

ARTÍCULO ORIGINAL

Abortos espontáneos y retenidos en un hospital público: perfil materno y sociodemográfico*

HIGHLIGHTS

1. Mayor escolaridad estuvo asociada al aborto retenido.
2. El aborto espontáneo se mostró prevalente en baja escolaridad.
3. Adolescentes y ≥ 35 años: más vulnerables al aborto retenido.
4. Predominio de abortos hasta la 12ª semana de gestación.

Mariana Enumo Balestre¹ Gabriel Pavinati² André Inácio da Silva³ Vitória Vasconcelos Logullo¹ Elen Ferraz Teston⁴ João Carlos Garcia de Almeida² Sonia Silva Marcon¹ 

RESUMEN

Objetivo: Analizar la influencia de factores sociodemográficos y maternos en la ocurrencia de abortos espontáneos y retenidos. **Método:** Estudio epidemiológico descriptivo que analizó variables sociodemográficas, obstétricas y asistenciales referentes al período de 2019-2024, recolectadas en historias clínicas electrónicas de un hospital en el noroeste de Paraná, y analizadas utilizando la prueba chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** De las 436 historias clínicas, se identificó predominancia hasta la 12ª semana gestacional (82,2% de los abortos retenidos y 67,7% de los espontáneos). Los abortos espontáneos fueron significativamente más prevalentes en mujeres con hasta ocho años de estudio, y los retenidos entre aquellas con mayor nivel educativo. Adolescentes y mujeres de 35 años o más presentaron mayor vulnerabilidad a la ocurrencia de aborto retenido, mientras que las de edad entre 16 y 34 años al espontáneo. **Conclusión:** La edad materna y la escolaridad influyen en los tipos de aborto, evidenciando desigualdades sociodemográficas que permeabilizan el proceso reproductivo. Es necesario políticas públicas que amplíen el acceso y califiquen el cuidado reproductivo en el Sistema Único de Salud.

DESCRIPTORES: Mujeres; Edad Materna; Aborto Espontáneo; Aborto Retenido; Factores Socioeconómicos.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Balestre ME, Pavinati G, da Silva AI, Logullo VV, Teston EF, de Almeida JCG, et al. Abortos espontáneos y retenidos en un hospital público: perfil materno y sociodemográfico. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e100981es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.100981es>

¹Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Maringá, PR, Brasil.

²Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, PR, Brasil

³Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Departamento de Enfermagem, Campo Grande, MS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Los abortos espontáneos y retenidos son complicaciones gestacionales con características distintas, cuya diferenciación es esencial para el manejo clínico adecuado¹⁻². El aborto espontáneo ocurre sin intervención intencional para interrumpir la gestación y, generalmente, es precedido por señales como sangrado y cólicos³⁻⁴. El retenido, por su parte, se caracteriza por la muerte fetal sin la expulsión del material gestacional, siendo frecuentemente diagnosticado por ultrasonido y, en general, sin señales clínicas evidentes⁴.

Ambos los tipos representan condiciones potencialmente amenazadoras para la vida en el ciclo gravídico-puerperal, además de tener un impacto significativo en la salud física y emocional de la mujer⁵. Su etiología es multifactorial, abarcando causas genéticas, edad materna, infecciones, anomalías uterinas y/o trastornos hormonales, además de factores sociodemográficos, como la edad⁶, escolaridad^{2,7} y color/raza⁸, que interactúan con determinantes sociales más amplios⁷. Estos elementos refuerzan la importancia del reconocimiento oportuno de los factores de riesgo para subsidiar el diagnóstico precoz y la adopción de intervenciones clínicas adecuadas.

El aborto constituye la cuarta causa de muerte materna en Brasil, a diferencia de lo observado en países desarrollados, donde las tasas de muerte por aborto son reducidas⁴. Se estima que entre el 10 y el 15% de los embarazos en Brasil resultan en aborto espontáneo⁴, pero no existen datos sobre los abortos retenidos. Sin embargo, en otros contextos como Irak, representan entre el 10 y el 20% de los embarazos¹.

La frecuencia de estos eventos, asociada a complicaciones maternas graves y a las desigualdades de acceso a los servicios de salud y, además, a los impactos psicosociales como el sufrimiento mental⁹ y procesos de duelo¹⁰ amplían la complejidad del cuidado. Estos aspectos evidencian la relevancia de los abortos como problema de salud pública, y la necesidad de estrategias preventivas y de cualificación de la asistencia como la actuación multidisciplinaria y el fortalecimiento de los cuidados obstétricos¹¹.

En este escenario, la diferenciación entre los dos principales tipos de abortos y la identificación de características específicas relacionadas con cada uno de ellos son fundamentales para mejorar la vigilancia, orientar el manejo clínico y cualificar políticas y prácticas de salud. Ante esto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de factores sociodemográficos y maternos en la ocurrencia de abortos espontáneos y retenidos.

