UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana

Factores asociados al aborto retenido en pacientes sometidas a AMEU por aborto espontáneo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero a julio 2025

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor.

Alexandra Liztel Valdez Calderon

Alvaro Joseph Osorio Idrogo

Asesor:

Dr Anderson N. Soriano Moreno

Lima, octubre de 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE ARTICULO

Yo Anderson N. Soriano Moreno, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“Factores asociados al aborto retenido en mujeres tratadas mediante aspiración manual endouterina por aborto espontáneo”** de los autores Alexandra Liztel Valdez Calderon y Alvaro Joseph Osorio Idrogo tiene un índice de similitud de 11% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de lima, a los 23 días del mes de septiembre del año 2026



NOTARIA LAMBAYEQUE
LOS BUSSERÍOLES 2085
COYALO DE SANTA ANITA
SANTA ANITA - LIMA 43
362-4545

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 01 día(s) del mes de octubre del año 2026, siendo las 16:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a): Mg. Jercma Soto Benjamin, el (la) secretario(a): Mtra. Yavi Garcia Deysi Karol, y los demás miembros: Mc. Jaimes Soncco Ruben Maxcerlo, y el (la) asesor(a) Mtro. Somno Karem Anderson Nelver Elias con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: "Factores asociados al aborto retenido en mujeres tratados mediante aspiración manual endouterina por aborto espontaneo", de los (las) bachilleres:

a) Alexandra Liztel Valdez Calderon

b) Alvaro Joseph Osorio Idrogo

c)

conducente a la obtención del título profesional de: Médico Cirujano

(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Alexandra Liztel Valdez Calderon

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	16	B	Bueno	Muy Bueno

Bachiller (b): Alvaro Joseph Osorio Idrogo

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	16	B	Bueno	Muy Bueno

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a

Secretario/a

Asesor/a

Bachiller (a)

Miembro

Bachiller (b)

Miembro

Bachiller (c)

Agradecimientos

A Dios, por acompañarme y darme fortaleza durante este camino, a mi familia, por su amor, apoyo y confianza incondicional, y por estar a mi lado en cada etapa de este proceso, a mis docentes y asesores, por sus enseñanzas, orientación y valiosos aportes que hicieron posible la realización de esta investigación, finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la culminación de este trabajo y a alcanzar una meta tan importante en mi formación profesional.

Índice

RESUMEN ____ ***6***

ABSTRACT ____ ***7***

INTRODUCCION ____ ***7***

METODOLOGIA ____ ***8***

Diseño, población y muestreo ____ **8**

Variables ____ **8**

Análisis estadístico ____ **9**

Aspectos éticos ____ **9**

RESULTADOS ____ ***9***

Análisis descriptivo ____ **9**

Análisis bivariado ____ **10**

Análisis de regresión ____ **10**

DISCUSIÓN ____ ***10***

Conclusión ____ **12**

REFERENCIAS ____ ***14***

TABLAS ____ ***16***

EVIDENCIA DE SUMISION ____ ***19***

RESOLUCIÓN ____ ***20***

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA ____ ***21***

INSTRUMENTOS ____ ***22***

Factores asociados al aborto retenido en mujeres tratadas mediante aspiración manual endouterina por aborto espontáneo

Factors associated with missed abortion among women undergoing manual vacuum aspiration in Peru

Alexandra Liztel Valdez-Calderon[1], Álvaro Osorio-Idrogo[1], Anderson N. Soriano-Moreno[1,2]

1. Clinical and Epidemiological Research Unit, School of Medicine Universidad Peruana Unión, Lima, Perú
2. Graduate School of Public Health, Master of Public Health Program, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Autor corresponsal
Anderson N. Soriano-Moreno
Escuela de Medicina
Universidad Peruana Unión, Lima, Perú
Carretera Central Km 19.5 Ñaña
andersonsoriano@upeu.edu.pe

RESUMEN

Introducción: El aborto retenido es una forma de perdida gestacional temprana en la que se produce la interrupción de la evolución del embarazo, y los productos de la concepción permaneces dentro de la cavidad uterina. Su correcto diagnóstico y manejo oportuno son importantes para prevenir complicaciones y malos manejos en las pacientes. Sin embargo, la evidencia sobre los factores que se asocian específicamente al aborto retenido en pacientes sometidas a aspiración manual endouterina (AMEU) es limitada, especialmente en el contexto peruano. Este estudio tuvo el objetivo de determinar los factores asociados al aborto retenido frente al aborto completo o incompleto en mujeres sometidas a aspiración manual endouterina por aborto espontaneo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero-julio 2025

Métodos: Se realizó un estudio transversal, basado en la revisión retrospectiva de historias clínicas. La población fueron mujeres sometidas a AMEU por aborto espontaneo. Las pacientes fueron clasificadas según el diagnóstico de aborto retenido o aborto completo/incompleto. Se evaluaron factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y antecedentes patológicos maternos. Los factores asociados se determinaron mediante regresión de Poisson con varianza robusta.

Resultados: Analizamos datos de 388 mujeres. El aborto retenido tuvo una prevalencia de 17.8% mientras que el 82.2% presentó aborto completo o incompleto. En el análisis multivariado observamos que, a comparación de las mujeres entre 18 y 29 años, las mujeres menores de 18 años (RP ajustada: 1.98; IC95%: 1.10–3.55) y las mujeres ≥ 35 años (RP: 1.83; IC95%: 1.03–3.24) presentaron una mayor prevalencia de aborto retenido. Asimismo, las mujeres procedentes fuera de Lima también presentaron una mayor prevalencia (RP ajustada: 1.58; IC95%: 1.03–2.43) o aquellas con enfermedades autoinmunes (RP: 4.75; IC95%: 2.18–10.38) también tuvieron una mayor prevalencia de aborto retenido, a comparación de aquellas que provenían de Lima o no tuvieron enfermedades autoinmunes, respectivamente.

Conclusión: El aborto retenido se asoció con la edad materna, la procedencia y la presencia de enfermedades autoinmunes en mujeres sometidas a AMEU por aborto espontaneo. Estos hallazgos obtenidos aportan evidencia reciente sobre características asociadas al aborto retenido en un hospital de referencia de Lima y resaltan la necesidad de estudios con mayor población, en diferentes contextos y con mayor caracterización de factores.

Palabras clave: aborto; aspiración manual endouterina; AMEU; factores asociados; aborto retenido; salud materna.

