3.3. Criterios para manejo de resultados .....	27
CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	28
1. Relación de los factores sociodemográficos con el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche .....	29
2. Relación del historial obstétrico con el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche.....	30
3. Factores de riesgo significativos con el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche y cociente de probabilidades (Odds Ratio) .....	32
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES .....	38
RECOMENDACIONES .....	39
REFERENCIAS .....	40
ANEXOS.....	48



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de Variables.....	5
Tabla 2 Relación de los factores sociodemográficos y el diagnóstico de aborto incompleto ..	29
Tabla 3 Relación del historial obstétrico y el diagnóstico de aborto incompleto.....	30
Tabla 4 Factores de riesgo significativos para el aborto incompleto .....	32
Tabla 5 ODDS Ratio de los factores de riesgo.....	33



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) afirma que, cuando el aborto se realiza con una técnica adecuada para la edad gestacional y es practicado por personal capacitado, constituye un procedimiento sencillo y altamente seguro. Sin embargo, solo alrededor del 50 % de los abortos se efectúan en entornos seguros, lo que provoca más de 39 000 muertes anuales y la hospitalización de millones de mujeres debido a diversas complicaciones.

A nivel global, la OMS (2) señala que el 97 % de los abortos inseguros ocurren en países en desarrollo, de los cuales más del 50 % corresponden a Asia. Asimismo, indica que en América Latina y África, aproximadamente tres de cada cuatro abortos se realizan en condiciones de riesgo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3) informa que la mortalidad materna en América Latina y el Caribe se incrementó en un 15 % entre 2016 y 2020, alcanzando una tasa de 68 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 2022. Se estima que alrededor de 8400 mujeres fallecen anualmente por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, siendo las principales complicaciones las alteraciones hipertensivas, las hemorragias y los abortos inseguros. No obstante, nueve de cada diez de estas muertes son prevenibles mediante una atención sanitaria oportuna, el acceso a métodos anticonceptivos y la reducción de inequidades en el acceso a servicios de salud.

El aborto representa aproximadamente el 13 % de las muertes maternas a nivel mundial, aunque esta proporción varía significativamente según la región. En México representa el 8 %, en Argentina el 33 %, en Chile el 37 % y en Trinidad y Tobago hasta el 50 % (4). Además, se ha reportado que cada año más de 100 mujeres fallecen en Centroamérica por complicaciones derivadas de abortos inseguros.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (5) ha documentado que numerosos embarazos culminan en abortos realizados por personas sin formación profesional y en condiciones higiénicas precarias, debido a la escasa disponibilidad y el alto costo de los servicios médicos especializados. Datos nacionales del año 2024 reportaron 336 hospitalizaciones por aborto en septiembre, 345 en octubre y 256 en diciembre, muchas de ellas atribuibles a procedimientos clandestinos (6).

Asimismo, se han identificado diversos factores asociados al aborto incompleto, una de las principales causas de mortalidad materna. Entre ellos destacan la multigestación, la edad gestacional avanzada, la anemia, la procedencia geográfica y el estado civil (7,8).

En este contexto, el Hospital Goyeneche representa un escenario clínico adecuado para investigar la relación entre factores de riesgo y aborto incompleto en mujeres hospitalizadas. Este análisis busca generar evidencia útil para el diseño de estrategias de intervención que mejoren la atención ginecológica y reduzcan las complicaciones asociadas a esta patología.





# **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. Problema de investigación

### 1.1. Enunciado del problema:

Factores de riesgo en mujeres hospitalizadas con presencia de aborto incompleto en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche en el año 2024.

### 1.2. Descripción del problema:

#### 1.2.1. Área de conocimiento:

- **Área general:** Ciencias de la salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Ginecología
- **Línea:** Salud Integral

#### 1.2.2. Operacionalización de variables:

**Tabla 1**  
**Operacionalización de Variables**

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Unidad /categoría	Escala
Factor de Riesgo	Es cualquier atributo, condición o exposición que incrementa la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad, sufra una lesión u otro problema de salud. Estos factores pueden ser de origen genético, biológico, conductual, ambiental o social. Su presencia no garantiza la aparición de un evento adverso, pero sí aumenta la susceptibilidad o la vulnerabilidad a que ocurra (9,10).	Factores sociodemográficos	Procedencia	Rural Urbana	Nominal
			Edad	Adolescente ( $\leq 19$ ) Adulta (20 -34 años) Añosa ( $>35$ años)	
			Abortos previos	Si / No	
		Historial obstétrico	Número de gestaciones	0 embarazos 1 a 2 embarazos 3 a 4 embarazos Más de 5 embarazos	
			Número de partos	0 partos 1 a 2 partos 3 a 4 partos De 5 a más partos	
			Periodo intergenésico corto	Si / No	
			Periodo intergenésico prolongado	Si / No	
			Uso de métodos anticonceptivos	Si / No	
			Infecciones del tracto urinario	Si / No	
			Edad de la menarca	Precoz ( $< 10$ años) Normal (10 – 16 años) Tardía ( $> 16$ años)	
Aborto Incompleto	Es un tipo de aborto espontáneo donde persisten restos embrionarios o placentarios en la cavidad uterina. Se presenta con sangrado vaginal, dolor abdominal, útero aumentado de tamaño y niveles variables de $\beta$ -gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) (11).	Diagnóstico de aborto incompleto	Presencia de aborto incompleto	Presenta / No presenta	Nominal

### 1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024?
- ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos de las mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024 y el aborto incompleto?
- ¿Qué relación existe entre el historial obstétrico y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024?
- ¿Qué relación existe entre el uso de anticonceptivos y la presencia de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024?
- ¿Qué relación existe entre el número de gestaciones y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024?
- ¿Qué relación existe entre el número de partos y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024?
- ¿Qué relación existe entre la presencia de infección del tracto urinario y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024?

### 1.3. Tipo, diseño y nivel de investigación:

Corresponde a una investigación básica, cuantitativa, no experimental, de tipo descriptiva-relacional y de corte transversal.

### 1.4. Justificación del problema

**Científica:** La literatura reciente ha identificado múltiples factores de riesgo asociados al aborto incompleto, los cuales pueden generar consecuencias severas y representar riesgos significativos para la salud de las mujeres. En este sentido, al identificar estos factores, esta investigación busca establecer un perfil de riesgo que permita implementar estrategias preventivas y mejorar la atención clínica.

**Originalidad:** La presente investigación es novedosa porque se centra en un contexto particular. Aunque existen estudios sobre abortos espontáneos y sus consecuencias, pocas investigaciones han examinado en profundidad la correlación entre factores de riesgo específicos y la ocurrencia de abortos incompletos en esta localidad. Por ello, esta exploración busca cubrir una deficiencia en la literatura científica local y mejorar la adecuación del tratamiento ginecológico en función de las características demográficas y clínicas de las pacientes atendidas.

**Social:** El aborto incompleto afecta negativamente la salud física, emocional y social de las mujeres. Las complicaciones derivadas pueden dar lugar a estancias hospitalarias prolongadas e intervenciones quirúrgicas, lo que implica una carga considerable para el sistema sanitario y la economía familiar. Por tanto, al identificar los factores de riesgo relevantes, se pretende contribuir al desarrollo de políticas públicas que mejoren la educación en salud reproductiva y el acceso a servicios de calidad, reduciendo así la frecuencia de esta complicación.

**Factibilidad:** El Hospital Goyeneche dispone de un sólido servicio de ginecología y de historias clínicas completas, lo cual permite obtener los datos necesarios para esta investigación. Además, el trabajo conjunto con el personal médico y administrativo garantiza el acceso a la información y la logística requeridas para la ejecución del estudio.

**Interés personal:** El tema despierta un profundo interés personal, ya que existe un compromiso con la mejora de la salud reproductiva de las mujeres. La experiencia clínica ha mostrado que muchos casos de aborto incompleto podrían prevenirse o tratarse de forma más efectiva si se comprendieran mejor los factores de riesgo involucrados. Por tanto, esta investigación no solo busca enriquecer el conocimiento académico, sino también influir en la práctica clínica y en la formación de futuras generaciones de profesionales de la salud.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general:

Identificar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.

## 2.2. Objetivos específicos:

- Determinar la relación entre los factores sociodemográficos de las mujeres hospitalizadas y el aborto incompleto en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Determinar la relación entre el historial obstétrico y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Determinar la relación entre el uso de anticonceptivos y la presencia de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Determinar la relación entre el número de gestaciones y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Determinar la relación entre el número de partos y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Determinar la relación entre la presencia de infección del tracto urinario y el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.

## 3. Marco teórico

### 3.1. Aborto:

Según el Ministerio de Salud (12) el aborto es el cese de la gestación de menos de 22 semanas, realizada con la confirmación informada de la madre, cuando es el único recurso para salvar su vida o evitar un deterioro significativo y duradero de su salud corporal y/o mental. Esta interrupción del embarazo usualmente antes de las 20 semanas de gestación, diagnosticado mediante examen físico, ultrasonido, con presencia de sangrado vaginal, dolor pélvico-abdominal y un nivel de  $\beta$ -gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) (11).

Existen dos tipos de aborto: espontáneo e inducido (13). El aborto espontáneo es la pérdida prematura del embarazo cuando el embrión o feto no es viable fuera del útero, generalmente antes de las 23 semanas. Es la complicación más común durante las etapas

iniciales de la gestación, y ocurre en aproximadamente el 15 % al 20 % de los embarazos conocidos, siendo causado con frecuencia por anomalías cromosómicas (14). Se ha observado que gran parte de estos abortos ocurren en las primeras 13 semanas, y hasta el 75 % en las primeras 17 semanas de gestación (15).

Por su parte, el aborto inducido es la terminación intencional de la gestación mediante procedimientos médicos o quirúrgicos. Esta práctica se realiza por múltiples razones, entre ellas la salud de la madre, situaciones económicas o decisiones personales respecto al futuro familiar (16). Se estima que más de 43 millones de abortos inducidos electivos ocurren anualmente en todo el mundo, constituyendo un importante problema de salud pública global (17).