MÉTODO

Estudio epidemiológico descriptivo realizado en un hospital-escuela ubicado en la región noroeste del estado de Paraná, Brasil. La institución realiza atención exclusivamente a través del Sistema Único de Salud (SUS), cuenta con 123 camas y registra, en promedio, 12 mil internaciones por año y, en el área obstétrica, en el año 2024, realizó 1200 partos. Las recomendaciones del *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) fueron utilizadas en la elaboración del informe de esta investigación.

Aunque la literatura describe diversas clasificaciones clínicas del aborto, como inevitable, incompleto, completo, infectado, habitual o recurrente⁴, en el presente estudio se incluyeron solo los casos registrados como aborto espontáneo o retenido. Esta delimitación se debe tanto a su relevancia epidemiológica como a la mayor

consistencia y comparabilidad de los datos disponibles en el escenario analizado, lo que permite un enfoque cuantitativo más robusto.

Los datos fueron recolectados en el período entre marzo y noviembre de 2024, utilizando como fuente de datos los registros electrónicos de mujeres atendidas en los años de 2019 a 2024. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de aborto identificado por los códigos O03 y O021 – aborto espontáneo y retenido, respectivamente, de la Clasificación Internacional de Enfermedades- CID 10. No se incluyeron casos de sangrado vaginal aislado y se excluyeron los registros cuya ausencia de datos no permitía la identificación de características de las mujeres o del aborto. Del total de 234 registros de abortos espontáneos y 240 retenidos, se excluyeron, respectivamente, 88 y 97 casos por incompletud perjudicial al análisis y caracterización de la información.

Las variables de interés fueron: rango de edad, en años (≤ 15 ; 16-34; ≥ 35); escolaridad (≤ 8 años y > 8 años); estado civil (con y sin compañero); raza/color de piel autodeclarada (blanca; no blanca); número de partos (primípara; múltipara); historial de aborto anterior (sí; no); edad gestacional (≤ 12 semanas y 6 días; ≥ 13 semanas); municipio de residencia (hasta 100 mil habitantes; más de 100 mil habitantes); año de internación (2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024); dolor referido (sí; no); y derivación a otro servicio (sí; no).

Los datos fueron recolectados mediante consulta al sistema informatizado del hospital en estudio, registrados en una hoja de cálculo desarrollada por los investigadores y disponible electrónicamente. Antes de iniciar la recolección, se realizó una prueba piloto con 13 historias clínicas del año anterior, las cuales no fueron incluidas en la investigación, ya que el formulario necesitaba ser reformulado.

Dos investigadores debidamente capacitados fueron responsables de la recolección de la información: un estudiante de enfermería y una enfermera, maestranda, quien también fue responsable de la verificación del llenado de la hoja de cálculo. Para garantizar la precisión e integridad de los datos, se adoptó un proceso de sorteo del 10% de las historias clínicas para revisión y verificación, lo que fue realizado por dos investigadores, lo que permitió la identificación y corrección de eventuales errores o inconsistencias, reforzando la confiabilidad de la información.

En el análisis, para evaluar la relación entre los tipos de aborto (variable dependiente) y las variables sociodemográficas y reproductivas (variables independientes), se aplicó la prueba chi-cuadrado de *Pearson* o, en los casos en que la frecuencia esperada en al menos el 20% de las celdas fue inferior a 5, la prueba exacta de *Fisher*. Complementariamente, se realizó la interpretación de los residuos estandarizados ajustados en las tablas de contingencia, con el fin de identificar si las frecuencias observadas en las categorías fueron significativamente mayores o menores de lo esperado.

Residuos estandarizados ajustados con valores absolutos superiores a 1,96 fueron considerados indicativos de contribuciones significativas para la asociación global, permitiendo comprender qué categorías específicas colaboraron de forma positiva o negativa para los resultados encontrados. Los casos ignorados, como valores ausentes o información incompleta, fueron desconsiderados para el análisis bivariado. Todos los análisis se realizaron utilizando un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). El software utilizado fue el IBM SPSS *Statistics* 30®.

El estudio matricial fue autorizado por la comisión de regulación de las actividades académicas del hospital en estudio y aprobado por el comité de ética en investigación con seres humanos (CEP) de la institución firmante (informe n° 6.656.413) el 19 de febrero de 2024.

RESULTADOS

Considerando los 436 historias clínicas analizadas, se constató que los dos tipos de aborto en estudio fueron más frecuentes en mujeres blancas, multíparas y ocurrieron hasta 12 semanas y seis días de gestación. El aborto espontáneo predominó entre aquellas con menor nivel de escolaridad y en el rango de edad de 16 a 34 años. En cambio, el aborto retenido fue más frecuente entre mujeres con nivel educativo superior a ocho años de estudio, con ocurrencia relativamente elevada entre adolescentes y mujeres de edades más avanzadas (Tabla 1).