ABSTRACT

Introduction: Missed abortion is a form of early pregnancy loss characterized by the cessation of pregnancy progression, with the products of conception remaining within the uterine cavity. Accurate diagnosis and timely management are crucial to preventing complications and suboptimal care. However, evidence regarding factors specifically associated with missed abortion in patients undergoing manual vacuum aspiration (MVA) is limited, particularly in the Peruvian context. This study aimed to identify factors associated with missed abortion—as opposed to complete or incomplete abortion—in women undergoing MVA for spontaneous abortion at the Hipólito Unanue National Hospital between January and July 2025.

Methods: A cross-sectional study was conducted based on a retrospective review of medical records. The study population consisted of women who underwent MVA for spontaneous abortion. Patients were classified according to their diagnosis: missed abortion or complete/incomplete abortion. Sociodemographic characteristics, obstetric-gynecologic history, and maternal medical history were evaluated. Associated factors were determined using Poisson regression with robust variance.

Results: Data from 388 women were analyzed. The prevalence of missed abortion was 17.8%, while 82.2% of cases were classified as complete or incomplete abortion. Multivariate analysis revealed that, compared to women aged 18–29, those under 18 (adjusted PR: 1.98; 95% CI: 1.10–3.55) and those aged ≥35 (PR: 1.83; 95% CI: 1.03–3.24) exhibited a higher prevalence of missed abortion. Likewise, women from outside Lima (adjusted PR: 1.58; 95% CI: 1.03–2.43) and those with autoimmune diseases (PR: 4.75; 95% CI: 2.18–10.38) showed a higher prevalence of missed abortion compared to those from Lima or those without autoimmune diseases, respectively.

Conclusion: Missed abortion was associated with maternal age, place of origin, and the presence of autoimmune diseases in women undergoing MVA for spontaneous abortion. These findings provide recent evidence regarding characteristics associated with missed abortion at a referral hospital in Lima and highlight the need for studies involving larger populations, different settings, and more detailed characterization of factors.

Keywords: abortion; manual vacuum aspiration; MVA; associated factors; missed abortion; maternal health.

INTRODUCCION

El aborto espontaneo es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo temprano y es uno de los problemas más importantes de la salud pública y reproductiva a nivel mundial. Se estima que ocurren aproximadamente 23 millones de abortos espontáneos cada año a nivel mundial significando un 15.3% entre los embarazos clínicamente diagnosticados. Además de causar la pérdida del embarazo, el aborto espontáneo puede generar consecuencias físicas, psicológicas y económicas de las pacientes que lo sufren (1).

Se han identificado diversos factores asociados al aborto espontaneo, entre los que se encuentra características maternas, factores sociodemográficos y patologías. La evidencia epidemiológica ha descrito variaciones en el riesgo según la edad materna, características sociales y geográficas. También han sido asociados al riesgo de aborto espontáneo factores como el estado de salud materno, sus antecedentes obstétricos y presencia de enfermedades concomitantes.(1–3) Asimismo, otras investigaciones mencionan que determinadas enfermedades autoinmunes como las asociadas a anticuerpos antifosfolípidos se ha relacionado con un mayor riesgo de pérdida fetal (4).

Dentro de las pérdidas tempranas del embarazo el aborto retenido es un tipo de aborto en la que el embarazo ha dejado de evolucionar, en el que ya no es viable pero la expulsión espontánea de los productos uterinos no ha ocurrido. El diagnóstico clínico se establece mediante una imagen ecográfica que permite confirmar la ausencia de evolución embrionaria, o ausencia de actividad cardiaca en un embarazo intrauterino. En contraste el aborto incompleto ocurre cuando la expulsión del contenido uterino es parcial,

mientras que el aborto completo se caracteriza por la expulsión total de los productos de la concepción, sin ningún tejido retenido en la cavidad uterina. Estos tipos de aborto presentan diferencias clínicas y diagnosticas relevantes, la confirmación diagnóstica temprana es fundamental, debido a que un error en el diagnóstico puede conducir a procedimientos innecesarios llevando a comprometer la vida del embrión, mientras que un diagnóstico tardío puede retrasar un tratamiento adecuado causando incertidumbre en la paciente y posibles complicaciones como; infecciones las cuales pueden diferenciarse en sepsis o endometriosis, hemorragia severa, coagulopatías, daño uterino, etc. (5,6)

Se evidencia estudios previos en los cuales se han identificado diversos factores asociados al aborto, estudios internacionales describen asociación entre el aborto retenido y características maternas, antecedentes reproductivos y condiciones clínicas. Un estudio retrospectivo internacional encontró que la edad materna >30 años y un índice de masa corporal >24kg/m2 fueron factores asociados independientes para el aborto retenido, y en el análisis univariado mostraron asociación otras características gineco obstétricas.(7,8) Asimismo, en Perú un estudio de casos y controles realizado en el Hospital II-1 Tocache identifico como factores asociados al aborto retenido la diabetes, la infección urinaria, los miomas, la edad avanzada, el antecedente de aborto y también características sociodemográficas (9). Además, un estudio reciente sobre el aborto retenido durante el primer trimestre evidencio asociación con factores maternos, como la edad, la obesidad y diabetes, reforzando la naturaleza multifactorial que influye esta condición. (10)

No obstante persiste la brecha de conocimiento específicamente en la población con diagnóstico de aborto retenido, el presente estudio tiene un diseño transversal retrospectivo y a diferencias a los estudios anteriormente mencionados, tiene como objetivo determinar la asociación entre factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y antecedentes patológicos maternos en pacientes con el diagnóstico de aborto que fueron sometidas al procedimiento de AMEU, clasificándolas en aborto retenido vs completo/incompleto, en un Hospital de referencia Nivel III-I en Lima Este, éste estudio se realizó en un contexto temporal reciente en el periodo de enero a Julio del 2025, brindando evidencia reciente en una población heterogénea.

METODOLOGIA

Diseño, población y muestreo

Se realizo un estudio transversal, basado en la revisión retrospectiva de las historias clínicas de mujeres sometidas a aspiración manual endouterina en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero y julio de 2025. El Hospital Nacional Hipólito Unanue, el cual es un hospital público nivel III-I, en el cual su área de influencia corresponde principalmente a Lima Este, el boletín institucional más reciente refiere que el hospital abarca a una población que supera los 2 millones y atiende semestralmente de 280 mil pacientes y 20 mil pacientes netamente relacionadas al área de ginecología y obstetricia de personas procedentes de: El agustino, Ate Vitarte, San Juan de Lurigancho, Santa Anita, La molina, Cieneguilla, Cercado de Lima, Lurigancho y Pachacamac, considerado como Hospital de referencia de otros hospitales de menor nivel como: Hospital de Vitarte, Hospital Nacional Agurto Tello, Hospital Huaycán, más del 50% de los paciente atentados cuenta con un nivel socioeconómico bajo. (11,12). La población estuvo conformada por las historias clínicas de las pacientes atendidas con el diagnóstico de aborto y sometidas a AMEU durante el periodo mencionado. Se empleo un muestreo no probabilístico de tipo censal, incluyendo un total de 388 historias que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el proyecto.