La pérdida gestacional temprana puede deberse a anomalías cromosómicas embrionarias en aproximadamente el 50 % de los casos. No obstante, también se han identificado otros factores de riesgo, como la edad materna avanzada, comorbilidades como diabetes, enfermedad renal, hipertensión, trastornos tiroideos, enfermedad celíaca, lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido, extremos de peso, malformaciones uterinas y exposición a teratógenos como fármacos, radiación, alcohol o traumatismos. Asimismo, algunas infecciones, como las provocadas por el parvovirus B19, la sífilis o *Listeria monocytogenes*, también se han asociado a esta condición (16,18).

### **3.1.1. Aborto incompleto:**

El aborto incompleto es un subtipo de aborto espontáneo, al igual que el aborto inevitable, el retenido, la amenaza de aborto y el aborto completo (19). Se define como la expulsión parcial de los productos de la concepción, en la que el embrión o feto ha sido eliminado, pero persisten restos de las membranas fetales o del tejido placentario dentro de la cavidad uterina (20).

Se ha determinado que las pacientes con aborto incompleto suelen tener un pronóstico favorable con tratamiento expectante; aproximadamente el 90 % logra la expulsión completa del producto de la concepción dentro de las cuatro semanas siguientes (21). En estos casos, el tratamiento quirúrgico también puede considerarse definitivo. Por su parte, el tratamiento médico ha demostrado ser igualmente eficaz, sin afectar la fertilidad futura. Además, se ha observado que las tasas de nacimientos vivos son más

altas en mujeres que conciben dentro de los tres meses posteriores a una pérdida gestacional, en comparación con aquellas que postergan un nuevo embarazo (19).

Entre las patologías que deben diferenciarse del aborto incompleto en el primer trimestre se encuentran las lesiones benignas o malignas del tracto genital inferior, que requieren evaluación mediante colposcopia o biopsia según corresponda; la mola gestacional, sugerida por niveles elevados de  $\beta$ -hCG superiores a 100 000 mUI/ml y confirmada mediante estudio anatomopatológico; y la gestación ectópica, caracterizada por la ausencia de saco gestacional intrauterino en la ecografía (22).

El aborto incompleto puede tratarse mediante misoprostol o, quirúrgicamente, a través de aspiración manual endouterina (AMEU) o dilatación y legrado. La elección del método depende de la condición clínica de la paciente y de su preferencia (23). La guía de la OMS recomienda administrar 600  $\mu$ g de misoprostol por vía oral, o 400  $\mu$ g por vía sublingual, para casos con tamaño uterino menor a 13 semanas. Para tamaños uterinos de 13 semanas o más, se sugiere administrar 400  $\mu$ g por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas. Pueden considerarse dosis repetidas si el proceso no es exitoso, pero los proveedores deben aplicar juicio clínico para no exceder la dosis máxima recomendada (23).

La AMEU es una opción segura para el tratamiento del aborto incompleto, y suele realizarse bajo anestesia general o regional (24,25). Este procedimiento ha demostrado una tasa de evacuación completa significativamente más alta que el misoprostol durante el primer trimestre (25). En contraste, el tratamiento médico presenta una mayor tasa de fallos, requiriendo en algunos casos una AMEU adicional (26,27). No obstante, el manejo médico se asocia con mayor aceptación por parte de las pacientes y resulta más rentable que la intervención quirúrgica (28).

### **3.1.2. Factores de riesgo (FR):**

Un factor de riesgo es cualquier atributo, condición o exposición que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad, lesión u otro problema de salud. Estos factores pueden ser genéticos, biológicos, conductuales, ambientales o sociales. Su presencia no implica necesariamente la aparición del evento adverso, pero sí incrementa la vulnerabilidad o predisposición al mismo (9,10).

### 3.1.2.1. Factores sociodemográficos:

El aborto incompleto se ha visto influenciado por diversos factores sociodemográficos, como la edad, el estado civil, el nivel educativo y el inicio temprano de las relaciones sexuales (20,21). Las mujeres entre 15 y 24 años tienen un riesgo 3,92 veces mayor de presentar resultados desfavorables en comparación con aquellas mayores de 25 años. Esto podría explicarse porque muchas de ellas aún viven con su familia, lo que puede llevarlas a ocultar el embarazo y retrasar la búsqueda de atención médica. Además, las mujeres más jóvenes, especialmente 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 se producen en mujeres menores de 25 años (25).

El estado civil ha sido identificado como un factor asociado al aborto incompleto, aunque los resultados entre estudios no son concluyentes. Algunos autores reportan que las mujeres solteras en edad fértil presentan una mayor probabilidad de esta complicación, con un odds ratio (OR) de 1,71, lo que sugiere que la soltería podría constituir un factor de riesgo relevante (29). En contraste, otros estudios han encontrado que las mujeres convivientes son el grupo con mayor incidencia de aborto incompleto, con porcentajes que oscilan entre el 43 % y el 66,4 % (7,8,30,31).

Otro factor relevante es el nivel educativo. Diversos estudios indican que un menor nivel de instrucción se asocia con un mayor riesgo de aborto incompleto. Se ha reportado que hasta el 52,76 % de las pacientes afectadas solo alcanzaron educación primaria, y entre el 47,24 % y el 61,8 % tienen educación secundaria (8,20). Esto refleja cómo la escolaridad puede influir en la salud reproductiva, posiblemente debido a un acceso limitado a información y servicios sanitarios adecuados (22). La falta de conocimiento en temas relacionados con la atención oportuna frente a complicaciones gestacionales puede generar demoras en la búsqueda de ayuda médica. Por ello, el nivel educativo aparece como un determinante clave en el manejo de la salud reproductiva y la prevención de desenlaces adversos como el aborto incompleto (25).

Diversos estudios han señalado que el embarazo no deseado constituye un factor de riesgo relevante para el aborto incompleto, especialmente en contextos donde el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y a servicios seguros de salud sexual y reproductiva es limitado. La Organización Mundial de la Salud estima que una parte considerable de los abortos inducidos inseguros ocurren en mujeres con embarazos no planificados, lo

que incrementa el riesgo de complicaciones como el aborto incompleto, hemorragias e infecciones graves (66,67).

El embarazo no deseado suele asociarse con la búsqueda de interrupciones del embarazo en condiciones precarias o clandestinas, las cuales tienen mayores tasas de fracaso y complicaciones médicas. No obstante, en el presente estudio no fue posible incluir esta variable debido a que las historias clínicas revisadas no consignan explícitamente si el embarazo fue deseado o no. Este vacío de información limita la posibilidad de evaluar un determinante importante y sugiere la necesidad de mejorar los sistemas de registro clínico con un enfoque integral y sensible a los determinantes sociales de la salud.

### **3.1.2.2. Historial Obstétrico:**

Dentro del historial obstétrico, uno de los factores más relevantes es la presencia de abortos previos. Se ha reportado que el 85,7 % de las mujeres con antecedentes de aborto experimentaron un aborto incompleto, frente al 46 % de aquellas sin dicho antecedente. Esta diferencia refleja una asociación estadísticamente significativa, ya que las mujeres con abortos anteriores presentan 7,03 veces más probabilidades de sufrir un aborto incompleto (32). Además, se ha observado que los antecedentes familiares de aborto — tanto en la madre como en parientes de primer, segundo y tercer grado— también se relacionan con un mayor riesgo de aborto espontáneo, lo que sugiere una posible influencia genética o de condiciones de salud subyacentes (33).

La multiparidad también ha sido identificada como un factor de riesgo relevante. Se ha observado que el 47 % de los casos de aborto incompleto se presentan en mujeres con antecedentes de múltiples gestaciones, lo que sugiere una asociación entre el número de embarazos previos y la ocurrencia de esta complicación (8). Un estudio realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en 2021 indicó que el 51,3 % de las mujeres con aborto incompleto eran multíparas, reforzando esta hipótesis (31). Sin embargo, algunos hallazgos muestran que los antecedentes de aborto previo no siempre se asocian a mayor prevalencia de aborto incompleto, lo que plantea la posibilidad de un efecto protector de la experiencia obstétrica o la influencia de otros factores contextuales (22).

La multigestación se define como el antecedente de dos o más embarazos, independientemente del tipo de parto. Se ha sugerido que múltiples gestaciones pueden provocar una pérdida progresiva de la elasticidad uterina, disminuyendo la eficacia de las contracciones y aumentando el riesgo de complicaciones como la atonía uterina y la

retención placentaria (34). Además, las mujeres con embarazos múltiples enfrentan mayores riesgos obstétricos, como parto prematuro, hemorragia y mortalidad neonatal, la cual puede ser hasta seis veces más alta en comparación con embarazos únicos (35). Algunos estudios han reportado que entre el 39,2 % y el 64 % de las mujeres con aborto incompleto tienen antecedentes de múltiples gestaciones, lo que respalda su posible asociación con esta complicación (8,34,36).

La primigesta, es decir, la mujer que experimenta su primer embarazo, presenta ciertas características que podrían aumentar el riesgo de aborto espontáneo. Entre ellas se encuentran la inmadurez biológica —particularmente la del útero—, que se ha relacionado con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas; la edad, que influye en la viabilidad del embarazo; y las comorbilidades preexistentes, como el asma o los trastornos convulsivos, que pueden complicar el manejo gestacional (37). Además, la falta de experiencia en el reconocimiento de signos de alarma puede retrasar la búsqueda de atención médica, incrementando el riesgo de pérdida gestacional, especialmente en el primer trimestre, donde se concentra la mayor parte de los abortos espontáneos (38,39). Asimismo, se ha documentado que las primigestas tienen mayor vulnerabilidad emocional, con una prevalencia significativa de síntomas depresivos, lo cual también se ha vinculado con desenlaces adversos en el embarazo, incluyendo el aborto (40).

El periodo intergenésico, tanto corto como largo, se ha asociado con diversas complicaciones materno-neonatales, entre ellas: preeclampsia, ruptura prematura de membranas, anemia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino y bajo peso al nacer (41). Asimismo, se ha señalado que este intervalo desempeña un papel fundamental en la planificación de embarazos posteriores a abortos espontáneos. Un periodo intergenésico menor a 6 meses se vincula con tasas más bajas de aborto recurrente y otras complicaciones obstétricas (42).

