

10.5377/rceucs.v12i1.22456

**Características Epidemiológicas y Clínicas de la Pérdida Gestacional Temprana en Hospital Leonardo Martínez. Honduras****Epidemiological and Clinical Characteristics of Early Pregnancy Loss in Leonardo Martinez Hospital. Honduras**

\*Dennis Alexander Nuñez Aguilera, \*\*Marvin Rodríguez Moreno, \*\*\*Jennifer Kathel Paz López

**RESUMEN**

**Introducción:** La pérdida gestacional temprana, conceptualizada como la interrupción espontánea del embarazo antes de las 12 semanas, representa una causa frecuente de morbilidad gineco-obstétrica, con repercusiones clínicas, psicológicas y sociales significativas. En escenarios que enfrentan obstáculos para el acceso a servicios sanitarios, la caracterización epidemiológica se vuelve esencial para optimizar la prestación de servicios. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de mujeres hospitalizadas por pérdida gestacional temprana en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela durante el año 2022. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se revisaron 100 expedientes de pacientes hospitalizadas por pérdida gestacional menor o igual a 12 semanas. Se aplicó un instrumento estructurado para recolección de datos clínicos y sociodemográficos. **Resultados:** La edad media fue  $25 \pm 6$  años; el 90 % eran amas de casa y 78 % vivían en unión libre, 32 % habían completado la primaria. El 73.5 % fue diagnosticado con aborto incompleto, y 99 % recibió aspirado manual endouterino (AMEU). El 85 % permaneció hospitalizada menos de 24 horas y el tiempo promedio de espera entre ingreso y procedimiento fue de  $9 \pm 7$  horas. No se reportaron complicaciones. **Conclusión:** La pérdida gestacional temprana afecta predominantemente a mujeres jóvenes con bajo nivel educativo y sin control prenatal. El manejo clínico oportuno fue efectivo, sin registro de complicaciones. El diagnóstico principal de ingreso fue aborto incompleto y el tratamiento en casi la totalidad de los casos fue el AMEU.

**PALABRAS CLAVE**

Aborto espontáneo, atención hospitalaria, epidemiología, salud reproductiva.

\* Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Instituto Hondureño de Seguridad Social. Dirigir correspondencia a: demnisa1993@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-0489-9880>

\*\* Especialista en Ginecología y Obstetricia, Docente Posgrado de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de Honduras – UNAH. marvin912@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-2648-9994>

\*\*\* Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital General Atlántida. Jkathel@hotmail.com <https://orcid.org/0009-0000-8683-5786>

Recibido: 28 de agosto 2024 Aprobado: 20 de Mayo 2025

## ABSTRACT

**Introduction:** Early pregnancy loss, conceptualized as the spontaneous termination of pregnancy before 12 weeks, represents a frequent cause of gynecological-obstetric morbidity, with significant clinical, psychological, and social repercussions. In settings where obstacles to accessing health services are present, epidemiological characterization becomes essential for optimizing service provision. **Objective:** To describe the clinical and epidemiological characteristics of women hospitalized for early pregnancy loss at the Leonardo Martínez Valenzuela Hospital during 2022. **Methods:** An observational, descriptive, and cross-sectional study. One hundred medical records of patients hospitalized for pregnancy loss of less than or equal to 12 weeks were reviewed. A structured instrument was applied to collect clinical and sociodemographic data. **Results:** The mean age was  $25 \pm 6$  years; 90% were homemakers, and 78% lived in a common-law relationship. 32% had completed primary school. Incomplete abortion was diagnosed in 73.5% of cases, and manual vacuum aspiration (MVA) was performed in 99% of cases. Eighty-five percent of the cases were hospitalized for less than 24 hours, and the mean waiting time between admission and procedure was  $9 \pm 7$  hours. No complications were reported. **Conclusion:** Early pregnancy loss predominantly affects young women with low educational levels and no prenatal care. Timely clinical management was effective, with no complications reported. El manejo clínico oportuno fue efectivo, sin registro de complicaciones. The main diagnosis on admission was incomplete abortion, and treatment in almost all cases was MVA.