Variables

La variable dependiente fue el aborto retenido, el cual fue definido a partir del diagnóstico registrado en la historia clínica. Para el análisis las pacientes fueron clasificadas en dos grupos; aborto retenido con CIE 10 O02.1 y aborto incompleto con CIE 10 O03.1 o aborto completo con CIE 10 O03.9.

Las variables independientes son los factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y procedencia), los factores gineco-obstétricos (edad gestacional, numero de gestaciones previas, abortos previos, partos previos, uso y tipo de anticonceptivos) y los antecedentes patológicos maternos (enfermedades endocrinas, enfermedades autoinmunes, trastornos de la coagulación y enfermedades infecciosas).

Las variables fueron registradas en la ficha de recolección de datos basada en las historias clínicas Gineco Obstétricas las cuales se distinguen de todas las otras especialidades en el hospital, se registró de acuerdo a cada categoría mencionada anteriormente Previamente se solicitó autorización por medio de mesa de partes a la oficina de docencia y comité de ética del hospital en el cual se evaluó el proyecto con su posterior aceptación, posteriormente se realizó otra solicitud al director del hospital para proceder con el estudio el cual otorgo una carta de autorización, seguido de esto se envió otra solicitud por mesa de partes para que el área de estadística e informática nos brindara la lista de las historias clínicas con el diagnóstico mencionado, ya con dicha lista se llevó a archivo donde se coordinó con el encargado distintas fechas para poder realizar la revisión de las historias clínicas. posterior a las autorizaciones correspondientes se solicitó las historias gineco-obstétricas con el diagnóstico de AMEU al área de archivo del hospital, se acudió durante una semana para la revisión de las historias durante el mes de junio del 2026, los datos recolectados fueron llenados en la ficha de recolección datos de acuerdo con las variables contempladas en el estudio.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en el programa R versión 4. Las variables fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas. Comparamos los factores sociodemográficos, factores ginecológicos y antecedentes patológicos maternos según la variable dependiente, y se empleó la prueba de Chi cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher. Posteriormente se crearon modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia e intervalos de confianza al 95% crudas y ajustadas. Para la construcción del modelo ajustado se consideraron las variables que presentaron un valor de P <0.20 en el análisis bivariado y adicionalmente ingresó la variable de semanas de gestación al diagnóstico dado que se consideró como una variable confusora importante. Aquellas variables que obtuvieron un valor p<0,05 se consideró como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

El estudio fue realizado previa aprobación de las instituciones correspondientes. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Unión con la resolución N° 2026-CEB-FCS - UPeU-N° 117 y por el Comité de Ética del Hospital Nacional Hipólito Unanue con la resolución N° 132-2026-DG-OADI N° 048-HNHU, También se solicitó autorización institucional del Hospital Hipólito Unanue para la revisión de historias clínicas. Por tratarse de un estudio retrospectivo basado en registros secundarios no se utilizó consentimiento informado individual. No se recolectaron datos personales, y los datos clínicos tomados fueron tratados con la confidencialidad y anonimización correspondiente y fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación, respetando los principios de Helsinki

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Se analizaron datos de 388 participantes. El grupo etario más frecuente fue el de 18–29 años (38.4%), seguido de las mujeres de ≥35 años (27.1%). La mayoría tenía educación primaria o secundaria (76.3%), 59.5% tenía pareja y 69.6% procedía de Lima. Asimismo, el 44.6% presentó una edad gestacional de 1–4 semanas, el 39.2% reportó al menos un aborto previo y el 66.0% tuvo uno o más partos previos. La mayoría no utilizaba anticonceptivos (74.0%) ni presentaba enfermedades endocrinas (91.2%), mientras que las enfermedades autoinmunes (1.0%), los trastornos de coagulación (1.3%) y las enfermedades infecciosas (1.8%) fueron poco frecuentes. Finalmente, el 17.8% de las participantes presentó aborto retenido, mientras que el 82.2% presentó aborto completo o incompleto (Tabla 1).

Análisis bivariado
El aborto retenido fue más frecuente en las mujeres menores de 18 años (25.8%) y en aquellas de 35 años o más (25.7%), en comparación con las de 18–29 años (12.1%) y 30–34 años (10.3%) (p = 0.004). Asimismo, la proporción de aborto retenido fue mayor entre las participantes con educación primaria/secundaria (20.3%) que entre aquellas con educación universitaria (9.8%, p = 0.022), y entre las procedentes de fuera de Lima (25.4%) en comparación con las residentes de Lima (14.4%, p = 0.009). Además, las mujeres con enfermedades autoinmunes presentaron una mayor frecuencia de aborto retenido (75.0%) que aquellas sin esta condición (17.2%, p = 0.019). No se observaron diferencias estadísticamente significativas para las demás características evaluadas (Tabla 2).

Análisis de regresión
En el análisis multivariado, las mujeres menores de 18 años presentaron una prevalencia de aborto retenido 1.98 veces mayor que aquellas de 18–29 años (RP = 1.98; IC 95%: 1.10–3.55). De manera similar, las mujeres de 35 años o más tuvieron una prevalencia 1.83 veces mayor de aborto retenido (RP = 1.83; IC 95%: 1.03–3.24). Asimismo, las participantes procedentes de fuera de Lima presentaron una prevalencia 1.58 veces mayor de aborto retenido en comparación con las residentes de Lima (RP = 1.58; IC 95%: 1.03–2.43). Finalmente, las mujeres con enfermedad autoinmune presentaron una prevalencia 4.75 veces mayor de aborto retenido que aquellas sin esta condición (RP = 4.75; IC 95%: 2.18–10.38) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

En este estudio evaluamos los factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos asociados al diagnóstico de aborto retenido, en comparación con aborto completo o incompleto, en mujeres sometidas a aspiración manual endouterina por aborto en un Hospital de referencia en Lima Perú. Encontramos que la prevalencia de aborto retenido fue de 17.8%, mientras que el 82.2% presentó aborto completo o incompleto. En el análisis multivariado, las mujeres menores de 18 años y aquellas de 35 años o más, las procedentes de fuera de Lima y las que presentaban enfermedades autoinmunes mostraron una mayor prevalencia de aborto retenido en comparación con las categorías de referencia. Estos resultados sugieren que características sociodemográficas o clínicas pueden diferenciar la presentación de aborto retenido u otras formas clínicas de aborto espontaneo en mujeres sometidas a AMEU.