En particular, el periodo intergenésico corto (PIC), definido como un intervalo menor de 18 meses entre un embarazo y el siguiente (42), se considera un factor de riesgo obstétrico, ya que el organismo materno puede no haberse recuperado completamente. Esto incrementa la probabilidad de complicaciones que afectan tanto la salud materna como fetal (43).

Por otro lado, el periodo intergenésico prolongado (PIL), definido como un lapso mayor a 60 meses (42), también se ha vinculado a desenlaces adversos. Un intervalo demasiado extenso puede facilitar la acumulación de enfermedades no tratadas o mal controladas

que afecten el nuevo embarazo. Además, el deterioro de la condición física materna o el avance de la edad aumentan el riesgo de anemia gestacional, preeclampsia y otras complicaciones (44,45). Por tanto, es fundamental una adecuada planificación y seguimiento médico para reducir los riesgos asociados a estos intervalos extremos.

Se ha identificado que las cesáreas anteriores constituyen un factor de riesgo significativo para el aborto espontáneo. Las mujeres con antecedentes de cesárea presentan una tasa mayor de pérdida gestacional en comparación con aquellas que han tenido partos vaginales (46). Esta relación se ha observado, en particular, en pacientes que se someten a tratamientos de reproducción asistida (ART).

Además, las cesáreas previas se han asociado con un mayor riesgo de muerte fetal, posiblemente debido a complicaciones como la placentación anómala, la ruptura uterina o la necesidad de procedimientos obstétricos más invasivos. Estas condiciones pueden dificultar el seguimiento adecuado del embarazo y el trabajo de parto, lo cual es esencial para detectar y manejar posibles complicaciones fetales a tiempo (47).

Se ha observado que el mayor uso de métodos anticonceptivos se asocia, en general, con una disminución en las tasas de aborto (48). Un estudio realizado en el Hospital San Bartolomé de Lima reportó que el 59,5 % de las pacientes había utilizado algún método anticonceptivo, el 62,9 % tenía antecedentes de al menos un aborto previo, y el 31,4 % había tenido un aborto en su embarazo más reciente (49).

No obstante, esta relación es compleja, ya que intervienen múltiples factores como la duración de la vida reproductiva activa, el número de hijos deseados y la decisión de interrumpir un embarazo no planificado. En ese sentido, los métodos anticonceptivos de mayor efectividad —como la esterilización o los dispositivos intrauterinos (DIU)— se asocian con menores tasas de fracaso, mientras que los que dependen del uso correcto y constante, como las píldoras orales, tienen una eficacia más variable (48,50).

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se encuentran entre las complicaciones infecciosas más frecuentes durante la gestación, especialmente en adolescentes primigestas. Estas infecciones no solo están asociadas a la amenaza de aborto —considerada la principal complicación en estos casos—, sino también a otros eventos adversos como el trabajo de parto prematuro, el parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas (51).

Entre las formas más graves de ITU se encuentra la pielonefritis aguda, una condición que puede presentar síntomas similares al aborto séptico y que puede evolucionar rápidamente hacia la urosepsis y el compromiso multiorgánico. En estos casos, la pronta evacuación del contenido uterino infectado, acompañada de tratamiento antibiótico de amplio espectro, resulta fundamental para evitar desenlaces fatales (52). Esta relación subraya la importancia del diagnóstico y manejo oportuno de las infecciones urinarias durante el embarazo, tanto para preservar la salud materna como para prevenir complicaciones obstétricas como el aborto incompleto.

Las infecciones del tracto genital inferior (LGTI), como la vaginosis bacteriana, se han asociado a múltiples complicaciones durante el embarazo, entre ellas el parto prematuro y la ruptura prematura de membranas (pPROM). Este riesgo es especialmente alto en mujeres con embarazo múltiple.

Diversos estudios sugieren que la detección precoz y el tratamiento oportuno de estas infecciones, incluso en mujeres asintomáticas, puede reducir significativamente la incidencia de abortos espontáneos y otras complicaciones obstétricas. Por tanto, el control y tratamiento adecuado de las LGTI constituye una medida preventiva importante para mejorar los resultados perinatales (53).

Finalmente, la edad de la menarquia se ha relacionado con el riesgo de aborto espontáneo. Se ha evidenciado que las mujeres con menarquia temprana (antes de los 12 años) o tardía (después de los 14 años) presentan una mayor incidencia de pérdidas gestacionales (54).

Esta relación se debe a que la edad de inicio de la menstruación influye en la función de reserva ovárica, la cual está directamente asociada con la fertilidad. En particular, una menarquia precoz puede reducir la concentración de hormonas ováricas y afectar la calidad del ciclo reproductivo, aumentando así el riesgo de abortos espontáneos y partos pretérminos (55).

#### **4. Revisión de antecedentes investigativos**

##### **4.1.A nivel local:**

**AUTOR:** PAREDES GALDOS, MAURICIO

**Título:** Características clínico-epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, años 2020 – 2021.

**Lugar:** Arequipa - Perú

**Resumen:** Analizó las características clínicas y epidemiológicas de los distintos tipos de aborto atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2020 y 2021, a partir de la revisión de historias clínicas, centrando el análisis en los casos registrados durante dicho periodo. La muestra incluyó a 228 pacientes, de las cuales el 64,04 % presentaron aborto incompleto, con una edad media de 28,77 años. El 85,52 % residía en zonas urbanas; la ocupación predominante fue ama de casa (37,28 %) y el 46,05 % tenía educación secundaria. El 57,89 % de las pacientes había tenido embarazos previos. El 40,78 % presentaba antecedentes de aborto y el 71,05 % consumía cafeína. Se detectaron antecedentes de trauma en el 4,38 % de los casos, mientras que las patologías concomitantes estuvieron presentes en menos del 23 %. Asimismo, el 96,49 % presentó hemorragia transvaginal y el 66,66 % refirió molestias hipogástricas. La edad gestacional media fue de 9,72 semanas. El aborto precoz representó el 85,96 % de los casos. El tratamiento más frecuente fue la AMEU (64,03 %) y la principal complicación registrada fue la hemorragia (15,35 %). Se concluyó que la variante más frecuente fue el aborto incompleto. La mayoría de las pacientes eran mujeres adultas, residentes en zonas urbanas, en uniones consensuadas, con ocupación de ama de casa y nivel educativo secundario. Presentaban antecedentes de gestaciones, pero no de abortos, alto consumo de cafeína, escasa historia de traumatismos y baja incidencia de patologías asociadas. No obstante, casi todas experimentaron hemorragia transvaginal (56).

**AUTOR:** CAHUANA CCANA, MILAGROS

**Título:** Características sociodemográficas, clínicas y complicaciones de gestantes covid-19 atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2021.

**Lugar:** Arequipa - Perú

**Resumen:** La investigación identificó las características sociodemográficas y clínicas, así como las complicaciones presentadas por gestantes con diagnóstico de COVID-19 atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2021. Se utilizó una metodología observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal. Se examinaron las historias clínicas que cumplían con los criterios de elegibilidad, y la recolección de datos se realizó mediante un formulario estructurado. El análisis se efectuó utilizando estadística descriptiva. Se identificaron 295 pacientes que cumplían con los criterios establecidos. La mayoría eran mujeres embarazadas de entre 18 y 29 años (53,22 %),

residentes en zonas urbanas (93,56%), con estudios secundarios (61,02%) y en convivencia con una pareja (77,63%). Solo el 6,44% había recibido la vacuna contra la COVID-19 antes de su hospitalización. En cuanto al cuadro clínico, el 84,07% presentó una forma asintomática de la enfermedad. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea y disminución de la saturación de oxígeno. Según la clasificación de gravedad, los casos fueron leves (10,17%), moderados (2,71%), graves (2,37%) y críticos (0,68%); no se registraron fallecimientos. El método de diagnóstico más empleado fue la prueba serológica (50,51%). El 88,14% de las pacientes no presentaba antecedentes patológicos, siendo la obesidad la comorbilidad más común. Además, el 71,53% llegó a término gestacional, el 41,36% era nulípara y el 57,97% asistió a más de seis controles prenatales. El 46,78% concluyó su embarazo por cesárea, principalmente por indicaciones obstétricas. Finalmente, el 55,59% de las gestantes presentó complicaciones. La más frecuente durante el primer trimestre fue el aborto incompleto (9,15%), mientras que en el segundo y tercer trimestres destacaron la preeclampsia grave y la rotura prematura de membranas (ambas con 6,10%) (57).

**AUTOR:** CARPIO RODRÍGUEZ, LADY Y CHAVEZ APAZA, EDER

**Título:** Repercusión de las causas maternas del aborto incompleto en el bienestar mental de las mujeres del servicio de ginecología del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2021.

**Lugar:** Arequipa - Perú

**Resumen:** El estudio identificó el impacto de los factores maternos que contribuyen al aborto incompleto en la salud mental de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2021. Se utilizó un diseño de campo, descriptivo y correlacional. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario para evaluar variables socioeconómicas, la Escala de Bienestar Mental de Warwick y una ficha de observación documental para analizar las causas maternas del aborto incompleto. Participaron 40 mujeres entre enero y febrero de 2021. Los resultados indicaron que los principales factores maternos asociados al aborto incompleto fueron de tipo uterino, infeccioso y endocrino. Además, la mayoría de las mujeres evaluadas presentaron niveles bajos de bienestar mental. Se concluyó que no existe una correlación significativa entre la presencia de causas maternas del aborto incompleto y el nivel de bienestar mental (58).

#### 4.2.A nivel nacional:

**AUTOR:** QUIROZ FERNÁNDEZ, NANCY

**Título:** Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021.

**Lugar:** Cajamarca - Perú

**Resumen:** Esta indagación evaluó la correlación entre variables sociodemográficas y obstétricas y la ocurrencia de aborto incompleto en pacientes del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2021. Se empleó un diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo, correlacional y retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 60 mujeres con diagnóstico de aborto, de las cuales 47 presentaron aborto incompleto, durante el periodo de enero a agosto de 2021. La recolección de datos se realizó mediante un formulario basado en las historias clínicas de cada paciente. Los resultados revelaron una prevalencia del aborto incompleto del 78 %. Entre las características sociodemográficas relacionadas, se identificaron: 57 % de mujeres entre 30 y 49 años, 43 % convivientes y 89 % procedentes de zonas rurales. No se halló relación con el nivel educativo elemental incompleto (32 %) ni con la ocupación de ama de casa (91 %). Respecto a los factores obstétricos, el 72 % de los casos ocurrieron entre las 10 y 15 semanas de gestación, el 47 % presentaban multigestación, el 64 % no tenían antecedentes de aborto, y el 55 % no contaban con control prenatal. El análisis estadístico evidenció una correlación significativa entre el aborto incompleto y los siguientes factores: edad (Sig.=0,000), estado civil (Sig.=0,026), origen (Sig.=0,000), edad gestacional (Sig.=0,032), número de gestaciones (Sig.=0,015), antecedentes de aborto (Sig.=0,033) y periodo intergenésico (Sig.=0,002) (8).

