



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en mujeres de entre 20 a 39 años en el Hospital Básico Del IEES de Durán 2021-2023.

AUTORAS:

**Andrade Mejía, Karla Nicolle
Redwood Vargas, Nayomi Genesis**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTORA:

Dra. López Candelario, Mariuxi Carolina

**Guayaquil, Ecuador
27 de mayo del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Andrade Mejía, Karla Nicolle** y **Redwood Vargas, Nayomi Genesis** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.



Firmado electrónicamente por:
**MARIUXI CAROLINA
LOPEZ CANDELARIO**

f. _____

Dra. López Candelario, Mariuxi Carolina

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
DIRECTOR DE LA CARRERA

Guayaquil, al 27 del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Andrade Mejía, Karla Nicolle**
Redwood Vargas, Nayomi Genesis

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en mujeres de entre 20 a 39 años en el Hospital Básico del IEES de Durán 2021-2023**, previo a la obtención del título de “**Médico**”, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 27 del mes de mayo del año 2025

AUTORAS



Firmado electrónicamente por:
KARLA NICOLLE
ANDRADE MEJIA

f.

Andrade Mejía, Karla Nicolle



Firmado electrónicamente por:
NAYOMI GENESIS
REDWOOD VARGAS

f.

Redwood Vargas, Nayomi Genesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Andrade Mejía, Karla Nicolle**
Redwood Vargas, Nayomi Genesis

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en mujeres de entre 20 a 39 años en el Hospital Básico del IEES de Durán 2021-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 27 del mes de mayo del año 2025

AUTORAS



Firmado electrónicamente por:
KARLA NICOLLE
ANDRADE MEJIA

f. _____

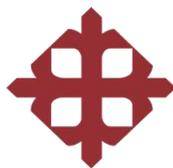
Andrade Mejía, Karla Nicolle



Firmado electrónicamente por:
NAYOMI GENESIS
REDWOOD VARGAS

f. _____

Redwood Vargas, Nayomi Genesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

REPORTE DE COMPILATIO

 INFORME DE ANÁLISIS
magister

TESIS-KARLA ANDRADE Y NAYOMI
REDWOOD,TT, PXX 74, 2 BORRADOR,
ENTREGA FINAL



Nombre del documento: TESIS-KARLA ANDRADE Y NAYOMI
REDWOOD,TT, PXX 74, 2 BORRADOR, ENTREGA FINAL.pdf
ID del documento: 45867006fe8f7b15815d3ed0267232f64989f05f
Tamaño del documento original: 4,04 MB
Autor: Karla Andrade Mejia

Depositante: Karla Andrade Mejia
Fecha de depósito: 8/5/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 8/5/2025

Número de palabras: 19.123
Número de caracteres: 134.068

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuente considerada como idéntica

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 TESIS-KARLA ANDRADE Y NAYOMI REDWOOD,TT, PXX 74, 2 BORRADO... #36f682 El documento proviene de mi biblioteca de referencias 1 fuente similar	100%		Palabras idénticas: 100% (19.102 palabras)



Firmado electrónicamente por:
MARIUXI CAROLINA
LOPEZ CANDELARIO

f. _____

Dra. López Candelario, Mariuxi Carolina

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra manera, han contribuido a la realización de este trabajo.

A mis queridos padres, María Jessenia Mejía y Juan Carlos Andrade. Queridos mamá y papá, estoy aquí reflexionando sobre todo lo que me han dado, me siento llena de gratitud. Admiro profundamente todo lo que han hecho por mí. Su sacrificio, esfuerzo y dedicación son un ejemplo por seguir. Gracias por enseñarme el valor del trabajo duro y la perseverancia. Es difícil expresar en palabras el profundo amor y admiración que siento por ustedes. Me criaron con buenos sentimientos, me enseñaron hábitos valiosos y valores, lo que me ha ayudado siempre a salir buscando el mejor camino.