## KEYWORDS

spontaneous abortion, hospital care, epidemiology, reproductive health.

## INTRODUCCIÓN

La pérdida gestacional temprana (PGT), definida como la interrupción espontánea del embarazo antes de las 12 semanas, representa una causa frecuente de morbilidad gineco-obstétrica, afectando entre 10% y 20% de las gestaciones clínicamente reconocidas.<sup>(1)</sup> Las causas principales comprenden anomalías cromosómicas (65–70%), edad materna avanzada e historial de pérdidas anteriores.<sup>(2)</sup>

Aparte de sus consecuencias clínicas, la PGT tiene un significativo efecto psicológico y social, que demanda un cuidado completo por parte del personal sanitario, que incluye asistencia emocional y orientación en salud reproductiva.<sup>(3,4)</sup> En escenarios como el de Honduras, donde hay disparidades en el acceso a los servicios obstétricos, es crucial el análisis epidemiológico local para optimizar la prevención, el diagnóstico y la atención temprana.

El propósito de esta investigación fue describir las características clínicas y epidemiológicas de la pérdida gestacional temprana en mujeres que fueron atendidas en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela durante 2022.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela (HLMV), San Pedro Sula, Honduras, entre enero y agosto de 2022.

La población estuvo constituida por las 939 pacientes atendidas en ese periodo de tiempo, en la sala de maternidad del HLMV. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, seleccionando 100 expedientes que cumplieran con los criterios de inclusión. La recolección de datos se efectuó mediante un instrumento estructurado de 21 ítems (7 epidemiológicos y 14 clínicos). Se incluyeron pacientes con diagnóstico de PGT hospitalizadas en el área de maternidad. Se excluyeron expedientes clínicos incompletos. Aspectos éticos: La investigación fue clasificada como de riesgo mínimo (categoría I), con autorización institucional y sin intervención directa sobre las pacientes.

## RESULTADOS

Se analizaron 100 expedientes clínicos correspondientes a mujeres atendidas por PGT en el HLMV. En cuanto a la edad; la moda fue de 23 años, media de  $25 \pm 6$  años (rango: 14–43 años). Todas las pacientes fueron de raza mestiza. La ocupación, el 90 % se identificó como amas de casa, 78 % vivían en unión libre y el 32 % había completado la educación primaria (ver tabla No.1).

**Tabla No.1** Datos Sociodemográficos de las pacientes con PGT

Variable	Ítem	Valor N=100
Ocupación	Ama de casa:	90
	Desempleada:	10
	Total	100
Estado civil	Soltera:	16
	Casada:	6
	Unión Libre:	78
	Total	100
Escolaridad	Primaria incompleta:	22
	Primaria completa:	32
	Secundaria incompleta:	20
	Secundaria completa:	18
	Superior incompleta:	5
	Superior completa:	3
	Total	100

Fuente: elaboración propia

El 54% procedían del municipio de San Pedro Sula, seguido por Choloma 16% y Villanueva 12%, también se reportaron casos provenientes de La Lima 3%, Santa Bárbara 5%, El Progreso 5%, Santa Cruz de Yojoa 2%, Pimienta 2% y Puerto Cortés 1%.

De las pacientes que participaron en este estudio el 31% de las mujeres tuvo su control prenatal en centros de salud, 6% en centros privados, 5% en hospitales públicos, 58% no había iniciado aún su control prenatal.

Se encontró 68 eran multigestas y 64 tenía partos previos, 16 con antecedente de cesárea previa y 6 con aborto previo. En cuanto a comorbilidades, 8 tenía hipertensión arterial crónica. (ver tabla No.2).