Se observa que la escolaridad y el rango de edad presentaron asociación estadísticamente significativa con el tipo de aborto, siendo el espontáneo más frecuente entre mujeres con hasta ocho años de estudio y en el rango de edad de 16 a 34 años, mientras que el aborto retenido predominó entre aquellas con más de ocho años de escolaridad y entre adolescentes o mujeres de 35 años o más. Las demás variables independientes analizadas no presentaron asociación estadísticamente significativa con el desenlace (Tabla 1).

Tabla 1. Asociación entre variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas y tipo de aborto. Maringá, PR, Brasil, 2019 a 2024

Variable	Tipo de aborto		p-valor
	Espontáneo n (%)	Retenido n (%)	
Raza/color autodeclarada			
Blanca	146 (65,5)	143 (67,1)	1,000*
No blanca	76 (34,1)	70 (32,9)	
Ignorado	1 (0,4)	0	
Escolaridad			
Hasta 8 años	118 (52,9) ⁺	87 (40,9) ⁻	<0,001*
Más de 8 años	58 (26) ⁻	93 (43,6) ⁺	
Ignorado	47 (21,1)	33 (15,5)	
Estado civil			
Con compañero	82 (36,8)	79 (37,1)	0,840*
Sin compañero	102 (45,7)	92 (43,2)	
Ignorado	39 (17,5)	42 (19,7)	
Rango de edad (en años)			
≤ 15 y ≥ 35	29 (13,1) ⁻	93 (43,6) ⁺	<0,001*
≥ 16 y ≤ 34	194 (86,9) ⁺	120 (56,4) ⁻	
Municipio de residencia			
Hasta 100 mil habitantes	96 (43,1)	105 (49,3)	0,723*
Más de 100 mil habitantes	127 (56,9)	108 (50,7)	
Número de partos			
Primípara	55 (24,6)	53 (24,9)	0,891*
Multípara	168 (75,4)	160 (75,1)	
Aborto anterior			
No	152 (68,2)	140 (65,7)	0,663*
Sí	71 (31,8)	73 (34,3)	
Edad gestacional			
Hasta 12 semanas y 6 días	151 (67,7)	175 (82,2)	0,138*
Por encima de 13 semanas	29 (13)	22 (10,3)	
Ignorado	43 (19,3)	16 (7,5)	

Leyenda: ⁺asociación positiva; ⁻asociación negativa; *prueba de independencia chi-cuadrado.

Fuente: Los autores (2025).

En el año 2023, el número de casos de aborto retenido fue más del doble que el año anterior. Los abortos espontáneos también mostraron un crecimiento, aunque más discreto, pasando de 36 (16,1%) en 2022 a 47 (21,1%) en 2023 (Figura 1).

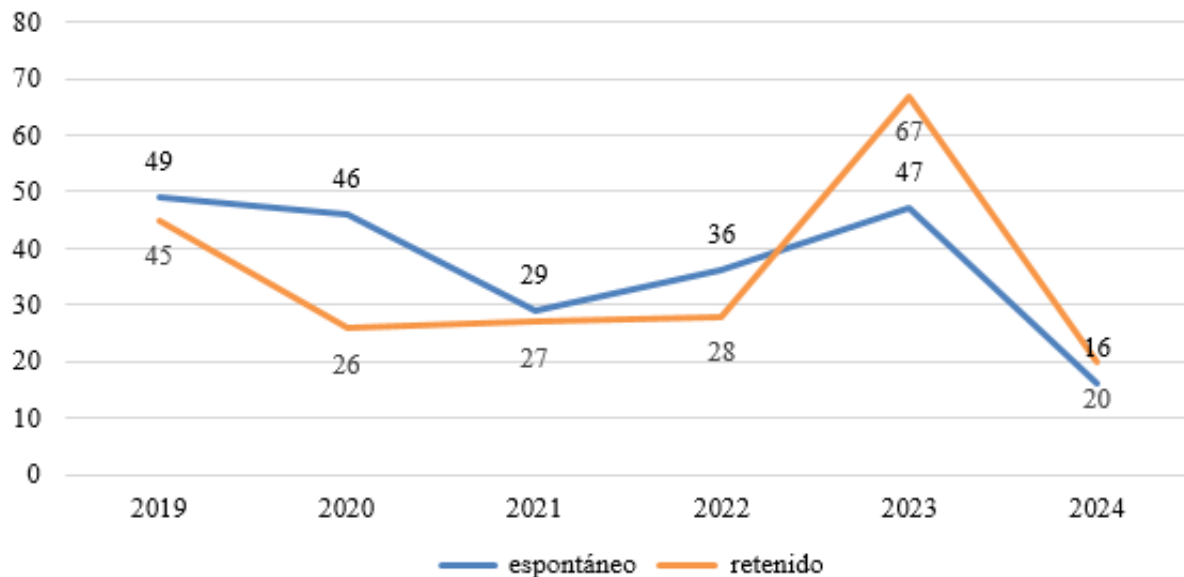


Figura 1. Comparación del número de abortos espontáneos y retenidos ocurridos a lo largo del período en estudio. Maringá, PR, Brasil, 2019 a 2024