El aborto retenido se presentó en el 17.8% de las mujeres, esta proporción fue menor en comparación a contextos latinoamericanos. En Brasil un estudio realizado en un hospital público entre 2019 y 2024 encontró que el aborto retenido representó el 48.9% de los casos registrados como aborto espontáneo, sin embargo, en dicho estudio abarca a todas las pacientes con aborto, sin mencionar el manejo; ya sea por AMEU, legrado Uterino o manejo conservador vía oral, por eso la diferencia estadística al compararlo con nuestro trabajo. (13). Otro estudio hecho en Chiclayo realizado en el año 2018 en el que se evaluó a 73 menores de edad con el diagnóstico de aborto espontáneo, encontró una prevalencia del 4.11% con el diagnóstico clínico de aborto retenido.(14) En nuestro estudio se realizó la comparación entre mujeres sometidas a AMEU, y se identificaron las características relacionadas con una mayor prevalencia de aborto retenido frente al aborto completo o incompleto. En el Perú la evidencia es limitada y los estudios encontrados corresponden a poblaciones hospitalarias seleccionadas. Por ello se requieren más estudios en Perú y Latinoamérica, que se enfoquen en estudiar factores en poblaciones más amplias que reciban diferentes manejos, para estimar con mayor precisión la frecuencia de aborto retenido y facilitar comparaciones en diferentes contextos sanitarios.

La edad materna mostró diferencias en la presentación de aborto retenido frente al aborto completo o incompleto. En el análisis multivariado se encontró una asociación con el aborto retenido, se observó una mayor prevalencia en menores de 18 años y mayores de 35 años en comparación con aquellas de 18 a 29 años, es decir se observó más frecuencia en los extremos de la edad reproductiva. Este patrón observado es consistente con un estudio realizado en Brasil en el que el aborto retenido predomino entre las adolescentes y mujeres de 35 años en adelante, mientras que el aborto espontáneo fue más frecuente en las mujeres entre 16 a 34 años (13). Por otro lado, un estudio internacional reciente encontró que la edad mayor de 35 años se asoció independientemente con este diagnóstico (OR ajustada 4.23; IC95% 2.10–

8.52) (10). Una posible explicación para para que la prevalencia sea mayor en las mujeres de 35 años a mas es el incremento de alteraciones cromosómicas embrionarias asociadas con la edad materna. En mujeres con aborto retenido se ha presentado una frecuencia elevada de alteraciones cromosómicas sobre todo en pacientes con edades maternas avanzadas, mientras que estudios que evalúan perdida gestacionales también identifican un incremento de alteraciones cromosómicas en edades avanzadas (15–17). Contrariamente en las adolescentes una probable explicación es que la inmadurez biológica uterina provoca una remodelación vascular restringida la cual conlleva a síndromes obstétricos mayores, dentro de los cuales se encuentra también el aborto y desprendimiento de la placenta. (18) Estos resultados sugieren que la edad materna es un factor relevante en la presentación del aborto retenido, tanto en la población adolescente como en mujeres mayores a 35 años.

La procedencia fuera de Lima se asoció de manera independiente a una mayor prevalencia de aborto retenido frente al aborto completo o incompleto. Se presentó una frecuencia del 25.4% frente a un 14.4% de pacientes provenientes de Lima (RP ajustada: 1.58; IC95%: 1.03–2.43). Este hallazgo tiene cierta concordancia con evidencia peruana previa, aunque las variables utilizadas son diferentes. En el Hospital II-1 Tocache encontraron que la procedencia de una zona rural se asoció al aborto retenido con un OR: 2.4, junto con otras características con indicadores de pobreza y un nivel educativo bajo (9). Asimismo, una investigación realizada en el Hospital Ángel Higa Arakaki – Satipo mostró que mayor parte de sus pacientes atendidas por aborto provenían de zonas rurales, aunque el estudio fue solo descriptivo por lo que no permitió realizar una asociación entre procedencia y el tipo de aborto.(19) Estos hallazgos pueden sugerir que las características sociodemográficas pueden tener un papel en la prevalencia del aborto retenido. Sin embargo, en el presente estudio el factor fuera de Lima no necesariamente quiere decir que provenga de una zona rural como se menciona en estos estudios. Este hallazgo debe considerarse como exploratorio ya que la evidencia disponible de una asociación entre la procedencia y el aborto retenido es muy limitada, es necesario nuevas investigaciones en la que se evalúen más factores y también las diferentes procedencias de acuerdo a las características geográficas y sociales de las pacientes asociadas al aborto retenido frente al aborto completo o incompleto.

Las enfermedades autoinmunes se asociaron con una mayor presentación de abortos retenidos en comparación con las mujeres sin estas enfermedades. En nuestro estudio el 75.0% de las mujeres con enfermedad autoinmune presento aborto retenido, frente al 17.2% de aquellas sin antecedentes, y esta diferencia se observa en el análisis ajustado con un RP: 4.75; IC95%: 2.18–10.38. Este hallazgo es consistente con algunas evidencias que asocian algunas enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso (LES) y el síndrome antifosfolipídico (SAF) con un mayor riesgo de pérdida temprana gestacional. Un metaanálisis reciente incluyo 30 estudios y 5234 mujeres LES encontró que la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos se asociaba a mayor riesgo de pérdida fetal, sobre todo en pacientes con anticuerpos anticardiolipina y anti-β2-glicoproteina. (4) Asimismo, otro metaanálisis encontró un riesgo mayor de pérdida gestacional en mujeres con SAF. Una posible explicación es que estas enfermedades pueden alterar la función vascular y placentaria mediante procesos trombóticos, inflamatorios, alteraciones en la implantación y perfusión uteroplacentaria, estos procesos pueden influir en la pérdida del embarazo y en algunos casos la permanencia del contenido uterino dentro de la cavidad. (20) Sin embargo, los estudios mencionados se refieren específicamente a la probabilidad de pérdida fetal o aborto espontáneo, no específicamente la diferencia entre el aborto retenido y aborto completo o incompleto, por lo que éste estudio se consideraría como evidencia preliminar, cabe mencionar que la población del estudio es de 4 mujeres con una enfermedad autoinmune, y tres de ellas presentaron aborto retenido, lo que genera una estimación con una amplitud limitada y aumenta la posibilidad de inestabilidad estadística. Por ello, aunque nuestro hallazgo sugiere una relación entre las enfermedades autoinmunes y el aborto retenido, se necesitan estudios con un mayor tamaño muestral, también una clasificación de las enfermedades autoinmunes, entre ellas las más comunes LES y SAF y tomando estas características se debería crear mas evidencia conde relación al aborto retenido, completo, incompleto y otros tipos de aborto.