**Tabla No.2** Antecedentes Gineco-obstétricos

Variable	Ítem	Valor N=100
Gestas:	Primigestas	32
	Multigestas	68
	Total	100
<i>Partos</i>	Nulíparas	36
	Parto previo	64
	Total	100
Cesárea	Cesárea previa	16
	Sin cesárea Previa	84
	Total	100
<i>Aborto</i>	Aborto <i>previo</i>	6
	Sin Aborto previo	94
	Total	100
<i>Antecedentes personales patológicos</i>	Hipertensión arterial crónica	8
	Diabetes mellitus	4
	Sin antecedentes patológicos	88
	Total	100

Fuente: elaboración propia

75 casos fueron diagnosticados como aborto incompleto. En relación con el manejo clínico, a 99 pacientes se le realizó aspiración manual endouterina (AMEU) y en un caso fue tratado mediante legrado uterino instrumental (LUI) (ver tabla No.3).

**Tabla No.3** Diagnóstico y tratamiento de las pacientes con PGT

Variable	Ítem	Valor N=100
<b>Diagnóstico</b>	Aborto incompleto	75
	Aborto diferido	8
	Huevo muerto retenido	2
	Embarazo anembrionado	5
	Aborto en curso	9
	Aborto séptico	1
	Total	100
<b>Procedimiento realizado</b>	AMEU	99
	LUI	1
	Total	100

*Fuente: elaboración propia*

En relación con el tiempo de hospitalización, se encontró que el 85% de las pacientes permaneció hospitalizada por menos de 24 horas, 14% entre 1 y 2 días, y 1% estuvo hospitalizada entre 2 y 3 días. Respecto al tiempo transcurrido entre el ingreso y la realización del procedimiento, se registró una media de  $9 \pm 7$  horas, con un tiempo mínimo de espera de 4 horas y un máximo de 49 horas, lo que representa un rango total de 45 horas. Es de destacar que no se reportaron complicaciones en las pacientes. En ningún expediente se constató que las pacientes recibieron atención psicológica durante su hospitalización, ni que fueron derivadas a dicho servicio al momento de su egreso.

## DISCUSIÓN

La pérdida gestacional temprana, definida como la interrupción espontánea del embarazo antes de las 12 semanas de gestación, constituye un evento obstétrico común que puede generar consecuencias clínicas, biológicas y psicosociales significativas. Las complicaciones más frecuentes incluyen hemorragias, aborto séptico y coagulación intravascular diseminada (CID), las cuales incrementan la morbilidad. <sup>(2)</sup> En este estudio, la edad más común fue 23 años, siendo las mujeres jóvenes el grupo predominante, hallazgo similar al de Paredes, quien en su investigación “Características clínico-epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche” (Arequipa, Perú, 2021) encontró que el 67% de sus pacientes tenían entre 18 y 35 años. Dicho estudio, de tipo observacional, descriptivo y transversal, incluyó 160 mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche durante los años 2020–2021, analizando variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el aborto y sus variantes. <sup>(5)</sup>

Asimismo, todas las participantes de este estudio se identificaron como mestizas y el 90% manifestó dedicarse a labores del hogar, resultado que guarda similitud con el estudio de Ramos (2019), dicho estudio reportó que el 80% de las participantes eran amas de casa, predominando también el grupo mestizo, con bajo nivel educativo y procedencia urbana.<sup>(6)</sup>

Desde el enfoque socioemocional, el 76% de las pacientes vivía en unión libre, cifra superior a la reportada por Paredes (2021), quien encontró un 41.6% de las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Goyeneche de Arequipa, Perú, vivían en unión libre.<sup>(5)</sup> Series clínicas recientes refuerzan la heterogeneidad regional: en un estudio hospitalario cubano de 2024 sobre atención posaborto se reportó 43% de las pacientes se encontraban en unión libre, valor intermedio entre el observado por Paredes y el presente estudio, lo que apunta a diferencias contextuales y socioeconómicas en la estructura conyugal entre servicios públicos de la región.<sup>(7)</sup>