**AUTOR:** GÓMEZ GONZALES, WALTER, SANTISTEBAN CHAPOÑAN, MARIA;  
CHIHUANTITO ABAL, LUIS Y GAMARRA BUSTILLOS, CARLOS

**Título:** Factores de riesgo socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres peruanas.

**Lugar:** Lima - Perú

**Resumen:** Examinaron variables socioculturales y obstétricas vinculadas al aborto incompleto en mujeres peruanas atendidas en el Hospital Nivel II Huaycán de Ate, mediante un diseño de casos y controles conforme a los lineamientos STROBE. Se

seleccionaron aleatoriamente 140 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto y 140 con gestación normal, durante el periodo de enero a diciembre de 2017. Para la recolección de datos se empleó un instrumento elaborado por los autores y validado por expertos, que incluyó una encuesta para los factores socioculturales y una revisión de historias clínicas para las características obstétricas. Se aplicó la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) con un valor de Sig.<0,05 para analizar las asociaciones, y regresión logística para calcular las razones de odds (OR) con un intervalo de confianza del 95 %. En el análisis bivariado, las variables significativamente asociadas al aborto incompleto fueron: edad materna mayor de 35 años (Sig.= 0,0006), estado civil soltera (Sig.= 0,022), estado civil casada (Sig.= 0,001), nivel educativo primario (Sig.= 0,04), multiparidad (Sig.= 0,0004), edad gestacional  $\leq$  12 semanas (Sig.= 0,0001) e infección del tracto urinario (Sig.= 0,041). En el análisis multivariado, se encontraron asociaciones significativas con la edad materna mayor de 35 años (OR= 2,64; IC 95 %: 1,12–6,24), estado civil soltera (OR= 2,59; IC 95 %: 1,23–5,44), multiparidad (OR= 2,61; IC 95 %: 1,30–5,23) y edad gestacional de 12 semanas o menos (OR= 7,11; IC 95 %: 3,61–13,97). Finalmente, se concluyó que estos cuatro factores constituyen riesgos independientes para el aborto incompleto, sin depender del nivel educativo ni de la infección urinaria (59).

**AUTOR:** CHURA CCOILLO, JOSEPH

**Título:** Factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico de aborto incompleto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, año 2022.

**Lugar:** Puerto Maldonado - Perú

**Resumen:** Identificaron los factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado durante el año 2022, mediante un enfoque cuantitativo, diseño correlacional no experimental, análisis descriptivo y corte transversal retrospectivo. Se seleccionaron 194 pacientes diagnosticadas con aborto, utilizando como instrumento un formulario de recolección de datos, y se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson para el análisis estadístico. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre el aborto incompleto y las siguientes variables: edad (Sig.=0,009), estado civil (Sig.=0,015), nivel educativo (Sig.=0,032), ocupación (Sig.=0,032), antecedentes de aborto (Sig.=0,033) e infección urinaria (Sig.=0,036). Entre las características sociodemográficas más frecuentes se identificaron: edad entre 20 y 34 años (59,8 %), pareja de hecho (69,6 %), nivel educativo de bachillerato (62,9

%), ocupación como ama de casa (40,2 %) y procedencia urbana (86,1 %). En cuanto a los factores gineco-obstétricos, destacaron la paridad y multigestación (39,2 %), antecedentes de aborto (55,7 %), edad gestacional  $\leq 12$  semanas (60,3 %) y la ausencia de control prenatal (64,4 %). Las variables de etiología médica más prevalentes fueron: anemia (39,2 %), infección cervicovaginal (37,6 %) e infección urinaria (58,8 %). Los investigadores concluyeron que existe una asociación entre los factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo y ocupación), los factores gineco-obstétricos (principalmente el antecedente de aborto), y que, dentro de las variables médicas, solo la infección urinaria mostró una relación significativa con el aborto incompleto (34).

#### 4.3.A nivel internacional:

**AUTOR:** CORREA ÁLVAREZ, BLANCA Y HERRERA MORENO, YADIRA

**Título:** Aborto incompleto: factores de riesgo y complicaciones

**Lugar:** Guayaquil - Ecuador

**Resumen:** Un aborto incompleto, caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción, representa un importante problema de salud pública. Este fenómeno indica que el embarazo ha concluido sin que todos los tejidos gestacionales hayan sido eliminados del cuerpo. Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al aborto incompleto, así como las principales complicaciones que presentan las pacientes tras dicho evento. Se empleó un diseño de investigación no experimental, basado en la revisión de historias clínicas de varias pacientes. Las variables fueron analizadas mediante herramientas estadísticas descriptivas y representadas gráficamente para facilitar la interpretación de los hallazgos. Los resultados indicaron que el aborto incompleto ocurre con mayor frecuencia en mujeres entre 15 y 20 años que han recibido tratamiento con misoprostol, siendo la hemorragia la complicación más reportada (60).

**AUTOR:** AWAL, ABDUL; SAZZAD, JARIN; KHATUN, FARIDA; HAQUE, JAWADUL Y HOSSAIN, GOLAM

**Título:** Aborto incompleto y factores de riesgo asociados en pacientes ingresadas en el Hospital Universitario de Medicina de Rajshahi, Rajshahi, Bangladesh.

**Lugar:** Rajshahi - Bangladesh

**Resumen:** Este estudio descriptivo de tipo transversal tuvo como objetivo analizar la situación del aborto incompleto y los FR asociados en pacientes hospitalizadas en el Rajshahi Medical College Hospital. Se trabajó con una muestra intencionada de 150 mujeres. Los resultados mostraron que el 37,3 % de las participantes se encontraba en el grupo etario de 25 a 29 años, con una edad media de  $25,14 \pm 4,95$  años. La mayoría (75,3 %) tenía antecedentes de uso de anticonceptivos. En cuanto a los niveles de hemoglobina, el 30 % presentaba 15 g/dl, el 22,7 % tenía 14 g/dl y el 20 %, 13 g/dl. Además, el 67,3 % de las encuestadas tenía antecedentes de abortos previos y el 65,3 % presentó hemorragia vaginal crónica. Se identificaron como factores de riesgo significativos el uso de anticonceptivos orales y los antecedentes de aborto previo. El estudio concluye que reforzar la educación en salud reproductiva podría contribuir a reducir las complicaciones asociadas al aborto incompleto (61).

## 5. Hipótesis

### 5.1. Hipótesis general:

Existen factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.

#### 5.1.1. Hipótesis específicas:

- Existe una relación significativa entre los factores sociodemográficos y la ocurrencia de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Existe una relación significativa entre el historial obstétrico y la ocurrencia de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Existe una relación significativa entre el uso de anticonceptivos y el diagnóstico de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Existe una relación significativa entre el número de gestaciones y la ocurrencia de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.

- Existe una relación significativa entre el número de partos y la ocurrencia de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.
- Existe una relación significativa entre la presencia de infección del tracto urinario y la ocurrencia de aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche durante el año 2024.





**CAPÍTULO II:  
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## **1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**

### **1.1. Técnicas**

Se utilizó la técnica de revisión y análisis documental de las historias clínicas seleccionadas.

### **1.2. Instrumentos**

Ficha de recolección de datos: Diseñada específicamente para este estudio, incluyó variables sociodemográficas y obstétricas (Anexo 1).

### **1.3. Materiales**

Se emplearon programas de gestión y análisis de datos: Microsoft Excel, para la organización de la información extraída de las historias clínicas (Anexo 2), y SPSS, para el procesamiento y análisis estadístico.

Además, se utilizaron materiales de apoyo como una computadora, útiles de escritorio (lapiceros, papel, entre otros) y fotocopias.

## **2. Campo de verificación**

### **2.1. Ámbito**

La investigación se desarrolló en el ámbito clínico-hospitalario, específicamente en el servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche.

### **2.2. Temporalidad:**

Enero 2024 – diciembre 2024.

### **2.3. Unidades de estudio:**

Las unidades de análisis fueron las historias clínicas de las mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche.

#### **2.3.1. Población y muestra**

La población se conformó por todas las historias clínicas de mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche durante el periodo de estudio.

Se trabajó con el total de historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, distribuidas en dos grupos: mujeres sin aborto incompleto y mujeres con diagnóstico confirmado de aborto incompleto.

Al tratarse de un estudio retrospectivo con una población delimitada, no se requirió cálculo muestral ni selección probabilística.

La muestra final estuvo compuesta por 547 historias clínicas completas.

Las características sociodemográficas de la muestra fueron las siguientes: la mayoría de las mujeres procedían de Arequipa (93,6 %), seguidas de Cusco (2,6 %), Puno (1,5 %) y otros departamentos (2,4 %); el 90,5 % residía en zonas urbanas; en cuanto al estado civil, predominaban las convivientes (47,2 %) y solteras (42,6 %); respecto al nivel educativo, el 53,6 % tenía estudios secundarios y el 42,4 % estudios superiores; la edad de las participantes osciló entre los 14 y 47 años, con un predominio del grupo etario entre 20 y 34 años (65,6 %) (Anexo 3).

#### **2.3.1.1. Criterios de inclusión:**

- Historias clínicas de mujeres hospitalizadas con diagnóstico confirmado de aborto incompleto.
- Historias clínicas de mujeres atendidas durante el año 2024.