Fuente: Los autores (2025).

En relación al acceso al servicio de salud, se observó que la mayoría de las mujeres con aborto espontáneo, 157 (70,4%), y retenido, 139 (65,3%), buscaron el hospital en estudio por demanda espontánea. Las demás fueron referidas por unidades de salud pertenecientes al mismo municipio o a municipios de la región.

En cuanto al municipio de residencia, de los 223 casos de aborto espontáneo, 125 (56,1%) eran residentes en el municipio de ubicación del hospital en estudio y 98 (43,9%) fueron referidas. De los 213 casos de aborto retenido, 108 (50,7%) mujeres eran residentes en Maringá y 105 (49,3%) fueron referidas. El dolor en el momento de la admisión al servicio fue referido por 50 (23,5%) mujeres en los casos de aborto retenido y por 111 (49,8%) de aquellas con aborto espontáneo.

DISCUSIÓN

Este estudio identificó que la mayoría de las mujeres que tuvieron aborto espontáneo o retenido eran blancas, lo que difiere de la literatura en relación a otros estados y países. Esta divergencia está relacionada con el hecho de que el 64,6% de la población residente en el municipio de ubicación del hospital en estudio y en el estado de Paraná es de raza/color declarada blanca¹². Estudio realizado con datos nacionales referentes a las internaciones en el sistema público de salud en Brasil demostró que los abortos son más frecuentes entre mujeres pardas¹³, resultado también encontrado en estudio que consideró solamente el estado de Bahía⁸. En contraste, en el Reino Unido, la mayoría de las mujeres que tuvieron aborto eran negras¹⁴.

Tales variaciones refuerzan la importancia de considerar los contextos territoriales, raciales y socioeconómicos en el análisis de los desenlaces reproductivos. Los indicadores

de desarrollo humano entre el estado de Paraná y el de Bahía evidencian diferencias estructurales significativas. En el estado de Paraná, donde se realizó esta investigación y de donde proviene la mayor parte de las participantes del estudio, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) es de 0,769, siendo clasificado como alto¹⁵. Por lo tanto, los municipios con bajo o medio IDH tienden a presentar desigualdades estructurales que influyen en el perfil sociodemográfico de las mujeres¹⁴ y afectan directamente el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención ofrecida y los resultados relacionados con el aborto.

Además de estos marcadores, el número de gestaciones también se mostró como un elemento relevante en el análisis del perfil de las mujeres en situación de aborto. En este estudio, en los dos tipos de aborto, la mayoría de los casos ocurrió entre mujeres multíparas. Este hallazgo contradice los resultados de una investigación realizada en México, según la cual las probabilidades de aborto disminuyen a partir de la segunda gestación¹⁶. Por otro lado, difiere de los datos de un estudio realizado en un hospital en Irak, enfocado específicamente en los casos de aborto retenido, en el cual se constató que más del 50% de las mujeres eran primíparas². De manera similar, en China se identificó como factor de riesgo para la ocurrencia de aborto el hecho de haber tenido solo una gestación¹⁷.

Otro aspecto a considerar se refiere al historial de abortos. La literatura señala que aquellas con un aborto previo en el primer trimestre presentan un riesgo de recurrencia entre el 12% y el 14%. Este riesgo se eleva a aproximadamente el 26% tras dos pérdidas gestacionales y puede llegar al 45% después de tres abortos consecutivos¹⁸. Sin embargo, los datos del presente estudio muestran que la mayoría de las participantes, independientemente del tipo de aborto, no poseían antecedentes de pérdidas gestacionales, lo que se aleja de los perfiles tradicionalmente descritos. Estos contrastes sugieren que la asociación entre paridad y aborto puede asumir diferentes configuraciones, reforzando la necesidad de investigaciones más profundas y sensibles a estas especificidades.