A mis amigas del colegio, mi segunda familia; Melani Bravo, Grace Sánchez, Gabriela García, Ariana Arévalo, gracias por formar parte de mi vida, por ser mi equipo; juntas hemos crecido un montón, aprendido y superado cada desafío que nos ha puesto adelante. Estoy segura de que nuestra amistad perdurará a través del tiempo y el espacio.

Y a mis compañeros de la universidad; Ian Salguero, Luis Montalván, Dayanna Luna, Juan Villavicencio, María José Molina, Nayomi Redwood y Luis Paltán; gracias por darme la oportunidad de compartir con ustedes una de las etapas más arduas, laboriosas e inolvidables de la vida con ustedes. Juntos hemos crecido muchísimo, tanto a nivel personal como profesional. Su amistad ha enriquecido mi vida y me ha enseñado el verdadero valor de la lealtad. Recuerdo con mucho cariño nuestras aventuras, nuestras travesuras y los proyectos que hemos realizado juntos. Ustedes han dejado una huella imborrable en mi corazón.

Este trabajo es mucho más que una simple tesis. Es el resultado de un largo proceso de crecimiento personal y académico. Superar los desafíos y alcanzar esta meta ha requerido de mucha disciplina y perseverancia. Me siento orgullosa de haber llegado hasta aquí y de haber logrado mis objetivos. Asimismo, quiero reconocer el ambiente académico de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, que ha fomentado mi desarrollo intelectual en un ambiente académico estimulante y enriquecedor.

Karla Nicolle Andrade Mejía

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por brindarme su apoyo incondicional, las fuerzas necesarias para lograr cumplir una meta muy importante en mi vida que inicio como un sueño en mi niñez y ahora se convirtió en mi realidad. Presento mi gratitud y amor incondicional hacia mi amada familia por ser mi fuente de inspiración, por sus palabras de aliento, por su amor incondicional durante cada etapa de mi vida. Mis amados padres, son personas extraordinarias y maravillosas en todos los aspectos de su vida; soy el producto de su gran amor y de sus sabios consejos. Para mis dulces hermanas, mis confidentes que han sido mis consejeras y compañía en cada etapa de mi vida, doy gracias a Dios por tenerlas en mi vida porque sin ustedes me sentiría incompleta. Mi adorable sobrina, mi pedacito de cielo; espero brindarte el mismo amor y apoyo que tanto mereces, te amo demasiado desde el primer día que supe de tu existencia. Existe tanto por agradecer y tan limitado el espacio para decirles lo afortunada que soy por haber nacido en esta familia.

Durante mi trayecto de formación profesional en la prestigiosa UCSG he tenido el honor de conocer a personas tan increíbles que con el tiempo he podido formar una hermosa amistad. Espero y deseo que la vida me permita verlos convertidos en lo que tanto desean ser en la vida. Siempre contarán con mi apoyo así estén en el otro lado del mundo, jamás me olvidare todos esos momentos que compartimos que puedo llamarles anécdotas o story time. Puedo decir con franqueza que he tenido maravillosos amigos y excelentes docentes; no solo me transmitiera su conocimiento en lo académico y en lo personal. Me enseñaron son ejemplos lo que es el amor a la profesión; dentro de poco seremos colegas, pero eternamente serán mis amados maestros.

Nayomi Genesis Redwood Vargas

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado con profunda gratitud y amor a mis padres, Juan Carlos Andrade Gaviria y María Jessenia Mejía Andrade, por el gran sacrificio que hicieron para que yo pudiera estudiar en esta prestigiosa universidad como lo es la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Nayomi Redwood, mi compañera de tesis, este logro es tanto tuyo como mío. No solo nos pasamos horas de investigación y la adrenalina de los plazos; compartimos risas, abrazos, estrés y éxitos. Para mi no solo eres mi compañera de tesis, eres esa amiga que la vida me regaló, aquella que celebra y se alegra de mis triunfos como propios, por ser mi cómplice en todo, mi confidente incondicional y la mejor amiga que alguien podría desear. Este triunfo es nuestro, una prueba de la fuerza de nuestra amistad y el poder de trabajar juntas por un sueño compartido. ¡¡¡ Por muchos más logros y risas juntas!!!