#### **2.3.1.2. Criterios de exclusión:**

- Historias clínicas incompletas o con datos relevantes ausentes.
- Historias clínicas de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de otro tipo de aborto o embarazo ectópico.
- Historias clínicas de pacientes hospitalizadas por causas gineco-obstétricas distintas al aborto incompleto.
- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedades sistémicas, autoinmunes, metabólicas o neoplásicas.
- Historias clínicas de pacientes con antecedentes de cirugías abdominales en los últimos seis meses.

### **3. Estrategias de recolección de datos**

#### **3.1. Organización:**

Previo a la ejecución del estudio, este fue sometido a revisión y aprobación por parte del Comité Institucional de Ética de la Universidad Católica de Santa María, asegurando el cumplimiento de todos los estándares éticos y normativas legales pertinentes. Asimismo, se obtuvo la autorización del Hospital Goyeneche para el acceso a las historias clínicas.

Dado que el estudio se basó en la revisión documental, se garantizó en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos personales de las pacientes, en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales y otras regulaciones vigentes. La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines investigativos y almacenada en bases de datos seguras, accesibles solo por el equipo investigador.

Al no implicar contacto directo con las pacientes ni intervenciones clínicas, no fue necesario obtener consentimiento informado individual. Sin embargo, se aseguraron los principios de beneficencia, justicia y respeto a las personas durante todo el procedimiento.

La recolección de datos comenzó tras obtener las autorizaciones institucionales pertinentes. Se elaboró un cronograma de trabajo que permitió la revisión sistemática de las historias clínicas, ya sean en formato físico o digital. Se empleó un formulario estandarizado de recolección de datos para extraer la información correspondiente a las variables del estudio, identificando los factores de riesgo pertinentes y registrándolos tras una evaluación minuciosa de cada historia clínica.

#### **3.2. Recursos:**

##### **3.2.1. Recursos humanos**

Investigadores: Maria Jimena Nuñez Gomez, y José Miguel Olave Lazo

##### **3.2.2. Físicos:**

Infraestructura del Hospital Goyeneche – Arequipa

##### **3.2.3. Financieros**

La investigación fue autofinanciada por los investigadores.

### 3.3. Criterios para manejo de resultados

#### 3.3.1. Plan de procesamiento

Los datos fueron ingresados en el software estadístico correspondiente una vez finalizada la recolección de información. Previo al análisis, se realizó una depuración de la base de datos para detectar y corregir errores de transcripción, valores atípicos y datos ausentes. Posteriormente, las variables fueron categorizadas y codificadas conforme a los requerimientos del análisis estadístico.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos para caracterizar a la población de estudio, empleando medidas de tendencia central y de dispersión. A continuación, se utilizó la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre variables categóricas, y se calcularon los odds ratios (OR) con base en los resultados obtenidos. La significancia estadística se estableció con un valor Sig.<0,05.

Este enfoque permitió estimar la fuerza de asociación entre las variables independientes y la probabilidad de presentar aborto incompleto, controlando al mismo tiempo posibles variables de confusión.



## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

## 1. Relación de los factores sociodemográficos con el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche

«Factores de Riesgo Asociados al Aborto Incompleto en Mujeres Hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, 2024»

**Tabla 2**

**Relación de los factores sociodemográficos y el diagnóstico de aborto incompleto**

		Aborto Incompleto				Total	
		No		Si		N	%
		N	%	N	%		
Zona de procedencia	Rural	19	(36,5)	33	(63,5)	52	(100)
	Urbana	240	(48,5)	255	(51,5)	495	(100)
		Chi2=2,236; Sig.=0,135					
Edad	Adolescente ( $\leq 19$ años)	20	(52,6)	18	(47,4)	38	(100)
	Adulta (20 - 34 años)	165	(46,0)	194	(54,0)	359	(100)
	Añosa ( $\geq 35$ años)	74	(49,3)	76	(50,7)	150	(100)
		Chi2=0,940; Sig.=0,625					

En cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos, se analizaron las variables «zona de procedencia» y «edad» en la muestra de mujeres hospitalizadas. No se identificó ninguna asociación estadísticamente significativa ( $\text{Sig.} > 0,05$ ), a pesar de observarse diferencias proporcionales notorias entre algunas categorías. Por ejemplo, las mujeres procedentes de zonas rurales presentaron una alta proporción de aborto incompleto (63,5 %), al igual que aquellas con edad adulta (54,0 %). Sin embargo, dichas diferencias no alcanzaron significancia estadística, lo que impide establecer una relación concluyente entre estos factores y la ocurrencia de aborto incompleto.

## 2. Relación del historial obstétrico con el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche

### «Factores de Riesgo Asociados al Aborto Incompleto en Mujeres Hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, 2024»

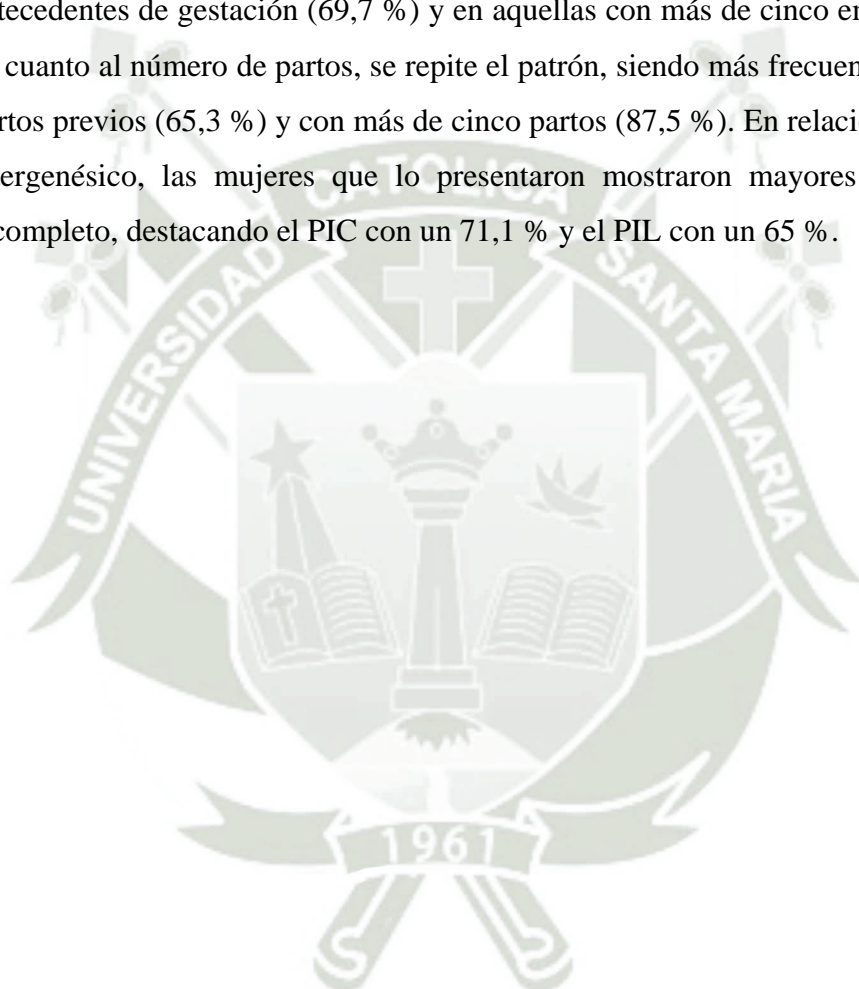
**Tabla 3**

**Relación del historial obstétrico y el diagnóstico de aborto incompleto**

		Aborto Incompleto				Total	
		No		Si			
		N	%	N	%	N	%
Abortos Previos	No	171	(49,7)	173	(50,3)	344	(100)
	Si	88	(43,3)	115	(56,7)	203	(100)
Chi2=1,824; Sig.=0,150							
Número de Gestaciones	Ninguna gestación	27	(30,3)	62	(69,7)	89	(100)
	1 a 2 gestaciones	185	(48,2)	199	(51,8)	384	(100)
	3 a 4 gestaciones	128	(45,6)	153	(54,4)	281	(100)
	Más de 5 gestaciones	10	(25,0)	30	(75,0)	40	(100)
Chi2=15,589; Sig.=0,001							
Número de Partos	Ningún parto	87	(34,7)	164	(65,3)	251	(100)
	De 1 a 2 partos	205	(51,9)	190	(48,1)	395	(100)
	De 3 a 4 partos	57	(40,7)	83	(59,3)	140	(100)
	De 5 a más partos	1	(12,5)	7	(87,5)	8	(100)
Chi2=22,710; Sig.=0,000							
Periodo Intergenésico Corto	No	246	(49,0)	256	(51,0)	502	(100)
	Si	13	(28,9)	32	(71,1)	45	(100)
Chi2=5,920; Sig.=0,015							
Periodo Intergenésico Largo	No	204	(52,3)	186	(47,7)	390	(100)
	Si	55	(35,0)	102	(65,0)	157	(100)
Chi2=13,401; Sig.=0,000							
Uso de Métodos Anticonceptivos	No	165	(48,2)	177	(51,8)	342	(100)
	Si	94	(45,9)	111	(54,1)	205	(100)
Chi2=0,206; Sig.=0,650							
Infecciones del Tracto Urinario en el Embarazo	No	197	(46,0)	231	(54,0)	428	(100)
	Si	62	(52,1)	57	(47,9)	119	(100)
Chi2=1,377; Sig.=0,241							
Edad de la Menarquia	Precoz	6	(54,5)	5	(45,5)	11	(100)
	Normal	240	(46,9)	272	(53,1)	512	(100)
	Tardía	13	(54,2)	11	(45,8)	24	(100)
Chi2=0,722; Sig.=0,697							

Respecto a los factores relacionados con el historial obstétrico, se halló significancia estadística en el número de gestaciones (Sig.=0,001), número de partos (Sig.=0,000), y en los periodos intergenésico corto (Sig.=0,015) y largo (Sig.=0,000). En contraste, variables como abortos previos, uso de anticonceptivos, infecciones del tracto urinario y edad de menarquia no mostraron asociación significativa (Sig.>0,05).

Los mayores porcentajes de aborto incompleto se registraron en mujeres sin antecedentes de gestación (69,7 %) y en aquellas con más de cinco embarazos (75 %); en cuanto al número de partos, se repite el patrón, siendo más frecuente en mujeres sin partos previos (65,3 %) y con más de cinco partos (87,5 %). En relación con el periodo intergenésico, las mujeres que lo presentaron mostraron mayores tasas de aborto incompleto, destacando el PIC con un 71,1 % y el PIL con un 65 %.