La asociación observada entre aborto espontáneo y niveles más bajos de escolaridad puede estar relacionada con las barreras enfrentadas por mujeres con menor acceso a la información, a la educación sexual y reproductiva y a los servicios de salud¹⁹. Esta condición puede resultar en retrasos en la detección de anomalías fetales o de alteraciones hormonales²⁰. Sin embargo, este patrón no se manifiesta de forma homogénea en diferentes contextos. Por ejemplo, un estudio realizado en la región de Puglia, en Italia, constató que la mayoría de las mujeres que vivieron episodios de aborto poseían educación secundaria completa²¹. Tal disparidad evidencia que la relación entre escolaridad y aborto es mediada por determinantes contextuales.

Adicionalmente, los datos de esta investigación indican una correlación entre el aborto retenido y niveles más elevados de escolaridad, con predominio de mujeres con educación superior. Un resultado similar fue identificado en un estudio transversal realizado en Irak, con 77 mujeres que pasaron por este tipo de aborto². Estos hallazgos sugieren que factores educativos y sociales pueden influir tanto en el acceso como en la demanda de atención médica, además de una mayor capacidad para reconocer señales y síntomas asociados a condiciones de riesgo gestacional, variando según el tipo de aborto.

En este estudio, la asociación estadísticamente significativa observada entre la edad y el tipo de aborto merece atención. Los casos de aborto retenido fueron más frecuentes entre adolescentes menores de 15 años y mujeres de 35 años o más, ambas clasificadas como grupos de riesgo gestacional³. En el caso de las adolescentes, además de los riesgos físicos, se destacan aspectos psicosociales, como la poca preparación

para asumir responsabilidades maternas, el impacto negativo en la trayectoria escolar, el desarrollo biológico aún incompleto y la menor adherencia al seguimiento prenatal¹⁹.

Estos factores están íntimamente relacionados con la inestabilidad hormonal característica de esta fase de la vida, especialmente en lo que se refiere a los niveles de gonadotropina coriónica humana, estrógeno y progesterona, hormonas fundamentales para el mantenimiento de la gestación. Alteraciones o niveles insuficientes de estas sustancias pueden actuar como predictores para el aborto retenido²². La ausencia de un seguimiento prenatal adecuado contribuye a que estas mujeres integren estadísticas de mayor riesgo reproductivo, lo que puede, en parte, explicar la asociación observada en esta investigación.

Para las mujeres de 35 años o más, los riesgos relacionados con el aborto retenido son influenciados, en primer lugar, por la dificultad de fecundación derivada de la disminución de la cantidad y calidad de los óvulos con el avance de la edad, lo que impacta la viabilidad de un embarazo saludable²³. Además, estilos de vida poco saludables, frecuentemente asociados a esta franja etaria, también pueden contribuir al aumento del riesgo de aborto⁷. La relación con las hormonas predictores del aborto retenido se vuelve aún más relevante en este grupo, dado que la proximidad de la menopausia puede provocar mayor inestabilidad hormonal y menor producción de hormonas esenciales para la gestación¹⁷.

En los casos de aborto espontáneo, aunque generalmente se asocia con el embarazo tardío²⁰, su predominancia en mujeres con edades entre 16 y 34 años, observada en este estudio, presenta consonancia con lo descrito en otras investigaciones. Se destaca que, a pesar de que la fertilidad es más elevada en este período, los riesgos permanecen significativos y no se restringen a las barreras económicas, sociales y culturales, sino que también incluyen factores como la ausencia de exámenes preventivos, falta de vacunación antitetánica, hospitalizaciones recientes²⁴, edad paterna superior a 40 años²⁵, abortos anteriores²⁶, y alteraciones anatómicas²⁷.

En el presente estudio, el estado civil no presentó diferencias estadísticamente significativas, siendo que en los dos tipos de aborto la mayoría de las mujeres no tenía pareja. Un resultado similar fue registrado en España²⁴. Por otro lado, estudios realizados en la región de Puglia, en Italia, y en la región metropolitana de Santiago, en Chile, identificaron una mayor proporción de mujeres con pareja^{21, 25}. Estas variaciones sugieren que el estado civil puede ejercer influencia sobre el cuidado gestacional, especialmente en lo que se refiere al acceso a los servicios de salud y al apoyo emocional y social durante la gestación. Las mujeres sin pareja pueden enfrentar dificultades adicionales para acceder a la atención médica de manera oportuna y continua, además de estar más expuestas a factores psicosociales que impactan negativamente la salud materna²⁸.

Se hipotetiza que el estado civil, por sí solo, no constituye un factor determinante para la ocurrencia de abortos espontáneos o retenidos. Tales desenlaces resultan de un conjunto complejo de elementos, que incluyen, entre otros, las condiciones socioeconómicas, la inserción social de las mujeres y el acceso oportuno y calificado a los servicios de salud. Aun así, los hallazgos de la literatura refuerzan la necesidad de estrategias de cuidado que consideren redes de apoyo ampliadas, más allá del núcleo conyugal, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad social^{10,14,21}.