Karla Nicolle Andrade Mejía

Dedico este proyecto con mucho amor a mis adorables padres George Redwood Imbaquingo y Fátima Vargas Moran por su apoyo incondicional y su amor eterno; haber convertido mi sueño en realidad y tener a mi familia a mi lado es el mejor regalo que tengo en este año. Me hace tan feliz poder demostrarles que su esfuerzo dio resultados, lo logre. Quiero que sepan, que son mi fuente de inspiración y mi piedra angular; este logro es más suyo que mío.

Para mi querida amiga y compañera de Tesis, Karla Andrade. Tengo el honor haber iniciado y culminado este largo trayecto a tu lado. Espero poder seguir viéndote cumplir tus metas a tu lado.

Nayomi Genesis Redwood Vargas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Chimbo Jiménez, Mercedes Margarita
OPONENTE

f. _____

Dra. Franco Sotomayor, Greta Veronica
OPONENTE

f. _____

Dr. Jouvin Martillo, José Luis
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

INDICE DE GENERAL

RESUMEN /ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS GENERERAL Y ESPECÍFICOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
<i>CAPÍTULO I: ABORTO INCOMPLETO.....</i>	<i>6</i>
DEFINICIÓN.....	6
FISIOPATOLOGÍA.....	7
<i>CAPÍTULO II: CLASIFICACIÓN DEL ABORTO</i>	<i>8</i>
SEGÚN LA INTENCIONALIDAD	8
SEGÚN SU EVOLUCIÓN	9
SEGÚN SU TERMINACIÓN.....	10
SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL.....	10
SEGÚN LAS CONSECUENCIAS	11
<i>CAPÍTULO III: CAUSAS DEL ABORTO.....</i>	<i>12</i>
ANOMALÍAS GENÉTICAS	12
ANOMALÍAS ANATÓMICAS O UTERINAS	13
TRASTORNOS ENDOCRINOS	13
CAUSAS INFECCIOSAS	15
ABORTO DE ORIGEN INMUNOLÓGICOS	15
CAUSAS AMBIENTALES	17
MECANISMO DEL ABORTO	20
<i>CAPÍTULO IV: ASPECTOS CLÍNICOS</i>	<i>21</i>
SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABORTO	21
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL ABORTO	21
DIAGNÓSTICO DEL ABORTO	22
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	22
<i>CAPÍTULO V: TRATAMIENTO</i>	<i>24</i>
<i>CAPÍTULO VI: COMPLICACIONES DEL ABORTO.....</i>	<i>26</i>
COMPLICACIONES DEL ABORTO ESPONTÁNEO	26
COMPLICACIONES TARDÍAS DEL ABORTO	28
<i>CAPÍTULO VII: MATERIALES Y MÉTODOS</i>	<i>29</i>
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y PERIODO DE TIEMPO.....	29
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	29
HISTORIAS CLÍNICAS.....	29
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	29
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	29
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30
MÉTODO DE ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	30
OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
VARIABLES DEL ESTUDIO	31
VARIABLES GINECO – OBSTÉTRICOS.....	32
ASPECTOS ÉTICOS	32
POBLACIÓN.....	33
<i>CAPÍTULO VIII: ANÁLISIS Y RESULTADOS.....</i>	<i>34</i>
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
VARIABLES CUANTITATIVAS	35
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	37
<i>CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN.....</i>	<i>50</i>
<i>CAPÍTULO X: CONCLUSIÓN</i>	<i>52</i>
<i>CAPÍTULO XI: RECOMENDACIONES</i>	<i>53</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>54</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>57</i>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Causas de aborto espontaneo	17
Tabla 2: Microorganismos implicados en la genesis del aborto espontaneo.....	18
Tabla 3: Aspectos sociodemográficos de la muestra.....	31
Tabla 4: Aspectos gineco-obstétricos de la muestra	32
Tabla 5: Variables cualitativas de las variables aplicadas.....	35
Tabla 6: Variables cuantitativas de las variables aplicadas.....	35
Tabla 7: Pacientes atendidos por área según el año 2021 al 2023.....	37
Tabla 8: Pacientes atendidos desde el 2021 al 2023 según el área del Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto	43
Tabla 9: Pacientes atendidos desde el 2021 al 2023 por el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto.....	49
Tabla 10: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área 2021	57
Tabla 11: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área 2022	58
Tabla 12: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área 2023	59
Tabla 13: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área del 2021 al 2023 por aborto incompleto.....	60
Tabla 14: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto Incompleto 2021	63
Tabla 15: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto 2022	64
Tabla 16: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto 2023	65
Tabla 17: Variables aplicadas de los aspectos socio demográficos (PARTE 1).....	66
Tabla 18: Variables aplicadas de los aspectos epidemiológicos (PARTE 1).....	66
Tabla 19: Variables aplicadas de los aspectos epidemiológicos (PARTE 2).....	66
Tabla 20: Complicaciones de los abortos incompletos en el primer trimestre de embarazo	67