En contraste con los factores mencionados no se observaron diferencias estadísticas en la prevalencia del aborto retenido frente al aborto completo o incompleto según la edad gestacional, el numero de gestaciones previas, los abortos previos, los partos previos, el uso de anticonceptivos, las enfermedades endocrinas, los trastornos de coagulación y las enfermedades infecciosas. Estos resultados indican que no

todas las a características estaban asociadas con el diagnostico de aborto retenido, especialmente variables gineco-obstétricas como las gestaciones y partos previos, no mostraron asociación estadísticamente significativa, por lo que no pueden afirmarse que estas a características diferencien la presentación de aborto retenido vs completo o incompleto en nuestra población. Debe considerarse que algunas condiciones clínicas fueron poco frecuentes, lo que limitaba el análisis estadístico de identificar asociaciones.

El presente estudio tiene algunas limitaciones, que se deben considerar al momento de interpretar los resultados. Primero, debido al diseño retrospectivo basado en la revisión de historias clínica. La información estuvo condicionada a la calidad de llenado y disponibilidad de las historias clínicas, dependiendo de que la información de las variables haya sido correctamente registradas y completas. Segundo, el estudio fue realizado en un único hospital y la población fueron mujeres que fueron sometidas a AMEU por lo que los resultados no son generalizables a mujeres de otros contextos. Finalmente, algunas patologías clínicas tuvieron poca frecuencia en el estudio, por ejemplo, las enfermedades autoinmunes que solo tuvimos 4 pacientes, por lo que la magnitud de la asociación observada debe interpretarse con cautela.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra la inclusión censal de las historias clínicas que cumplieron los criterios de selección durante el periodo del estudio, lo que permitió analizar una población hospitalaria de 388 participantes. De la misma manera el estudio evaluó un grupo amplio de factores sociodemográficos, gineco-obstétricos, y antecedentes patológicos maternos lo que permitió realizar un análisis multivariado para estimar asociaciones ajustadas y reducir el efecto potencial de variables de confusión. Finalmente, el presente estudio aporta evidencia reciente sobre el aborto retenido en pacientes sometidas a AMEU en un Hospital de Lima, siendo una población en la que la evidencia es limitada a nivel nacional.

Los resultados obtenidos tienen implicancias clínicas y epidemiológicas, el hallazgo de que las mujeres menores de 18 años y mayores de 35 tienen una prevalencia mayo de abortos retenidos, también las pacientes procedentes fuera de Lima al presentar una mayor frecuencia de abortos retenidos a comparación de Lima, recalca la importancia de una cuidadosa valoración clínica de las pacientes atendidas por aborto espontáneo. Asimismo, la asociación observada de las enfermedades autoinmunes con el aborto retenido, resalta la importancia de una buena anamnesis sobre los antecedentes patológicos y darle la debida importancia, aunque es un dato que se debe manejar con cuidado al tener un número reducido de pacientes con dicho antecedente. Hablando epidemiológicamente los resultados obtenidos aportan evidencia reciente sobre los factores asociados al aborto retenido en pacientes sometidas a AMEU en un hospital de Lima, puede servir como evidencia para futuros estudios. Estos hallazgos no deben tomarse como criterios diagnósticos ni como factores predictivos individuales, si no como evidencia inicial que podrá ser corroborada por estudios posteriores.

Se recomienda hacer estudios con un mayor tamaño muestral, multicéntrico que permita evaluar los factores que influyen en el aborto retenido frente al aborto completo o incompleto en diferentes poblaciones y establecimientos sanitarios. También sería recomendable realizar estudios prospectivos, para evaluar de forma más completa otros factores que pueden asociarse al aborto retenido. Debido a la baja muestra de pacientes con enfermedades autoinmunes, en futuras investigaciones se debería clasificar las enfermedades incluidas como el SAF y LES, y también se podrían evaluar los marcadores clínicos y laboratoriales, o exámenes de imagen para tener una visión más amplia de los factores asociados al aborto retenido.

Conclusión

En conclusión, encontramos evidencia de que, entre las mujeres que acudieron por aborto espontáneo y se les realizó AMEU, el aborto retenido presento una prevalencia de 17.8%, mientras que el 82.2% correspondió a aborto completo o incompleto. En el análisis multivariado se encontró que las pacientes menores de 18 años y las mayores de 35 años, las pacientes procedentes fuera de Lima y las que tienen el antecedente de enfermedad autoinmune presentan mayor prevalencia de un aborto retenido en comparación con aborto completo o incompleto. Ninguno de los factores gineco-obstétricos mostró

asociación estadística significativa con el diagnóstico de aborto retenido. Esto sugiere que existen factores sociodemográficos y antecedentes patológicos maternos que podrían mostrar mayor asociación con el aborto retenido frente al aborto completo o incompleto en mujeres sometidas a AMEU. Sin embargo, es importante mencionar que la asociación observada para la enfermedad autoinmune al presentar una población pequeña debe ser tratada con cautela. Se requiere más evidencia que sea multicéntrica con mayores poblaciones y en diferentes contextos hospitalarios, también mejorar la caracterización de los factores y estudiar diferentes tipos de aborto.

REFERENCIAS

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podesek M, Stephenson MD, Fisher J. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Lancet. 2021;397:1658–1667. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00682-6.

2. Kalla A, Loucif L, Yahia M. Miscarriage risk factors for pregnant women: a cohort study in eastern algeria's population. J Obstet Gynaecol India. 2022;72:109–120. doi: 10.1007/s13224-021-01564-0.

3. Tong F, Wang Y, Gao Q, Zhao Y, Zhang X, Li B. The epidemiology of pregnancy loss: global burden, variable risk factors, and predictions. Hum Reprod. 2024;39:834–848. doi: 10.1093/humrep/deae008.