En relación con el municipio de residencia, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tamaño poblacional (pequeño o mediano) y los tipos de aborto, lo que sugiere que la simple categorización territorial no es suficiente para explicar los desenlaces reproductivos.

El aborto precoz, definido como aquel que ocurre hasta 12 semanas y 6 días de gestación⁴, fue el más frecuente en ambos tipos. Sin embargo, es importante considerar que, en los casos de aborto espontáneo, la estimación de la edad gestacional puede haberse realizado con base en la fecha de la última menstruación o mediante examen ultrasonográfico. Esta variación metodológica puede generar discrepancias en los registros²⁹ y, en consecuencia, impactar la precisión de los datos recolectados y, por ende, haber interferido en el análisis de los resultados de la presente investigación.

En lo que respecta a la edad gestacional, aunque no se identificó una asociación estadística significativa, se observó una diferencia sutil entre los grupos, con un número ligeramente mayor de casos de aborto retenido ocurridos antes de las 13 semanas de gestación. Este resultado está en consonancia con la literatura, que señala una reducción progresiva del riesgo de pérdida gestacional a medida que avanza la gestación¹⁴, además de una mayor incidencia de abortos entre la sexta y la décima semana gestacional, con una disminución gradual en las semanas subsecuentes²⁶. Tales evidencias refuerzan que, al igual que ocurre con las demás variables analizadas, los desenlaces relacionados con el aborto no deben ser comprendidos de manera aislada, sino a la luz de un conjunto de factores interdependientes, incluyendo determinantes sociales, económicos, culturales y asistenciales.

Hasta 2021 existía, a nivel nacional, una tendencia a la disminución en el número de casos de aborto y de las hospitalizaciones asociadas a esta condición^{13,26,30}. Se esperaba, por lo tanto, la continuidad de esta disminución en los años subsecuentes. Sin embargo, los datos del presente estudio indican un aumento en los casos de aborto espontáneo en general y de aborto retenido en los años 2022 y 2023. Este crecimiento puede estar relacionado con múltiples factores, incluyendo la mejora de los métodos diagnósticos, una mayor concienciación de las mujeres y profesionales sobre los signos y síntomas del aborto retenido, además de posibles impactos de cambios en las condiciones socioeconómicas y en la organización de la atención a la salud. En este contexto, se destaca el papel de la pandemia de COVID-19, que puede haber comprometido la regularidad del seguimiento prenatal y contribuido a la peoría de los desenlaces reproductivos, sobre todo entre poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

Las posibles limitaciones de este estudio están relacionadas con el uso de datos secundarios, provenientes de historias clínicas electrónicas, sujetos a errores de registro, datos faltantes o inconsistencias que el investigador no puede corregir. Además, la estructura estandarizada de los registros en la historia clínica imposibilitó el acceso a información relacionada con variables clínicas, sociales o conductuales que podrían favorecer el análisis y la comprensión de los casos analizados.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio indican que factores sociodemográficos, como la escolaridad y la edad materna, influyen de manera significativa en los tipos de aborto, revelando desigualdades que atraviesan el proceso reproductivo. Se verificó una mayor incidencia de abortos espontáneos entre mujeres con menor nivel de escolaridad, mientras que los retenidos fueron más frecuentes entre aquellas con mayor nivel de instrucción. Adolescentes y mujeres de 35 años o más presentaron mayor vulnerabilidad al aborto retenido, reflejando desafíos de orden biológico, social y asistencial que afectan a estos grupos etarios de manera diferenciada.

Al evidenciar desigualdades estructurales, los resultados del estudio ofrecen contribuciones relevantes para la salud de la mujer en el ámbito del SUS y tienen

potencial para orientar acciones de salud pública. Los datos refuerzan la necesidad de fortalecer programas de educación sexual y reproductiva dirigidos a mujeres con menor escolaridad, ampliando el acceso a información calificada y a la planificación reproductiva. De la misma forma, destacan la importancia de mejorar la atención obstétrica, con estrategias de seguimiento más sensibles a las vulnerabilidades de adolescentes y de mujeres en edades avanzadas, considerando tanto riesgos hormonales como aspectos psicosociales característicos de estos grupos.

Además, los hallazgos del estudio resaltan la importancia de incorporar los determinantes sociales de la salud en el análisis de los desenlaces reproductivos y apuntan a la necesidad de políticas públicas orientadas a la promoción de la equidad. Entre las estrategias prioritarias, se incluye la oferta de atención integral a la salud de las mujeres y la ampliación del acceso oportuno, continuo y calificado a los servicios de salud. Se recomienda, además, el desarrollo de investigaciones adicionales que exploren, de forma contextualizada, la interacción entre factores biológicos, sociales y asistenciales, con el fin de subsidiar intervenciones más eficaces y sensibles a las realidades locales.