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Etapas Clínicas de un Aborto	10
Ilustración 2: Porcentaje de atención según el área en el 2021	38
Ilustración 3: Porcentaje de atención según en el área en el 2022.....	40
Ilustración 4: Porcentaje de atención según el área en el 2023	41
Ilustración 5: Pacientes atendidos por el área de ginecología desde el 2021 al 2023.....	43
Ilustración 6: Porcentaje de los pacientes atendidos por el área de ginecología en el 2021	44
Ilustración 7: Porcentaje de los pacientes atendidos por el área de ginecología en el 2022	45
Ilustración 8: Porcentaje de los pacientes atendidos por el área de ginecología en el 2023	46
Ilustración 9: Pacientes atendidas por aborto incompleto desde el 2021 al 2023	47
Ilustración 10: Porcentaje de las pacientes atendidas por aborto incompleto desde el 2021 al 2023	48

RESUMEN /ABSTRACT

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) define el aborto y explora sus clasificaciones, causas, diagnóstico y tratamiento. Se clasifica el aborto según la edad gestacional, la intencionalidad inducido o espontáneo, su evolución amenaza, inminente, retenido, etc., terminación completo o incompleto y las consecuencias complicado o no complicado). Las causas del aborto son variadas, incluyendo anomalías genéticas, anomalías anatómicas uterinas, trastornos endocrinos, causas infecciosas, aborto de origen inmunológico y causas ambientales. El diagnóstico se basa en los signos y síntomas, y se confirma con exámenes complementarios como ultrasonidos y pruebas hormonales. El tratamiento del aborto incompleto se enfoca en prevenir y manejar complicaciones como hemorragias e infecciones. Las opciones de tratamiento incluyen el AMEU (Aspiración Manual Endouterina) y el legrado uterino. Las complicaciones del aborto pueden ser inmediatas o tardías, e incluyen hemorragias, infecciones, perforaciones uterinas y complicaciones relacionadas con la anestesia.

PALABRAS CLAVES: Aborto incompleto, Primer trimestre, Gineco-Obstetricia

INTRODUCCIÓN

En las practicas gineco-obstétricas diarias se observó que el aborto es el resultado final de una serie de eventos obstétricos desfavorables que pueden ser fisiológicos o inducidos que consiste en la expulsión de un feto del útero antes de su viabilidad alrededor de la semana 20 de gestación. Su cuadro clínico característico es una mujer sexualmente activa en edad reproductiva con amenorrea que presenta dolor en hipogastrio intermitente con sangrado transvaginal. La mayoría de las pérdidas gestacionales espontáneas se producen en el primer trimestre del embarazo, en las primeras 12 semanas de gestación. Aproximadamente un 20% de los abortos espontáneos ocurren entre la semana 12 y la semana 20. Además, se ha observado que cerca del 1% de las mujeres en edad reproductiva presentan abortos espontáneos de forma recurrente, situación que requiere una evaluación clínica integral para identificar posibles causas subyacentes. La etiología de estas pérdidas gestacionales es multifactorial principalmente por anomalías inherentes al producto de la concepción y exposiciones ambientales adversas. La repetición de abortos espontáneos sugiere la posible presencia de factores causales subyacentes que predisponen a la recurrencia de estas complicaciones obstétricas. (1,2).