### 3. Factores de riesgo significativos con el aborto incompleto en mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche y cociente de probabilidades (Odds Ratio)

#### «Factores de Riesgo Asociados al Aborto Incompleto en Mujeres Hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, 2024»

Tabla 4

##### Factores de riesgo significativos para el aborto incompleto

Factor de Riesgo	Chi2	Coef.
Multigesta	15,589	0,001
Multipara	22,71	0,000
PIC	5,920	0,015
PIL	12,717	0,000

De las variables analizadas, se determinó que los FR significativos fueron: el número de gestaciones, el número de partos, y los periodos intergenésico corto y largo (Sig.<0,05). A continuación, se presenta el cálculo del cociente de probabilidades (Odds Ratio) para cada uno de los factores identificados.

Para dicho cálculo, se siguieron las consideraciones de Tamargo et al. (62), quienes definen el Odds Ratio como la razón entre la probabilidad de que ocurra un evento y la probabilidad de que no ocurra, con la siguiente expresión matemática:

$$Odds\ Ratio = \frac{a/b}{c/d}$$

Donde:

a = Casos con aborto incompleto y presencia del factor de riesgo

b = Casos sin aborto incompleto pero con presencia del factor de riesgo

c = Casos con aborto incompleto sin presencia del factor de riesgo

d = Casos sin aborto incompleto y sin presencia del factor de riesgo

Así:

a/c representa la probabilidad de presentar aborto incompleto en pacientes con el factor de riesgo.

b/d representa la probabilidad de no presentar aborto incompleto en pacientes con el factor de riesgo.

El resultado de la aplicación de la fórmula determinó los siguientes ratios:

**«Factores de Riesgo Asociados al Aborto Incompleto en Mujeres Hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, 2024»**

**Tabla 5**  
**ODDS Ratio de los factores de riesgo**

Factor de Riesgo	Indicador	Ratio
Multigesta	Ningún embarazo	1,94
	1 a 2 embarazos	0,72
	3 a 4 embarazos	0,91
	Más de 5 embarazos	2,46
Multipara	Ningún parto	1,77
	1 a 2 partos	0,53
	3 a 4 partos	1,18
	Más de 5 partos	5,59
Periodo Intergenésico	Corto (PIC)	2,37
	Largo (PIL)	2,03

Como se observa, en el caso del factor de riesgo multigestación, las mujeres con más de cinco embarazos presentan 2,46 veces más probabilidades de experimentar un aborto incompleto en comparación con aquellas con menor número de gestaciones. De manera similar, las mujeres sin embarazos previos (primigestas) tienen 1,94 veces más probabilidades de aborto incompleto que aquellas con más de un embarazo. En contraste, las mujeres con entre uno y cuatro embarazos obtuvieron un OR menor a 1, lo que podría interpretarse como un factor de protección frente a esta complicación obstétrica (62).

Respecto al factor multiparidad, el grupo con mayor riesgo corresponde a las mujeres con más de cinco partos, quienes tienen 5,59 veces más probabilidades de presentar un aborto incompleto frente a los demás grupos. Del mismo modo, no haber tenido partos previos también representa un riesgo aumentado, con un OR de 1,77. Por otro lado, las

mujeres con uno o dos partos muestran un OR menor a 1, lo que podría interpretarse como un factor protector, mientras que las que tuvieron entre tres y cuatro partos presentan un OR de 1,18, valor que no sugiere una asociación significativa con el aborto incompleto (62).

En cuanto al periodo intergenésico, se observó que el intervalo corto representa un riesgo mayor, con 2,37 veces más probabilidades de aborto incompleto respecto a mujeres sin esta condición. Por su parte, un periodo intergenésico largo también mostró un riesgo elevado, con un OR de 2,03.

En síntesis, los factores de riesgo más relevantes para la ocurrencia de aborto incompleto, ordenados según la magnitud del riesgo, son: (1) haber tenido más de cinco partos, (2) haber tenido más de cinco gestaciones, (3) contar con un periodo intergenésico corto, (4) presentar un periodo intergenésico largo, (5) no haber tenido embarazos previos y (6) no haber tenido partos previos.

## DISCUSIÓN

El aborto incompleto constituye una complicación obstétrica que puede tener múltiples causas, incluyendo anomalías genéticas o cromosómicas del feto, desequilibrios hormonales, exposición a contaminantes ambientales y factores conductuales como el consumo de tabaco, alcohol o drogas (61). En este estudio, se identificaron factores de riesgo (FR) asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas del Hospital Goyeneche durante el año 2024.

Respecto al objetivo general, se determinó que los factores significativamente asociados al aborto incompleto fueron el número de gestaciones (Sig.=0,001), número de partos (Sig.=0,000), periodo intergenésico corto (PIC) (Sig.=0,015) y periodo intergenésico largo (PIL) (Sig.=0,000). Estos hallazgos coinciden parcialmente con investigaciones previas, como la de Quiroz (8), quien también encontró relación significativa con el número de gestaciones (Sig.=0,015) y el periodo intergenésico (Sig.=0,002). De igual modo, Cahuana (57) reportó que el 55,59 % de embarazadas hospitalizadas presentaron complicaciones, siendo el aborto incompleto la más frecuente en el primer trimestre (9,15 %). Gómez et al. (59) también identificaron la multiparidad y la edad gestacional  $\leq 12$  semanas como FR relevantes.

Si bien no se hallaron estudios que relacionen directamente al PIC y PIL con el aborto incompleto, la literatura indica que ambos se asocian a diversas complicaciones obstétricas. El PIC se vincula con mayor riesgo debido a la insuficiente recuperación del organismo materno, afectando la salud materno-fetal (42). Por su parte, el PIL puede implicar acumulación de condiciones médicas no tratadas y deterioro físico con el paso del tiempo, incrementando el riesgo gestacional (44,45).

En relación con el objetivo específico 1, las variables sociodemográficas edad (Sig.=0,625) y procedencia (Sig.=0,135) no mostraron asociaciones significativas. Estos resultados contrastan con los reportes de Chura (34), Quiroz (8) y Gómez et al. (59), quienes hallaron asociaciones estadísticamente significativas con la edad materna, estado civil y nivel educativo. Estas discrepancias podrían explicarse por las diferencias contextuales, ya que la influencia de factores sociodemográficos puede variar según la región, condiciones socioeconómicas y nivel de acceso a servicios de salud (7,8,29). Además, se ha descrito que mujeres jóvenes (15–24 años) tienden a retrasar la búsqueda de atención médica por temor o estigmatización familiar (25), y que un menor nivel

educativo limita el conocimiento sobre salud reproductiva y acceso a servicios adecuados (22,25).

En cuanto al objetivo específico 2, se comprobó la relación entre el aborto incompleto y el historial obstétrico, específicamente con el número de gestaciones (Sig.=0,001), número de partos (Sig.=0,000), PIC (Sig.=0,015) y PIL (Sig.=0,000). Estos resultados son consistentes con Quiroz (8) y Gómez et al. (59). La multigestación puede generar alteraciones en la contractilidad uterina y mayor riesgo de hemorragia por retención placentaria (34). Asimismo, las primigestas, al carecer de experiencia y conocimientos sobre signos de alarma, pueden no buscar atención médica oportuna, incrementando el riesgo de complicaciones (37,38). De igual forma, el periodo intergenésico, tanto corto como largo, se ha relacionado con varias complicaciones materno-neonatales: preeclampsia, ruptura prematura de membranas, anemia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino y bajo peso al nacer (41). En conjunto, el historial obstétrico demuestra una relación significativa con la ocurrencia de aborto incompleto.

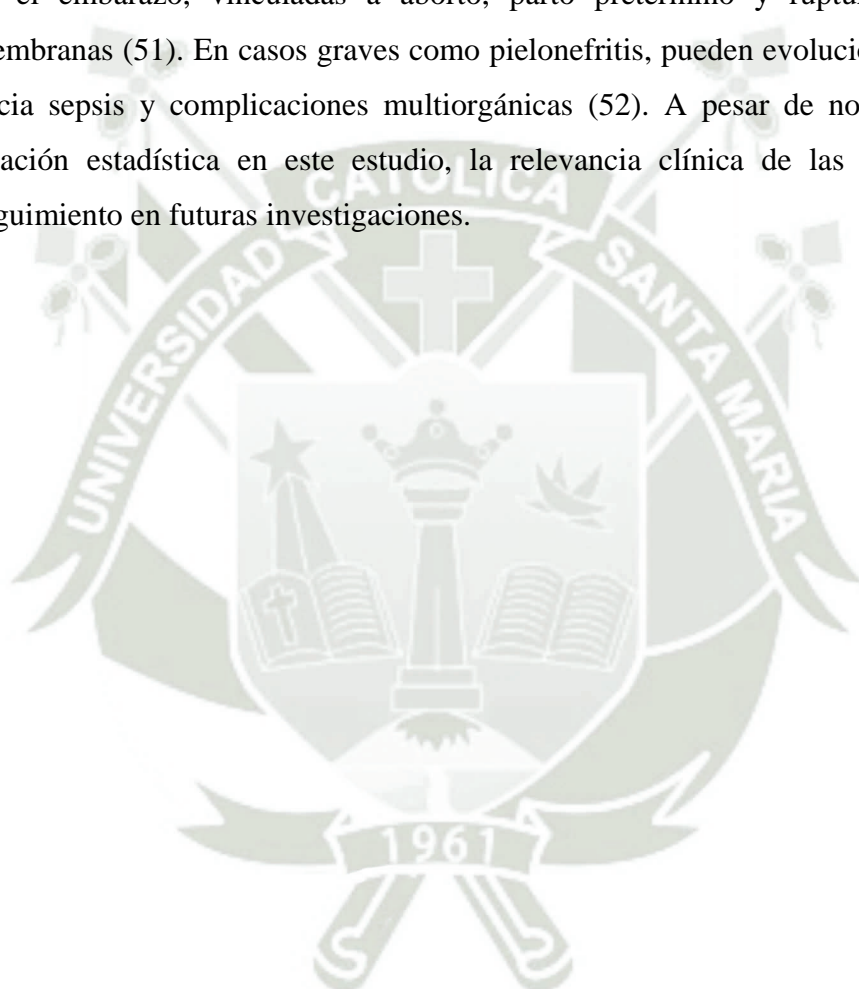
En relación con el objetivo específico 3, el uso de anticonceptivos no mostró asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto (Sig.=0,650), a pesar de que el 54,1 % de las mujeres usuarias también presentaron aborto incompleto. En otros estudios, como el de Awal et al. (61), se reporta que el 75,3 % de mujeres con aborto incompleto tenía antecedentes de uso de anticonceptivos. Valverde et al. (49) encontraron que, si bien el 59,5 % de las pacientes había usado algún método, solo el 31,4 % presentó aborto durante su embarazo más reciente. La OMS sugiere que el uso de anticonceptivos debe promoverse luego de cualquier tipo de aborto, como parte de una estrategia de planificación familiar que permita reducir embarazos no deseados y sus posibles complicaciones (23,63). Sin embargo, el acceso y la adherencia a métodos anticonceptivos tras un aborto sigue siendo limitado, lo que requiere intervenciones educativas y multidisciplinarias para su promoción efectiva (64).