FINANCIAMIENTO

El presente estudio fue realizado con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERENCIAS

1. Mohammad-Akbari A, Mohazzab A, Tavakoli M, Karimi A, Zafardoust S, Zolghadri Z, et al. The effect of low-molecular-weight heparin on live birth rate of patients with unexplained early recurrent pregnancy loss: A two-arm randomized clinical trial. J Res Med Sci [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 20];27(1):1-7. Available from: https://doi.org/10.4103/jrms.jrms_81_21
2. Naeam FK, Shahid AH, Burhan ZA. Risk factors for missed abortion for women at childbearing age thi-qar province-Iraq. Ginekol Poloz [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 20];19(2):1-5 Available from: <https://www.ginekologiaipoloznictwo.com/articles/risk-factors-for-missed-abortion-for-women-at-childbearing-age-thi-qar-provinceiraq-109609.html>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2025 Jan 20]. 302 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Protocolo de Assistência Assistencial em Obstetrícia. Aborto: classificação, diagnóstico e conduta [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2018 [cited 2025 Jan 20];21. 18 p. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-obstetricia.pdf/Aborto-Classificao-diagnstico-e-conduta.pdf>
5. Mendes LMC, de Oliveira LL, Silva JV, Meneses AP, Duarte MSM. Potentially life-threatening conditions determinants in pregnancy-puerperal cycle. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 20];21:e57258. Available from: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.57258>
6. Jiang, WZ., Yang, XL. & Luo, JR. Risk factors for missed abortion: retrospective analysis of a single institution's experience. Reprod Biol Endocrinol [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 20];20(115):1-6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12958-022-00987-2>

7. Oliveira MTS, Oliveira CNT, Marques LM, Souza CL, Oliveira MV. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 20];20(2):361-72. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
8. de Souza Júnior EV, Nunes GA, de Jesus MAS, Cruz DP, Boery RNSO, Boery EN. Hospitalizations and hospital costs for spontaneous abortion in Bahia, Brazil. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 20];12:767-73. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7156>
9. Costa M, Grazina A, Cavaco C, Santos AP, Tavares M. The influence of miscarriage on women's mental health: scoping review. *Rev Millenium* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 20];2(ed.espec nº18),e34948. Available from: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.34948>
10. Soares RB, Melo AT, Cavaco JP, Faria M. Aborto espontâneo e luto gestacional -valorizar e gerir: um relato de caso. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 20];40(5):531-3. Available from: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i5.14123>
11. Bonan C, dos Reis AP, Rodrigues AP, Menezes GMS, McCallum CA, Duarte NIG, et al. Health care itineraries for women in situations of abortion: methodological aspects of a qualitative study for Birth in Brazil II survey. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 20];40(4):e00006223. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11057479/>
12. Agência Estadual de Notícias (Governo do Estado do Paraná). Censo 2022: proporção de pretos e pardos cresce no Paraná e chega a 34,3% [Internet]. Curitiba: Governo do Estado do Paraná; 22 Dec 2023 [cited 2025 Jan 23]. [about 3 screens]. Available from: <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Censo-2022-proporcao-de-pretos-e-pardos-cresce-no-Parana-e-chega-343>
13. do Nascimento MI, de Sousa ASC, Leão CN, de Lira DC, do Nascimento JLS, de Carvalho MJ, et al. Tendências de hospitalizações por aborto no Sistema Único de Saúde, segundo a cor da pele (2012-2021). *J Health NPEPS* [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 15];9(2):e13052. Available from: <https://doi.org/10.30681/2526101013052>
14. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 20];397(10285):1658-67. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
15. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. atlas do desenvolvimento humano no Brasil: Ranking [Internet]. Brasília: PNUD; [cited 2025 Sep 16]. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>
16. Saavedra-Avendano B, Schiavon R, Darney BG. Relationship Between Abortion at First Pregnancy and Live Births by Young Adulthood: A Population-Based Study Among Mexican Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 20];34(4):552-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.01.007>
17. Gong G, Yin C, Huang Y, Yang Y, Hu T, Zhu Z, et al. A survey of influencing factors of missed abortion during the two-child peak period. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 20];41(6),977–80. Available from: <https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1821616>
18. da Silva PA, de Oliveira HCH, Santello AP, Balieiro FC, Siqueira GS, Ferrarezi JG, et al. Características epidemiológicas e obstétricas de mulheres com abortamento recorrente e fatores de risco. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 20];28(2):48-62. Available from: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-10920>
19. Martins PL, Menezes RA. Gestação em idade avançada e aconselhamento genético: um estudo em torno das concepções de risco. *Physis* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan. 20];32(2):e320218. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320218>
20. Abrantes PG, Santos MM da S, Castañon MCMN, Leite FFC. Caracterização das alterações histopatológicas das perdas gestacionais detectadas em um serviço de anatomia patológica de referência. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 15];34:e34109. Available from: <https://>