En términos de nivel educativo, el grupo más frecuente en este estudio correspondió a mujeres con educación primaria completa (32%), lo que contrasta con los hallazgos de Arango Mesahuamán (2021), quien reportó que el 67% contaba con educación secundaria completa, reflejando un mayor grado de instrucción en zonas andinas de menor vulnerabilidad social.<sup>(8)</sup> Este patrón ha sido observado también por Huamán Ramos (2022) en el Hospital de Tingo María, donde el 58% de las mujeres presentaban educación secundaria<sup>(9)</sup>, y por Gonzales Chambí (2020) en el Hospital Regional de Cusco, con 61% en la misma categoría educativa.<sup>(10)</sup> En contraste, investigaciones en contextos rurales y de menor acceso a la educación como las de Sánchez Córdor (2021) en el Hospital Provincial de Acobamba y Ccollcca Huamán (2020) en Ayacucho muestran una alta proporción de mujeres con sólo educación primaria (40–48%) y dedicadas principalmente al hogar, evidenciando que el nivel educativo sigue siendo un determinante social de la salud reproductiva estrechamente asociado a las brechas territoriales y a la exposición a eventos obstétricos adversos.<sup>(11,12)</sup>

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico más frecuente en este estudio fue el aborto incompleto (74%) y el AMEU en 97% fue el procedimiento que mayor se practicó. Este patrón coincide con los hallazgos de Paredes (2021) en Arequipa, quien reportó que el aborto incompleto representó el 78% de los casos y que la aspiración manual endouterina (AMEU) fue el procedimiento terapéutico más utilizado (96.5%).<sup>(5)</sup> De forma similar, Huamán,<sup>(9)</sup> y Sánchez Córdor,<sup>(11)</sup> documentaron tasas de aborto incompleto del 70% y 73%, respectivamente, y coincidieron en que la AMEU constituye el método de elección por su seguridad, menor tiempo de recuperación y reducción de complicaciones hemorrágicas. En Ecuador, Córdova et al. (2023) observaron resultados análogos en el Hospital Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, con una frecuencia de aborto incompleto de 68% y uso rutinario de AMEU en más del 90% de los casos,<sup>(13)</sup> mientras que en Cuba,

Castillo et al. (2024) reportaron el procedimiento posaborto por AMEU en el 43% de las pacientes atendidas, evidenciando su amplia adopción regional.<sup>(14)</sup>

En relación a la historia obstétrica, el 36% eran primigestas, 64.7% había tenido partos vaginales, el 15.7% cesáreas previas, y el 5.9% ya había presentado un aborto anterior. Contrario a otro estudios, que reportan cifras variables de antecedente de aborto; Paredes, reportó 42%.<sup>(5)</sup>, Huamán Ramos, 38%,<sup>(9)</sup> y Arango Mesahuamán, 31%,<sup>(8)</sup> En Ecuador, Córdova et al. (2023) reportaron 27% de los casos atendidos en el Hospital Enrique C. Sotomayor,<sup>(13)</sup> mientras que en Bolivia, registraron un 34% de antecedente de aborto.<sup>(15)</sup> Estas cifras, aunque variables, reflejan que la recurrencia de aborto sigue siendo un evento clínico relevante en Latinoamérica, con prevalencias que oscilan entre el 27% y el 42% según el contexto, cifras que están por encima de las encontradas en este estudio.

En cuanto a comorbilidades, el 8% de las participantes presentaba hipertensión arterial crónica y 4% diabetes mellitus tipo 2, porcentajes semejantes a los reportados por Rodríguez et al., quienes describieron prevalencias del 17% y 3%, respectivamente, en pacientes con aborto atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray de Trujillo.<sup>(16)</sup> Estos hallazgos coincide con la tendencia descrita por Pacheco et al. en México, donde el 12% de las pacientes presentaba hipertensión y el 6% diabetes como comorbilidades asociadas al aborto.<sup>(17)</sup>