Respecto al objetivo específico 4, se confirmó la relación entre número de gestaciones y aborto incompleto (Sig.=0,001). La literatura reporta que entre el 39,2 % y el 64 % de mujeres con aborto incompleto presentan antecedentes de multigestación (8,34,36), lo cual refuerza su papel como FR.

Para el objetivo específico 5, se verificó una relación significativa entre número de partos y aborto incompleto (Sig.=0,000). Estudios como el de Castillo (31) y el de

Ticona y Flores (63) también identifican a la primiparidad y multiparidad como factores asociados, siendo la multiparidad el grupo con mayor razón de probabilidades.

Finalmente, sobre el objetivo específico 6, la presencia de infección del tracto urinario (ITU) no mostró relación estadística significativa con el aborto incompleto (Sig.=0,241). Esto difiere de Gómez et al. (59) y Chura (34), quienes sí reportaron asociación. Las ITU representan una de las complicaciones infecciosas más frecuentes en el embarazo, vinculadas a aborto, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas (51). En casos graves como pielonefritis, pueden evolucionar rápidamente hacia sepsis y complicaciones multiorgánicas (52). A pesar de no haberse hallado relación estadística en este estudio, la relevancia clínica de las ITU justifica su seguimiento en futuras investigaciones.



## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Se identificaron como factores de riesgo del aborto incompleto el haber sido primigesta o multigesta (Sig.=0,001), primípara o múltipara (Sig.=0,000), así como haber presentado un periodo intergenésico corto (Sig.=0,015) o largo (Sig.=0,000).

### SEGUNDA

Las variables sociodemográficas analizadas no mostraron asociación estadísticamente significativa con el aborto incompleto (Sig.>0,05).

### TERCERA

Entre las características obstétricas evaluadas, se encontró relación significativa con el número de gestaciones (Sig.=0,001), número de partos (Sig.=0,000), y con periodos intergenésicos cortos y largos (Sig.=0,015 y Sig.=0,000, respectivamente).

### CUARTA

No se evidenció relación estadísticamente significativa entre el uso de anticonceptivos y el aborto incompleto en las pacientes hospitalizadas (Sig.=0,650).

### QUINTA

El número de gestaciones resultó ser un factor de riesgo relevante para el aborto incompleto, con significancia estadística (Sig.=0,001).

### SEXTA

Se confirmó una asociación estadísticamente significativa entre el número de partos y la presencia de aborto incompleto (Sig.=0,000).

### SÉPTIMA

No se halló relación significativa entre la infección del tracto urinario y el diagnóstico de aborto incompleto (Sig.=0,241).

## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

A la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, se sugiere implementar programas de promoción de la salud reproductiva enfocados en la prevención del embarazo no planificado y el uso adecuado de métodos anticonceptivos, dirigidos especialmente a mujeres con factores de riesgo asociados al aborto incompleto. Asimismo, se recomienda fortalecer la capacitación del personal de ginecología y obstetricia en la detección temprana de abortos espontáneos e incompletos, con énfasis en madres primigestas y mujeres con más de cinco hijos, grupos que presentan mayor probabilidad de desarrollar esta complicación. Estas acciones permitirían mejorar el seguimiento obstétrico y optimizar la atención materna y neonatal en la región Arequipa.

### SEGUNDA

A los profesionales de salud que se desempeñan en los servicios obstétricos, maternos y neonatales de los hospitales de la región, especialmente al personal del área de triaje del Hospital Goyeneche, se recomienda implementar un protocolo estandarizado de tamizaje, seguimiento y atención de mujeres con riesgo de aborto incompleto (multigestas, primigestas y con periodos intergenésicos extremos). Además, se sugiere incorporar en la historia clínica un campo específico que permita registrar si el embarazo fue deseado o no, dado que el embarazo no deseado constituye un factor de riesgo relevante para el aborto incompleto, pero actualmente no se cuenta con ese dato de manera sistemática. Esta medida permitiría no solo identificar con mayor precisión a las pacientes en riesgo, sino también orientar estrategias preventivas y mejorar el enfoque de atención integral.

### TERCERA

A médicos, profesionales de salud y estudiantes de carreras vinculadas a las ciencias de la salud, se les recomienda promover la investigación sobre factores de riesgo asociados al aborto incompleto desde las universidades e instituciones del Estado. La generación de nuevos proyectos científicos permitirá identificar con mayor precisión los determinantes clínicos y sociales de esta condición, fomentar un abordaje integral centrado en la sintomatología y antecedentes obstétricos individuales, y contribuir al desarrollo de políticas de salud pública basadas en evidencia confiable.

## REFERENCIAS

1. 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>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
3. 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-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>
4. Torres E. El aborto y sus procedimientos clandestinos. Juridicamente [Internet]. 2019;7:35–40. Disponible en: [https://eglobal-s3-app.s3.us-west-2.amazonaws.com/articulos\\_revistas/2eb17b3a5aa5fad344f7b1d6cd5fee5f.pdf#page=35](https://eglobal-s3-app.s3.us-west-2.amazonaws.com/articulos_revistas/2eb17b3a5aa5fad344f7b1d6cd5fee5f.pdf#page=35)
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 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-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
6. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números? [Internet]. 2025 [citado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/5251/statistics>
7. Ponce M. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa El Salvador. Primer semestre 2016 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3685>
8. Quiroz N. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al aborto incompleto. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2021 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4960>

9. Instituto Nacional del Cáncer. Factor de riesgo [Internet]. 2025 [citado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/factor-de-riesgo>
10. Instituto Nacional de Estadística (INE). Concepto seleccionado: Factor de riesgo [Internet]. 2025 [citado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583#:~:text=Cualquier característica o circunstancia detectable,especialmente expuesto a una enfermedad>
11. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Miscarriage. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
12. 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>
13. Khatun R, Gani O, Ghosh L, Manjari M. Types of Abortion and Its Consequences in Dhaka Medical College Hospital. Ibrahim Card Med Journa [Internet]. 2020;10(1–2):66–73. Disponible en: <https://doi.org/10.3329/icmj.v10i1-2.54008>
14. Rogers J, Crockett J, Suess E. Miscarriage: An Ecological Examination. Prof Couns. 2018;9(1):51–66.
15. Mutiso S, Murage A, Mukaindo A. Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women- A cross sectional study. BMC Psychiatry. 2018;18:1–7.
16. Liu J, Duan Z, Zhang H, Wen C, Tang L, Peig K, et al. Prevalence and risk factors for repeat induced abortion among Chinese women: a systematic review and meta-analysis. Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2021;26(6):513–22.
17. 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.
18. Xiong Y quan, Tan J, Liu Y mei, He Q, Li L, Zou K, et al. The risk of maternal parvovirus B19 infection during pregnancy on fetal loss and fetal hydrops: A systematic review and meta-analysis. J Clin Virol. 2019;114:12–20.

19. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. Eur PMC [Internet]. 2020; Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/32644497/NBK430685#free-full-text>
20. Bonete M. Causas de aborto en mujeres atendida en el Hospital Darío Machuca Palacios. Período enero - junio del año 2017 [Internet]. Universidad Católica de Cuenca; 2020. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/10501>
21. Hendriks E, MacNaughton H, Castillo M. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. Am Fam Physician [Internet]. 2019;99(3):166–74. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0201/p166.html>
22. Jauregui J. Manejo del aborto incompleto en Hospital de III nivel, 2019 [Internet]. Universidad José Carlos Mariategui; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/1626>
23. World Health Organization. Medical Management of Abortion [Internet]. OMS; 2019. 1–60 p. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=kHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR4&dq=Organization+W.H.+Medical+management+of+abortion,+2018.+World+Health+Organization%3B+2018.&ots=1YCQo8FIS1&sig=wpwQcWavIZEj5MUIH2ND DdZaxYc&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Organization W.H](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=kHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR4&dq=Organization+W.H.+Medical+management+of+abortion,+2018.+World+Health+Organization%3B+2018.&ots=1YCQo8FIS1&sig=wpwQcWavIZEj5MUIH2ND DdZaxYc&redir_esc=y#v=onepage&q=Organization W.H)
24. Chowdhury M, Rahman D. Surgical Management of Incomplete Abortion by Manual Vacuum Aspiration (MVA). Eur PMC [Internet]. 2019;28(4):900–5. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/31599258>
25. 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.
26. Ibiyemi K, Adesina K. Randomised Trial of Oral Misoprostol Versus Manual Vacuum Aspiration for the Treatment of Incomplete Abortion at a Nigerian Tertiary Hospital. Sultan Qaboos Univ Med J. 2019;19(1):38–43.
27. Cubo A, Soto Z, Haro A, Hernández E, Doyague J, Sayagués J. Medical versus surgical treatment of first trimester spontaneous abortion: A cost- minimization analysis. PLoS One. 2019;14(1):1–9.
28. Nwafor J, Agwu U, Egbuji C, Ekwedigwe K. Misoprostol versus Manual Vacuum Aspiration for Treatment of First-Trimester Incomplete Miscarriage in a Low-Resource