doi.org/10.5935/2238-3182.2024e34109-en

21. Giotta M, Bartolomeo N, Trerotoli PA retrospective observational study using administrative databases to assess the risk of spontaneous abortions related to environmental and socioeconomic conditions. *Life-Basel* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 20];13(9):1853. Available from: <https://doi.org/10.3390/life13091853>
22. Fang J, Xie B, Chen B, Qiao C, Zheng B, Luan X, et al. Biochemical clinical factors associated with missed abortion independent of maternal age. *Medicine* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 20];97(50):e13573. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013573>
23. Malavé-Malavé M. Gravidez tardia: desafios e perspectivas. Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 21]. [about 7 screens]. Available from: <https://www.iff.fiocruz.br/index.php/pt/?view=article&id=230:gravidez-tardia-2022&catid=8>
24. Malpica-Cárdenas PA, Florez Peñaloza IX, Martínez-Torres J, Medina NAZ, Lee-Osorno BI, Laguado MFJ. Aborto espontáneo en estudiantes universitarias en Pamplona, Norte de Santander, en el periodo del año 2007 al 2016. un estudio transversal. *Rev Investig Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 20];8(2):32-43. Available from: <https://doi.org/10.24267/23897325.602>
25. Rubio-Schweizer G, Caro-Elgueta M, Witker-Jiménez D, de La-Cruz NP, Tona-Castellanos V. Atención a mujeres en situación de aborto en el Hospital San José (2016-2019). *Rev Chi Obstet Ginecol* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 20];86(2):202-209. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000200202>
26. Uliana MD, Marin DFD, da Silva MB, Giugliani C, Iser BPM. Hospitalization due to abortion in Brazil, 2008-2018: an ecological time-series study. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 20];31(1):e2021341. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100017>
27. Zhang H, Yan J. *Environment and Female Reproductive Health*. 1st ed. 2021. Singapore: Springer Singapore [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 20]. XI, 313 p. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-981-33-4187-6>
28. Lopes MC de L, de Oliveira RR, da Silva M de AP, Padovani C, de Oliveira NLB, Higarashi IH. Temporal trend and factors associated to teenage pregnancy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 20];54:e03639. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019020403639>
29. Gluck O, Barber E, Friedman M, Feldstein O, Tal O, Grinstein E, et al. Failure rate of medical treatment for miscarriage correlated with the difference between gestational age according to last menstrual period and gestational size calculated via ultrasound. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 20];12(19):6112. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm12196112>
30. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 20];28(6):1601-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>

Spontaneous abortions and missed miscarriage in a public hospital: maternal and sociodemographic profile*

ABSTRACT

Objective: Analyze the influence of socio-demographic and maternal factors on the occurrence of spontaneous and missed miscarriage. **Method:** A descriptive epidemiological study that analyzed socio-demographic, obstetric, and nursing variables for the period 2019-2024, collected in electronic records of a hospital in the northwest of Paraná, and analyzed using the *Pearson* chi-square test. **Results:** Of the 436 cases, predominance was identified until the 12th week of pregnancy (82.2% of missed miscarriage and 67.7% of spontaneous abortions). Abortions were significantly more prevalent in women with up to eight years of study and those with higher educational levels. Adolescents and women aged 35 or older were more vulnerable to missed miscarriage, while those aged 16 to 34 were more vulnerable to spontaneous abortion. **Conclusion:** Maternal age and schooling influence the types of abortion, evidencing sociodemographic inequalities that permeate the reproductive process. Public policies that broaden access and qualify reproductive care in the Single Health System are necessary.

DESCRIPTORS: Women; Maternal Age; Abortion, Spontaneous; Abortion, Missed; Socioeconomic Factors.

*Artículo extraído de la tesis de maestría: "Assistência recebida no contexto hospitalar durante o processo de abortamento: perspectiva de mulheres que vivenciaram a experiência", Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil, 2025.

Recibido en: 25/08/2025

Aprobado en: 21/01/2026

Editor asociado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor correspondiente:

Mariana Enumo Balestre

Universidade Estadual de Maringá

Av. Colombo, 5790 – Zona 7, Maringá-PR, 87020-900

E-mail: mebalestre@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Balestre ME, Pavinati G, de Almeida JCG, Marcon SS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Balestre ME, Pavinati G, da Silva AI, Teston EF, Marcon SS**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Balestre ME, Logullo VV, Marcon SS**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que los datos pueden disponerse bajo solicitud al autor correspondiente.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).