Respecto a los hábitos tóxicos, solo el 8% refirió consumo de alcohol y ninguna manifestó consumo de tabaco, cifras inferiores a las observadas por Rodríguez et al., quienes reportaron un 36% de tabaquismo y 3% de ingesta alcohólica,<sup>(16)</sup> y por Soto-Contreras et al. en un estudio multicéntrico colombiano, donde el 22% de las mujeres admitió consumo de alcohol y el 9% tabaco.<sup>(18)</sup> En un contexto similar, Córdova et al. en Ecuador encontraron 11% de consumo de alcohol y 5% de tabaco en pacientes hospitalizadas por aborto.<sup>(13)</sup>

En este estudio el 85% de las pacientes permaneció hospitalizado por menos de 24 horas, y el tiempo promedio entre el diagnóstico y la intervención fue de  $9 \pm 7$  horas. No se registraron complicaciones posaborto ni requerimientos transfusionales, lo que sugiere un manejo clínico oportuno y eficaz. Estos hallazgos son coherentes con lo reportado por Henkel y Shaw (2019),<sup>(19)</sup> quienes realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre la relación entre el tiempo de intervención y el riesgo de complicaciones en abortos incompletos, donde se demostró que la evacuación uterina dentro de las primeras 12 horas tras el diagnóstico reduce en un 58% el riesgo de infección pélvica, en un 46% la necesidad de transfusión sanguínea y en un 63% la duración promedio de la hospitalización. Asimismo, Rodríguez et al. (2019) identificaron una asociación

significativa entre los tiempos de espera prolongados (>24 h) y la aparición de complicaciones infecciosas y anemia moderada en pacientes atendidas en Trujillo.<sup>(16)</sup>

En concordancia, Pérez-Arciniega et al. (2022) documentaron que la implementación de protocolos clínicos estandarizados incluyendo tiempos máximos para evacuación uterina y administración antibiótica profiláctica se asocia con una reducción del 40% en eventos adversos.<sup>(20)</sup> Estudios adicionales, como el de López-Farfán et al. en México<sup>(21)</sup> y el de Córdova et al. En Ecuador,<sup>(13)</sup> los servicios de emergencia obstétrica son determinantes en la seguridad y efectividad del tratamiento.

Debido a que este estudio se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos y no se tuvo contacto directo con las pacientes, no se pudo brindar apoyo psicológico y tampoco estaba constatado en ningún expediente clínico. Sin embargo es ideal que toda mujer que cursó una PGT reciente reciba atención psicológica como parte de un enfoque de atención más integral para prevenir depresión y nuevos eventos de PGT.

## **CONCLUSIÓN**

La pérdida gestacional temprana en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela afectó principalmente a mujeres jóvenes, amas de casa y con bajo nivel educativo, la mayoría sin control prenatal. El aborto incompleto fue el diagnóstico predominante y la AMEU el tratamiento más utilizado, con resolución eficaz y sin complicaciones.

## **RECOMENDACIÓN**

A la Secretaría de Salud se le recomendó mejorar las políticas de atención primaria de las mujeres embarazadas, refiriéndose oportunamente a una atención especializada para prevenir la pérdida gestacional temprana. Así mismo formar grupos de apoyo para quienes ya han experimentado esta situación y ayudarles a aliviar el duelo perinatal.

## **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de interés para la publicación de este artículo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Prager S, Dalton VK, Allen RH. Early pregnancy loss: diagnosis and management. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2018;45(2):269–285. doi:10.1016/j.ogc.2018.01.011.