- Setting: A Randomized Controlled Trial. Niger J Clin Pract [Internet]. 2020;23(2):638–46. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/195883>
29. Barrera W. Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital II-1 Huaycán, 2019 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/9580>
  30. Lume M. Factores asociados al aborto en mujeres gestantes en el servicio obstétrico del Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018 [Internet]. Universidad Peruana los Andes; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1752>
  31. 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>
  32. Kurnia E, Aisyah S, Puspitasari E. Relationship of Age, Parity, and History of Abortion With the Incidence of Incomplete Abortion at RSUDDr. HMRabain Muara Enim 2021. Sci Midwifery [Internet]. 2022;10(2):843–9. Disponible en: <http://www.midwifery.iocspublisher.org/index.php/midwifery/article/view/368>
  33. Silva M, Teixeira C, Marques L, Souza C, Oliveira M. Factors associated with spontaneous abortion: A systematic review. Rev Bras Saude Matern Infant. 2020;20(2):361–72.
  34. 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>
  35. 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.
  36. Melendez R. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del Cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019 [Internet]. Universidad Técnica de Babahoyo; 2019. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6491>

37. Sandiga M. Manejo clínico del aborto incompleto en gestante adolescente atendida en IPRESS III-1 [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/908>
38. Alatawi M, Faheem W, Alabdulaziz H. Knowledge, Attitude, and Practice of Primigravida Women on Birth Preparedness. *Open Nurs J*. 2021;15(1):38–46.
39. Ghosh M, Mandal A, Seth S, Naskar A. Fetomaternal outcome in patients with threatened abortion in the first trimester – An observational study. *Asian J Med Sci*. 2022;13(3):152–7.
40. Goyes M, Rosero S, Flores P. Prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio. Diferencia entre multíparas y primigestas. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida* [Internet]. 2022;6(1):34–42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8966438>
41. Sánchez Arias RA, Silva Samaniego AM. Análisis del período intergenésico como factor de riesgo de complicaciones materno-neonatales [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2024. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13450>
42. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018;83(1):52–61. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf>
43. Manjarres W, Zurita M. Periodo intergenésico corto asociado a complicaciones maternas en gestantes de 18 - 35 años, en el Hospital General Martín Icaza, Babahoyo Los Ríos, periodo enero-junio 2019 [Internet]. Universidad Técnica de Babayoho; 2020. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8084>
44. Ayala F, Moreno K, Valdivieso V, Morales S. Influencia del periodo intergenésico largo en el riesgo de preeclampsia. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2022;11(2):21–6.
45. Maribel Colque. Complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6578477>
46. Zhao J, Hao J, Xu B, Wang Y, Li Y. Impact of previous Caesarean section on reproductive outcomes after assisted reproductive technology: systematic review and meta-analyses. *Reprod Biomed Online*. 2021;43(2):197–204.

47. Skytte T, Holm C, Ali S, Ame S, Molenaar J, Greisen G, et al. Risk factors of stillbirths in four district hospitals on Pemba Island, Tanzania: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):1–13.
48. Cleland J. The complex relationship between contraception and abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;62:90–100.
49. Valverde N, Barja J, Valverde N, Barja J. Método anticonceptivo de elección en el postaborto. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2019;87(12):814–9. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412019001200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0300-90412019001200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412019001200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
50. Makenzius M, McKinney G, Oguttu M, Romild U. Stigma related to contraceptive use and abortion in Kenya: Scale development and validation. *Reprod Health*. 2019;16(1):1–10.
51. Samaniego E, Calva W. Complicaciones obstétricas en adolescentes primigestas con infección de vías urinarias. *Rev Cuatrimest "Conecta Lib* [Internet]. 2021;5(2):62–71. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/241>
52. Wall L, Yemane A. Infectious Complications of Abortion. *Open Forum Infect Dis*. 2022;9(11):1–8.
53. Roero S, Benedetto G, Charrier L, Ingala A, Ronco A, Fea T, et al. Is the Early Screening of Lower Genital Tract Infections Useful in Preventing Adverse Obstetrical Outcomes in Twin Pregnancy? *J Clin Med*. 2024;13(9):1–11.
54. Hu C, Yang X, Hua X, Jiang W, Huang K, Chen H, et al. Risk factors for spontaneous abortion from a prevention perspective in rural China: a population-based follow-up study. *J Matern Neonatal Med*. 2021;34(16):2583–91.
55. Zhao L, Yang H, Liu G. Relationship between age at menarche and chromosome numerical abnormalities in chorionic villus among missed abortions: A cross-sectional study of 459 women in China. *J Obstet Gynaecol Res*. 2020;46(12):2582–9.
56. Paredes M. Características clínico epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, años 2020 - 2021 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12306>

57. Cahuana M. Características sociodemográficas, clínicas y complicaciones de gestantes covid-19 atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2021 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/af7217c8-aded-4cb6-aa41-b9a8dac6b5a8/content>
58. Carpio, Lady, Chavez E. Repercusión de las causas maternas del aborto incompleto en el bienestar mental de las mujeres del servicio de ginecología del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2021 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11742>
59. Gómez W, Santisteban M, Chihuantito L, Gamarra C. Factores de riesgo socioculturales y obstétricos asociados al aborto incompleto en mujeres peruanas. Salus [Internet]. 2020;24(3):26–31. Disponible en: [https://cris.unica.edu.pe/es/publications/factores-de-riesgo-socioculturales-y-obstétricos-asociados-al-abo](https://cris.unica.edu.pe/es/publications/factores-de-riesgo-socioculturales-y-obstetricos-asociados-al-abo)
60. Correa B, Herrera Y. Aborto incompleto: factores de riesgo y complicaciones. J Am Heal [Internet]. 2018;1(2):39–46. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/download/9/18?inline=1>
61. 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](https://www.researchgate.net/publication/352477285_Incomplete_Abortion_and_Associated_Risk_Factors_of_the_Patients_Admitted_in_Rajshahi_Medical_College_Hospital_Rajshahi_Bangladesh)
62. Tamargo T, Gutiérrez A, Quesada U, López N, Hidalgo T. Algunas consideraciones sobre aplicación, cálculo e interpretación de odds ratio y riesgo relativo. Rev cubana med [Internet]. 2019; 58(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232019000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232019000300008)
63. Guevara-Rios E. Las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud para la atención del aborto. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2022; 11(3), 7-8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/303>
64. Beltran CA, Lobatón MI, Domínguez A, Parada JI. Método de planificación familiar de elección en el post aborto en pacientes del Hospital General de Zona 20. Ciencia Latina

Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2024; 8(6), 3313-3327.  
[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6.15093](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15093)

65. Ticona L, Flores R. Aborto espontáneo y sus factores asociados en un hospital público peruano, época prepandemia. Revista Médica Basadrina [Internet]. 2024; 18(2), 38-47.  
<https://doi.org/10.33326/26176068.2024.2.2173>



## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha de recolección de datos

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES DE RIESGO Y ABORTO  
INCOMPLETO

**Investigación:** “Factores de riesgo asociados al aborto incompleto en mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Goyeneche, 2024”.

**Instrucciones:**

Responda cada pregunta marcando con una “X” la opción correspondiente. La información será utilizada únicamente con fines de investigación y se mantendrá bajo estricta confidencialidad.

**I. DATOS GENERALES**

Ficha N°: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador de campo: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025      Hora de llenado: \_\_\_\_: \_\_\_\_ horas

N° de historia clínica: \_\_\_\_\_

**II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Edad:

- Adolescente (<19 años)
- Adulta joven (20 - 35 años)
- Adulta mayor (>35 años)

2. Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Separada
- Viuda

3. Nivel de educación:

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Universitaria

4. Procedencia:

- Urbano
- Rural

### III. HISTORIAL OBSTÉTRICO

1. Presencia de abortos previos
  - Sí
  - No
2. Número de gestaciones
  - Ninguna
  - 1 a 2
  - 3 a 4
  - Más de 5
3. Número de partos
  - Ninguno
  - 1 a 2
  - 3 a 4
  - Más de 5
4. Periodo intergenésico corto (< 18 meses)
  - Sí
  - No
5. Periodo Intergenésico largo (> 60 meses)
  - Sí
  - No
6. Utilización de métodos anticonceptivos
  - Sí
  - No
7. Presencia de infecciones del tracto urinario durante la actual gestación
  - Sí
  - No
8. Menarca
  - años

### IV. PRESENCIA DE ABORTO INCOMPLETO

1. Diagnóstico de aborto incompleto
  - Sí
  - No

**Anexo 2.** Tabla de recolección de datos (Excel)

ID de la paciente	Presencia de aborto incompleto	Factores sociodemográficos				Historial obstétrico							
		Edad	Estado civil	Nivel de educación	Procedencia	Presencia de abortos previos	Número de Gestaciones	Número de Partos	Periodo intergenésico corto	Periodo intergenésico prolongado	Uso de métodos anticonceptivos	Infecciones del tracto urinario	Edad de la menarca
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													

**Anexo 3.** Características sociodemográficas de la muestra**Características sociodemográficas de la muestra**

Característica Sociodemográfica		N	%
Departamento	Arequipa	512	(93,6)
	Cusco	14	(2,6)
	Puno	8	(1,5)
	Tacna	1	(0,2)
	Moquegua	3	(0,5)
	Lima	6	(1,1)
	Ica	1	(0,2)
	Huánuco	1	(0,2)
	Venezuela	1	(0,2)
Zona de Procedencia	Rural	52	(9,5)
	Urbana	495	(90,5)
Estado Civil	Soltera	233	(42,6)
	Conviviente	258	(47,2)
	Casada	47	(8,6)
	Separada	9	(1,6)
Nivel Académico	Ninguno	1	(0,2)
	Primaria	21	(3,8)
	Secundaria	293	(53,6)
	Superior	232	(42,4)
Edad <sup>a</sup>	Adolescente (< 19 años)	38	(6,9)
	Adulta (20 - 34 años)	359	(65,6)
	Añosa (> 35 años)	150	(27,4)
Total		547	(100)

Nota. <sup>a</sup> Mínimo=14; Máximo=47; Media=29,63; DE=7,677