La interrupción espontánea de la gestación se desarrolla a través de un proceso secuencial, discernible en cuatro fases clínicas distintas: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto y aborto completo. Las cuatro etapas del aborto están interconectadas. Hay muchas etiologías sobre la pérdida gestacional temprana, abarcan un espectro de factores, incluyendo disgenesias de origen embrionario/fetal y alteraciones genéticas o estructurales heredadas de los progenitores, que pueden desarrollar anomalías incompatibles con la viabilidad del embarazo. La pérdida temprana del embarazo puede provocar complicaciones como shock hipovolémico por sangrado profuso y aborto séptico por infecciones vaginales, infecciones urinarias, anemia, obesidad, siendo un problema para la salud sexual y reproductiva. Un aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido, son una complicación común que se produce cuando existe una retención parcial de material tisular, material fetal, placentario o las membranas que permanecen sin expeler en el cérvix o en el útero, posterior a un aborto, causando complicaciones como hemorragias, infecciones, perforaciones de órganos, entre otros. (3)

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que anualmente se realizan alrededor de 73 millones de abortos inducidos en todo el mundo. Estas intervenciones son más prevalentes entre mujeres jóvenes y sin vínculo conyugal formal, y su incidencia es particularmente alta en regiones en vías de desarrollo, como África, Asia y América Latina. En estos contextos, caracterizados por el sistema de salud de recursos limitados y escasa cobertura obstétrica, las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio son una de las principales causas de mortalidad materna a nivel global, ocupando el segundo lugar entre los factores de riesgo asociados a la salud reproductiva. (4,5)

Si bien se calcula que entre el 10% y el 20% de las gestaciones concluyen en aborto espontáneo durante las primeras semanas, se reconoce que esta estimación es inferior a la incidencia real. Esto se debe a que numerosas pérdidas gestacionales ocurren en fases muy precoces, incluso antes de que el embarazo sea clínicamente detectado, y pueden ser confundidas con menstruaciones tardías o inusualmente abundantes. Por esta razón, se considera que la tasa real de abortos espontáneos alcanza aproximadamente un 30%.

Un aborto incompleto puede traer consigo problemas de salud importantes, como un shock hipovolémico debido a una hemorragia uterina intensa, o un aborto séptico, que ocurre cuando bacterias invaden restos del embrión o de la placenta que quedaron dentro del útero. Sin embargo, estas complicaciones no son muy frecuentes cuando hay buena atención médica disponible, lo que hace que, en general, la mayoría de los abortos espontáneos tengan un pronóstico favorable. Sin embargo, en regiones de bajos ingresos, donde el acceso a servicios obstétricos de calidad se ve limitado por determinantes sociales de la salud, estas complicaciones pueden incrementarse notablemente. En tales escenarios, la hemorragia uterina severa y las infecciones derivadas de un aborto espontáneo no atendido de manera oportuna representan una causa importante de aumento en la morbilidad y mortalidad materna. (6,7)

JUSTIFICACIÓN

La interrupción del embarazo ya sea como consecuencia de una gestación no planificada o de un evento adverso relacionado con un aborto espontáneo, debe ser abordada no solo como un desafío relevante en el campo gineco-obstétrico, sino también desde una perspectiva integral que considere sus repercusiones multidimensionales.

Es muy importante analizar con cuidado qué problemas podrían aparecer después de un aborto. Estas secuelas pueden incluir desde problemas de salud en el aparato reproductor femenino hasta cambios en cómo se siente emocionalmente la mujer. Estos efectos negativos pueden empeorar mucho la calidad de vida de las pacientes, especialmente si son personas que ya están en una situación difícil o que no tienen fácil acceso a médicos especialistas. La magnitud y las implicaciones clínicas y epidemiológicas del aborto lo constituyen como una problemática de salud pública de primer orden, con repercusiones significativas para el bienestar integral femenino.