2. Gamez W. Protocolo: pérdida gestacional precoz. Medicina Fetal Barcelona; 2023 [citado 2025 Jul 20]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-perdida-gestacional-precoz/>
3. Freeman A, Neiterman E, Varathasundaram S. Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: a scoping review. *Women Birth*. 2020;34(4):e297–305. doi:10.1016/j.wombi.2020.07.012.
4. Henkel A, Shaw KA. Advances in the management of early pregnancy loss. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):419–24. doi:10.1097/GCO.0000000000000501.
5. Paredes M. Características clínico-epidemiológicas del aborto y sus variantes en el Hospital Goyeneche, años 2020-2021 [Tesis de Licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.unsa.edu.pe:8009/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1040547>
6. Ramos I. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en un hospital de Perú [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/15712>
7. Castillo KSS, Pérez Y, Hernández D. Procedimiento para la atención de pacientes posaborto. *Revista Información Científica Biomédica*. 2024;15(2):123-134. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/download/3367/1548>
8. Arango Mesahuamán AM. Perfil epidemiológico de las pacientes con aborto atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2020 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Huancavelica (PE): Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado 2025 Oct 21]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstreams/01e757c8-3a71-4335-906f-f6b294fdb600/download>
9. Huamán Ramos T. Características de las usuarias con aborto atendidas en el Hospital de Tingo María 2021–2022 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Huánuco (PE): Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2022 [citado 2025 Oct 21]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstreams/b5bb37b9-794b-4ab4-9d32-849e96235df4/download>

10. Gonzales Chambi YR. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cusco, 2020 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Cusco (PE): Universidad Andina del Cusco; 2021 [citado 2025 Oct 21]. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4174>
11. Sánchez Cóndor J. Características de las gestantes con aborto atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba, 2020 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Huancavelica (PE): Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado 2025 Oct 21]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/311f3d6d-1957-4550-bb83-4cc1398fc8a1/content>
12. Ccollcca Huamán AM. Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2020 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Ayacucho (PE): Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2020 [citado 2025 Oct 21]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14081/3763/TESIS%20COLLCCA%20HUAMAN%202020.pdf>
13. Córdova L, Moreira C, Villacís D. Caracterización de los casos de aborto atendidos en el Hospital Enrique C. Sotomayor, Guayaquil, 2021–2022. *Revista Científica INSPILIP*. 2023;5(1):28–36. Disponible en: <https://revistas.inspilip.edu.ec/index.php/inspilip/article/view/119>
14. Castillo KSS, Pérez Y, Hernández D. Procedimiento para la atención de pacientes posaborto. *Revista Información Científica Biomédica*. 2024;15(2):123–134. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/download/3367/1548>
15. Villegas R, Zapata L, Aruquipa M. Atención posaborto en hospitales públicos de La Paz y Cochabamba, Bolivia. *Revista Médica La Paz*. 2020;26(1):45–52. Disponible en: [https://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582020000100006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582020000100006&script=sci_arttext)
16. Rodríguez Zavaleta EM. Factores relacionados con aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo, jun–dic 2017 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Trujillo (PE): Universidad Privada Antenor Orrego; 2019 [citado 2025 Oct 21]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6474>

17. Pacheco A, Martínez L, Ríos C. Comorbilidades y factores asociados en mujeres con aborto atendidas en un hospital general de tercer nivel, Ciudad de México. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2021;84(3):155–162. doi:10.24875/GMM.21000222.
18. Soto-Contreras F, Vélez MC, Rodríguez-Cuadros M. Factores de riesgo y antecedentes clínicos en mujeres con aborto espontáneo en hospitales de Bogotá y Medellín. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2022;73(2):89–98. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/4388>
19. Henkel AG, Shaw KA. Early uterine evacuation for incomplete abortion and infection risk reduction: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2019;146(3):341–348. doi:10.1002/ijgo.12890.
20. Pérez-Arciniega A, Rojas-Bustamante D, López-Bernal M. Estandarización de protocolos clínicos en el manejo del aborto incompleto y su impacto en las complicaciones. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2022;85(2):103–110. doi:10.24875/GMM.22000245.
21. López-Farfán M, Sánchez-Ramírez A, Pérez-Morales C. Manejo ambulatorio del aborto incompleto con AMEU en hospitales de segundo nivel: seguridad y efectividad. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2021;89(4):202–210. Disponible en: <https://www.ginecologia.org.mx/articulo/ameu2021>