4. Huang J, Zhu Q, Wang B, Wang H, Xie Z, Zhu X. Antiphospholipid antibodies and the risk of adverse pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. Expert Rev Clin Immunol. 2024;20:793–801. doi: 10.1080/1744666X.2024.2324005.

5. David M, von Ahsen N, Alkatout I, Bahlmann F, Fehr PM, Hancke K. Early pregnancy loss in the 1st trimester: Geburtshilfe Frauenheilkd. 2025;85:282–310. doi: 10.1055/a-2466-2778.

6. Pymar H, Waddington A, Prager S, Shorter J, Thomas J. Guideline No. 460: Diagnosis and Management of Intrauterine Early Pregnancy Loss. J Obstet Gynaecol Can. 2025;47 Suppl 1:102914. doi: 10.1016/j.jogc.2025.102914.

7. Jiang WZ, Yang X-L, Luo J-R. Risk factors for missed abortion: retrospective analysis of a single institution's experience. Reprod Biol Endocrinol [Internet]. 2022 [cited 2026 Aug 8];20. doi: 10.1186/s12958-022-00987-2.

8. Mendoza Pahuara JL. Factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el hospital Amazónico periodo, Enéro 2015 a Diciembre 2016 [Tesis]. [Ica, Perú]: Universidad Alas Peruanas; 2018.

9. Espinoza Colloapaza YP. Factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de gíneco obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín, 2016. [Internet] [Tesis]. [San Martín, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2017 [cited 2026 Aug 8]. Available from: https://hdl.handle.net/20.500.13080/2249.

10. Haripriya S, Pavithra M, Meena TS, Vidhya S. Association of maternal risk factors with first-trimester missed abortion: a cross-sectional study. Cureus. 2025;17. doi: 10.7759/cureus.100503.

11. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Revista Hipolitana [Internet]. Lima, Perú: Hospital Nacional Hipolito Unanue; 2024 [cited 2026 Aug 15]. Available from: https://fliphtml5.com/fwwsq/hxrh/Revista_HNHU_-_Primer_Trimestre_2024/.

12. Benites Chuman IM. Perfil epidemiológico de infección por SARS-CoV-2 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, abril a junio del 2020, Lima-Perú [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021 [cited 2026 Aug 15]. Available from: https://hdl.handle.net/20.500.13084/5351.

13. Balestre ME, Pavinati G, Silva AI da, Logullo VV, Teston EF, Almeida JCG de, Marcon SS. Abortos espontáneos y retenidos en un hospital público: perfil materno y sociodemográfico. Cogitare Enferm. 2026;31:e100981. doi: 10.1590/ce.v31i0.100981es.

14. Iglesias-Osores S, Nakano-Chávez K. Características del aborto adolescente en un hospital de Chiclayo, Perú 2018. Rev Cuerpo Medico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2019;12:25–28. doi: 10.35434/rcmhnaaa.2019.121.480.

15. 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;46:2582–2589. doi: 10.1111/jog.14499.

16. Korkidakis A, Albert AY, Jiang I, Terry J, AbdelHafez FF, Bedaiwy MA. The Clinical Significance of Embryonic Chromosomal Errors in Recurrent Pregnancy Loss: an Analysis of 1107 Miscarriages. Reprod Sci. 2023;30:3019–3026. doi: 10.1007/s43032-023-01239-3. Cited in PMID: 37129829.

17. Mikwar M, MacFarlane AJ, Marchetti F. Mechanisms of oocyte aneuploidy associated with advanced maternal age. Mutat Res Rev Mutat Res. 2020;785:108320. doi: 10.1016/j.mrrev.2020.108320.

18. Brosens I, Pijnenborg R, Vercruysse L, Romero R. The "Great Obstetrical Syndromes" are associated with disorders of deep placentation. Am J Obstet Gynecol. 2011;204:193–201. doi: 10.1016/j.ajog.2010.08.009.

19. Fidel Alarcon M. Caracterización de abortos en mujeres atendidas en el hospital Manuel Angel Higa Arakaki de Satipo, 2022 Tesis. [Huancavelica, Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2023.

20. Bundhun PK, Soogund MZS, Huang F. Arterial/venous thrombosis, fetal loss and stillbirth in pregnant women with systemic lupus erythematosus versus primary and secondary antiphospholipid syndrome: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18:212. doi: 10.1186/s12884-018-1850-x.

TABLAS

Tabla 1. Características generales, obstétricas y clínicas

Característica	N = 388[1]
Edad (años)	
<18	66 (17.0%)
18-29	149 (38.4%)
30-34	68 (17.5%)
≥35	105 (27.1%)
Nivel educativo	
Primaria/Secundaria	296 (76.3%)
Universitaria	92 (23.7%)
Estado civil	
Con pareja	231 (59.5%)
Sin pareja	157 (40.5%)
Ocupación	
No trabaja	217 (55.9%)
Trabaja	171 (44.1%)
Procedencia	
Lima	270 (69.6%)
No Lima	118 (30.4%)
Edad gestacional	
1-4 semanas	173 (44.6%)
5-8 semanas	115 (29.6%)
9-12 semanas	84 (21.6%)
>12 semanas	16 (4.1%)
Gestaciones previas	
0	92 (23.7%)
1-3	244 (62.9%)
>3	52 (13.4%)
Abortos previos	
0	236 (60.8%)
1 o más	152 (39.2%)
Partos previos	
0	132 (34.0%)
1 o más	256 (66.0%)
Uso de anticonceptivos	
No	287 (74.0%)
Si	101 (26.0%)
Enfermedad endocrina	34 (8.8%)
No presenta	354 (91.2%)
Presenta	
Enfermedad autoinmune	4 (1.0%)
Trastorno de coagulación	5 (1.3%)
Enfermedad infecciosa	7 (1.8%)
Tipo de aborto	
Completo/Incompleto	319 (82.2%)
Retenido	69 (17.8%)
[1] n (%)	