Para entender mejor qué está pasando, se planeó un estudio que describe lo que se observó y se analizó de la información recogida. Lo principal era calcular qué tan seguido ocurre el aborto incompleto y descubrir qué cosas o situaciones hacen que sea más probable que pase en el grupo de personas que se estudió. Cuando un embarazo termina, ya sea porque no se buscó o por un problema natural como un aborto espontáneo, no basta con verlo solo como un asunto médico de ginecología y obstetricia. Necesitamos entender todas las formas en que esto afecta a las personas: su cuerpo, su mente y cómo se relacionan con los demás.

Los hallazgos emanados de la presente investigación permitirán fundamentar la formulación de recomendaciones orientadas a la prevención primaria y secundaria. Esto, a su vez, redundará en la optimización de estrategias psicoeducativas y servirá como base empírica para la elaboración de protocolos de manejo clínico estandarizados. En este contexto, la investigación concerniente a las admisiones hospitalarias vinculadas a complicaciones del aborto concita notable interés en la comunidad científica internacional, incluyendo tanto a investigadores independientes como a organismos supranacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de aborto incompleto, los factores asociados y sus complicaciones en mujeres de 20 a 39 años en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán en el periodo comprendido entre enero a diciembre del año 2021 al 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores epidemiológicos que se presentan en un aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en las pacientes de 20 a 39 años en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán.
- Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes de 20 a 39 años que cursen por un aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán.
- Clasificar las complicaciones de mayor prevalencia que se presentan en un aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán.

CAPÍTULO I: ABORTO INCOMPLETO

DEFINICIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) establecen que el aborto es la interrupción del embarazo mediante la expulsión o extracción intrauterina del producto de la concepción antes de alcanzar la capacidad de viabilidad extrauterina de 500g o con una edad gestacional que no supera las 22 semanas desde la última menstruación. Según la edad gestacional, se puede clasificar en, precoz cuando ocurre antes de las 12 semanas, y tardío, cuando ocurre después de las 12 semanas. (8–11)

De acuerdo con el período de desarrollo en el que se produce la pérdida, se puede clasificar en:

- **Preembrionaria:** Hasta las semanas 5 y 6, contando desde la FUM (Fecha de Última Menstruación).
- **Embrionaria:** Desde la semana 7 hasta la semana 10.
- **Fetal:** A partir de la semana 11 y se extiende hasta la semana 20.
- **Óbito:** A partir de la semana 20.

El aborto incompleto es un subtipo de aborto espontáneo, inevitable o fallido. Este consiste en la presencia de un cérvix permeable o tejido en el canal cervical por la expulsión parcial de material tisular en forma de coágulos por el canal vaginal del producto de la concepción.

Se caracteriza por presentar dolor de alta intensidad en la región hipogástrica acompañada de metrorragia abundante, modificaciones cervicales como el cuello permeable e incluso con palpación de restos ovulares en el canal cervical junto con una altura uterina ligeramente menor de la que correspondería a la edad gestacional. Otras complicaciones pueden incluir hemorragias de gran magnitud, procesos infecciosos localizados o sistémicos, perforación de vísceras adyacentes, entre otros. (1)

EPIDEMIOLOGÍA

Según el Instituto Guttmacher, la gestación no planificada y la interrupción del embarazo constituyen fenómenos reproductivos prevalentes a escala global. Su incidencia se observa con independencia del nivel socioeconómico nacional, la región geográfica o el marco legal que regule la práctica abortiva en un territorio determinado. De estos se producen 73 millones de abortos anualmente, seguros y peligrosos. (5)

Se estima que aproximadamente 5 millones de mujeres son internadas en los centros hospitalarios cada año para recibir tratamiento por complicaciones relacionadas con el aborto, como hemorragias y sepsis. La tasa de complicaciones asociadas a los procedimientos de abortos inseguros son equivalentes al 13% de las muertes maternas a nivel global o 47 millones anuales. La gran mayoría de todas las muertas relacionadas con el aborto se producen en países en desarrollo. En América Latina, se estima que el número de abortos que ocurren cada año aumentó entre el 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones, para una tasa de 32 de cada 1.000 abortos, 2 más que el promedio mundial. 3.7 millones de abortos clandestinos ocurren en América Latina; la mitad corresponde a mujeres de 20 a 29 años. (12)

FISIOPATOLOGÍA

Desde una perspectiva fisiopatológica, el aborto incompleto se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción, hecho que se hace clínicamente evidentes días después de la muerte embrionaria o de un desprendimiento placentario parcial, especialmente cuando no se han aplicado de forma oportuna las medidas de cuidado obstétrico durante el primer trimestre de la gestación. Si la madre presenta algún factor de riesgo como ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual) o alguna enfermedad crónica, será propensa a sufrir de aborto. Clínicamente, se presenta con sangrado uterino inicial de bajo volumen que puede intensificarse, asociado a necrosis focal en el lecho placentario con infiltración leucocitaria. Se evidencia un desprendimiento parcial o total de los productos de la concepción, acompañándose de contracciones uterinas intensas y rítmicas, con intervalos de aproximadamente cinco minutos, progresiva dilatación cervical y expulsión parcial o completa del tejido embrio-fetoplacentario. (13,14)

CAPÍTULO II: CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

SEGÚN LA INTENCIONALIDAD

El aborto inducido, también denominado provocado o voluntario, se define como la finalización deliberada de la gestación mediante intervenciones médicas, farmacológicas o quirúrgicas dirigidas específicamente a interrumpir el desarrollo embriofetal. Este procedimiento puede realizarse en contextos regulados por la legislación vigente o, por el contrario, en condiciones de clandestinidad, dependiendo del marco normativo del país o región.

- **Terminación voluntaria de la gestación:** Cuando hablamos de la decisión libre de terminar un embarazo, la base de todo es la autonomía de la mujer sobre su propio cuerpo y reproducción. Esto significa que la paciente tiene el derecho de pedir que se interrumpa su embarazo simplemente porque esa es su decisión informada, sin que tenga que dar explicaciones médicas o sociales adicionales para que se realice el procedimiento.
- **Interrupción del embarazo por diagnóstico prenatal de condición fetal incompatible con la vida o con grave afectación de la calidad de vida:** Se indica ante la presunción o confirmación prenatal de malformaciones congénitas graves o enfermedades hereditarias que condicionen mala calidad de vida o supervivencia limitada del producto.
- **Interrupción terapéutica del embarazo por riesgo para la salud materna:** Esto sucede cuando se decide seguir adelante con el embarazo, el cual podría poner en peligro la salud física o mental de la mujer gestante, llegando incluso a arriesgar su vida o su bienestar general.
- **Reducción fetal selectiva en casos de gestación múltiple:** Es cuando en un embarazo de varios bebés se toma la decisión de que uno o más de ellos dejen de desarrollarse. El objetivo principal es que los bebés que siguen adelante tengan una mejor oportunidad de sobrevivir y crecer sanos, lo que ayuda a que todo salga mejor en embarazos múltiples que son más complicados.

- **Interrupción del embarazo por causal de violencia sexual:** Procede cuando el embarazo es consecuencia de violencia sexual, reconociendo la necesidad de asistencia médica y psicosocial inmediata a la víctima

El aborto espontáneo, también denominado involuntario, corresponde a la pérdida gestacional que ocurre de manera natural, sin mediación de intervenciones intencionadas por parte del ser humano, y suele estar asociada a causas genéticas, anatómicas, endocrinas, infecciosas o inmunológicas que interfieren con la viabilidad del embarazo en sus primeras etapas.

SEGÚN SU EVOLUCIÓN

La amenaza de aborto se caracteriza por sangrado vaginal leve, que puede o no estar acompañado de dolor tipo cólico en la región hipogástrica. A diferencia del aborto inminente o inevitable, donde el proceso de interrupción gestacional ya no puede ser detenido. En la amenaza de aborto aún existe la posibilidad de continuar con una gestación viable si se instaaura el manejo adecuado.