Tabla 2. Características generale s, obstétricas y clínicas según tipo de aborto

Característica	Completo/Incompleto, N = 319[1]	Retenido, N = 69[1]	p-valor[2]
Edad (años)			0.004
<18	49 (74.2%)	17 (25.8%)	
18-29	131 (87.9%)	18 (12.1%)	
30-34	61 (89.7%)	7 (10.3%)	
≥35	78 (74.3%)	27 (25.7%)	
Nivel educativo			0.022
Primaria/Secundaria	236 (79.7%)	60 (20.3%)	
Universitaria	83 (90.2%)	9 (9.8%)	
Estado civil			0.603
Con pareja	188 (81.4%)	43 (18.6%)	
Sin pareja	131 (83.4%)	26 (16.6%)	
Ocupación			0.135
No trabaja	184 (84.8%)	33 (15.2%)	
Trabaja	135 (78.9%)	36 (21.1%)	
Procedencia			0.009
Lima	231 (85.6%)	39 (14.4%)	
No Lima	88 (74.6%)	30 (25.4%)	
Edad gestacional			0.992
1-4 semanas	142 (82.1%)	31 (17.9%)	
5-8 semanas	94 (81.7%)	21 (18.3%)	
9-12 semanas	69 (82.1%)	15 (17.9%)	
>12 semanas	14 (87.5%)	2 (12.5%)	
Gestaciones previas			0.736
0	78 (84.8%)	14 (15.2%)	
1-3	198 (81.1%)	46 (18.9%)	
>3	43 (82.7%)	9 (17.3%)	
Abortos previos			0.104
0	200 (84.7%)	36 (15.3%)	
1 o más	119 (78.3%)	33 (21.7%)	
Partos previos			0.488
0	111 (84.1%)	21 (15.9%)	
1 o más	208 (81.2%)	48 (18.8%)	
Uso de anticonceptivos			0.370
No	233 (81.2%)	54 (18.8%)	
Si	86 (85.1%)	15 (14.9%)	
Enfermedad endocrina			0.337
No presenta	289 (81.6%)	65 (18.4%)	
Presenta	30 (88.2%)	4 (11.8%)	
Enfermedad autoinmune			0.019
No presenta	318 (82.8%)	66 (17.2%)	
Presenta	1 (25.0%)	3 (75.0%)	
Trastorno de coagulación			>0.999
No presenta	315 (82.2%)	68 (17.8%)	
Presenta	4 (80.0%)	1 (20.0%)	
Enfermedad infecciosa			0.110
No presenta	315 (82.7%)	66 (17.3%)	
Presenta	4 (57.1%)	3 (42.9%)	

[1] n (%)

[2] prueba chi cuadrado de independencia; test exacto de Fisher

Tabla 3. Factores asociados al aborto retenido

Característica	Regresión simple			Regresión ajustada*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Edad (años)						
<18	2.13	1.17 – 3.87	0.013	1.98	1.10 – 3.55	**0.022**
18-29	1.00			1.00		
30-34	0.85	0.37 – 1.94	0.704	0.87	0.39 – 1.94	0.734
≥35	2.13	1.24 – 3.66	0.006	1.83	1.03 – 3.24	**0.039**
Nivel educativo						
Primaria/Secundaria	1.00			1.00		
Universitaria	0.48	0.25 – 0.93	0.031	0.57	0.29 – 1.09	0.087
Estado civil						
Con pareja	1.00					
Sin pareja	0.89	0.57 – 1.39	0.605			
Ocupación						
No trabaja	1.00					
Trabaja	1.38	0.90 – 2.12	0.136			
Procedencia						
Lima	1.00			1.00		
No Lima	1.76	1.15 – 2.69	0.009	1.58	1.03 – 2.43	**0.035**
Edad gestacional						
1-4 semanas	1.00			1.00		
5-8 semanas	1.02	0.62 – 1.68	0.941	0.97	0.57 – 1.65	0.905
9-12 semanas	1.00	0.57 – 1.74	0.990	1.01	0.58 – 1.76	0.974
>12 semanas	0.70	0.18 – 2.65	0.597	0.63	0.17 – 2.33	0.484
Gestaciones previas						
0	1.00					
1-3	1.24	0.72 – 2.14	0.444			
>3	1.14	0.53 – 2.44	0.742			
Abortos previos						
0	1.00			1.00		
1 o más	1.42	0.93 – 2.18	0.104	1.18	0.75 – 1.87	0.475
Partos previos						
0	1.00					
1 o más	1.18	0.74 – 1.88	0.491			
Uso de anticonceptivos						
No	1.00					
Si	0.79	0.47 – 1.33	0.377			
Enfermedad endocrina						
No presenta	1.00					
Presenta	0.64	0.25 – 1.65	0.357			
Enfermedad autoinmune						
No presenta	1.00			1.00		
Presenta	4.36	2.38 – 8.01	<0.001	4.75	2.18 – 10.38	**<0.001**
Trastorno de coagulación						
No presenta	1.00					
Presenta	1.13	0.19 – 6.59	0.895			
Enfermedad infecciosa						
No presenta	1.00			1.00		
Presenta	2.47	1.02 – 5.98	0.044	1.46	0.62 – 3.42	0.389

*Regresión ajustada por variable que resultaron con un valo p<0.20 en el análisis bivariado y edad gestacional. RP: Razón de prevalencia, IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

EVIDENCIA DE SUMISION

Friday, August 21, 2026 at 12:04:43 PM British Summer Time

Subject: Manuscript submitted to Obstetrics and Gynecology International
Date: Friday, 21 August 2026 at 12:04:09 pm British Summer Time
From: Obstetrics and Gynecology International
To: andersonsoriano

Dear Dr. Anderson N. Soriano-Moreno,

Thank you for submitting your manuscript "Factors associated with missed abortion among women undergoing manual vacuum aspiration in Peru" to Obstetrics and Gynecology International. Your unique manuscript ID is: 8697588.

We will confirm this submission with all authors of the manuscript.

As submitting author, you will be the primary recipient of communications from the journal. You will be responsible for responding to editorial queries and making updates to the manuscript if needed.

You can visit the manuscript details page at any time to track the status of your manuscript.

MANUSCRIPT DETAILS

Kind regards,
Obstetrics and Gynecology International

This email was sent to andersonsoriano@upeu.edu.pe by John Wiley & Sons, Inc.
111 River Street, Hoboken, NJ 07030 USA. 877-762-2974.
For more information, please see our privacy policy.

RESOLUCIÓN

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

RESOLUCIÓN Nº 1010-2026/UPeU-FCS-CF

Ñaña, Lima, 07 de julio de 2026

VISTO:

El expediente de los(las)/el(la) bachiller(es), estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Unión,

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria Nº 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil del proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que los(las)/el(la) bachiller(es), ha(n) solicitado la inscripción del perfil de proyecto de tesis y la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 07 de julio de 2026, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR la inscripción del perfil de proyecto de tesis en formato artículo (Art. 52.4), DESIGNAR al asesor (Art. 53), y NOMBRAR a los miembros dictaminadores para la ejecución del proyecto, otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para su desarrollo (Art. 54), conforme al siguiente detalle:

Tesistas	Código	Título	Asesor	Dictaminadores
Alvaro Joseph Osorio Idrogo Alexandra Liztel Valdez Calderon	201811024 201711854	Factores sociodemográficos, ginecológicos y antecedentes patológicos maternos asociados al tipo de aborto en pacientes sometidas a AMEU en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo enero–julio de 2025	Mg. Soriano Moreno Anderson Nelver Elías	Mg. Jarama Soto Benjamín Mc. Jaimes Soncco Ruben Maxcarlo

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dra. Lili Albertina Fernandez Molocho
DECANA

Mg. María Esther Valencia Orrillo
SECRETARIA ACADÉMICA

cc:
- Interesado
- Archivo

Villa Unión – Ñaña, altura Km. 19 de la Carretera Central, Lurigancho-CHOSICA, Lima 15, Perú
Teléfono (01) 618-6300 Fax: 6186339 Casilla 3564
Web: www.upeu.edu.pe Email: universidadperuanaunion@upeu.edu.pe

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA

UPeU
UNIVERSIDAD PERUANA UNION

Ñaña, Lima, 23 de junio de 2026

EL COMITÉ DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD

CONSTA

Que el proyecto de investigación de **Alexandra Liztel Valdez Calderón** identificado (a) con DNI No. **78016817** y **Álvaro Joseph Osorio Idrogo** Identificado (a) Con DNI No. **73220301** y su asesor (a) el **Mtro. Soriano Moreno Anderson Nelver Elías** identificado (a) con DNI No. **71850479** con el título: ***"Factores sociodemográficos, ginecológicos y antecedentes patológicos maternos asociados al tipo de aborto en pacientes sometidas a AMEU en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo enero–julio de 2025"*** fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética y Bioética de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; considerandosu calidad científica, bienestar de los participantes, y en conformidad con los estándares éticos establecidas en el Código de ética para la Investigación de la Universidad Peruana Unión (CoEIn - UPeU).

Para mantener la aprobación del Comité de Ética y Bioética, se tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cada participante debe dar su consentimiento informado. Los menores de edad deben registrar su asentimiento informado bajo el consentimiento de uno de sus padres o tutores legales, en caso de trabajos prospectivos. En caso de trabajos retrospectivos, se debe contar con la carta de autorización de la institución para el uso de los datos, si no es de acceso público.

Los resultados de este proyecto puedan ser publicados con referencia a aprobación Número ***2026-CEB-FCS - UPeU-N° 117***

Fecha de aprobación: 2026 - junio - 09
Fecha de expiración: 2027 - junio - 09

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD PERUANA UNION PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA

Blgo. José Luis Yareta Yareta
Presidente
Comité de Ética y Bioética - FCS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD PERUANA UNION SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA

Mg. Rita Cordova Soncco
Secretaria
Comité de Ética y Bioética - FCS

Villa Unión – Ñaña, altura Km. 19 de la Carretera Central, Lurigancho-CHOSICA, Lima 15, Perú
Teléfono (01) 618-6300Fax: 6186339 Casilla 3564 Web: www.upeu.edu.pe Email:
universidadperuanaunion@upeu.edu.pe

INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____ años

2. Estado civil: ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ No especifica

3. Nivel educativo: ☐ Sin estudios ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnica ☐ Universitaria ☐ No especifica

4. Ocupación: ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Trabajadora dependiente ☐ Trabajadora independiente ☐ Desempleada ☐ Otro ☐ No especifica

5. Lugar de procedencia: ☐ Lima Metropolitana ☐ Costa ☐ Sierra ☐ Selva ☐ Extranjero

II. DATOS GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

6. Edad gestacional al momento del procedimiento: _____ semanas

7. Diagnóstico ginecológico según CIE-10:

☐ O03 – Aborto espontáneo

- ☐ O03.1 Aborto espontáneo incompleto con hemorragia
- ☐ O03.4 Aborto espontáneo incompleto sin complicaciones
- ☐ O03.9 Aborto espontáneo completo

☐ O02.1 – Aborto retenido

☐ O07 – Aborto fallido

☐ O04 – Aborto legal o médico (manejado con AMEU)

☐ O00–O08 – Otros embarazos que terminan en aborto (especificar): _____

8. Número de gestaciones previas: _____

9. Número de partos previos: _____

10. Número de abortos previos: _____

11. Uso de anticonceptivos previo: ☐ Sí ☐ No ☐ No especifica

12. Tipo de anticonceptivo: ☐ Oral ☐ Inyectable ☐ DIU ☐ Implante ☐ Barrera ☐ Natural ☐ Otro ☐ No aplica

III. DATOS PSICOLÓGICOS (SEGÚN HISTORIA CLÍNICA)

13. Evaluación por salud mental durante hospitalización: ☐ Sí ☐ No

14. Diagnóstico psicológico según CIE-10:

☐ No evaluada por psiquiatría

☐ Sin diagnóstico registrado

☐ F32 – Episodio depresivo

☐ F33 – Trastorno depresivo recurrente

☐ F41.1 – Trastorno de ansiedad generalizada

☐ F43.0 – Reacción al estrés agudo

☐ F43.2 – Trastorno adaptativo

☐ X60–X84 – Intento autolesivo

☐ Otro: _____

15. Antecedente psiquiátrico previo: ☐ Sí ☐ No ☐ No especifica

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS (CIE-10)

16. Enfermedades endocrinas:

☐ Ninguna

☐ E10–E14 – Diabetes mellitus
☐ E03 – Hipotiroidismo
☐ E05 – Hipertiroidismo
☐ Otra (especificar CIE-10): _____

17. Enfermedades autoinmunes:

☐ Ninguna
☐ M32 – Lupus eritematoso sistémico
☐ D68.6 – Síndrome antifosfolípido
☐ Otra (especificar CIE-10): _____

18. Trastornos de la coagulación:

☐ Ninguno
☐ D68.5 – Trombofilia primaria
☐ D68.8 – Otros trastornos de la coagulación
☐ Otro (especificar CIE-10): _____

19. Enfermedades infecciosas relevantes:

☐ Ninguna
☐ A50–A53 – Sífilis
☐ B20–B24 – VIH
☐ P35–P39 – Infecciones congénitas (TORCH)
☐ Otra (especificar CIE-10): _____