El aborto retenido, diferido o fallido es aquel en el que persiste el producto de la concepción, sin vitalidad dentro del útero materno, tras la interrupción del embarazo. Una condición relevante dentro del espectro de pérdidas gestacionales tempranas es la gestación anembrionada, definida como la presencia de un saco gestacional sin evidencia ecográfica de embrión en su interior. Su causa se asocia, en la mayoría de los casos, a alteraciones cromosómicas que impiden el desarrollo embrionario adecuado desde las primeras etapas de la implantación. (1)

El aborto habitual, también denominado aborto recurrente, se define como la ocurrencia de tres o más pérdidas gestacionales espontáneas consecutivas, o bien cinco o más pérdidas no consecutivas, en etapas tempranas del embarazo. Esta condición requiere una evaluación clínica y etiológica integral para identificar posibles factores predisponentes, tanto maternos como embrionarios. (1)

ETAPAS	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado Incompleto	Aborto consumado Completo
DIAGNÓSTICO				
Metrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Mínima
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	- Cuello abierto - Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

Ilustración 1: Etapas Clínicas de un Aborto (1)

SEGÚN SU TERMINACIÓN

El aborto completo se define como la evacuación íntegra de los productos de la concepción, sin retención de tejido embrionario o placentario dentro de la cavidad uterina, situación que se acompaña habitualmente de cese del sangrado y cierre progresivo del cuello uterino. En comparación al aborto incompleto se caracteriza por la expulsión parcial del contenido gestacional, persistiendo restos ovulares intrauterinos que pueden dar lugar a hemorragias, infecciones y requerir intervención médica para su resolución.

SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL

El aborto bioquímico, también denominado preclínico, se refiere a la pérdida gestacional que ocurre posterior a la implantación embrionaria, pero antes de que sea posible la visualización ecográfica del saco gestacional, usualmente entre la cuarta y quinta semana de gestación. En comparación, el aborto clínico se presenta una vez confirmado ecográficamente el embarazo intrauterino, y se clasifica según la edad gestacional en: aborto embrionario, cuando la interrupción ocurre entre la sexta y octava semana, y aborto fetal, cuando tiene lugar entre la décima y la vigésima segunda semana de gestación.

SEGÚN LAS CONSECUENCIAS

Podemos hablar de abortos simples o complejos, dependiendo de circunstancias en las que hayan ocurrido las cosas. Esta forma de clasificarlos nos ayuda a ver la diferencia entre un aborto complicado y un no complicado. Los abortos con complicaciones pueden llevar a efectos adversos para la salud, sobre todo infecciones graves, como el aborto séptico, y sangrados muy abundantes. El aborto séptico es una infección severa en la parte alta del tracto genital superior, lo que pone en mucho peligro la circulación de la sangre. Y si hay mucho sangrado, se necesita atención médica urgente para que no haya más riesgos

CAPÍTULO III: CAUSAS DEL ABORTO

En términos generales, los abortos incompletos no son prevenibles en su totalidad, dado que aproximadamente el 50 % de los casos están relacionados con anomalías cromosómicas de origen embrionario, las cuales ocurren de manera aleatoria. Sin embargo, una proporción significativa se asocia a factores de riesgo y causas potencialmente modificables. Entre estas se encuentran la edad materna avanzada, patologías crónicas como DM (Diabetes mellitus), HTA (Hipertensión Arterial), enfermedades renales, problemas de tiroides, SOP (Síndrome de Ovario Poliquístico), lupus eritematoso sistémico, trombofilia, así como alteraciones del índice de masa corporal, útero anormal, exposición a teratógenos; Además, la exposición a agentes teratógenos como fármacos, alcohol, cafeína, radiación ionizante e determinadas infecciones; VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), *Listeria Monocytogenes*. En consecuencia, algunas de las etiologías o factores de riesgo modificables pueden dar lugar a anomalías congénitas, que comprometan la viabilidad del embarazo, desencadenando eventualmente un aborto incompleto. (7,15,16)

ANOMALÍAS GENÉTICAS

Las anomalías cromosómicas son una causa frecuente de aborto espontáneo, con una incidencia del 50 al 70%. El porcentaje de anomalías cariotípicas se reduce a medida que avanza la gestación. En el primer trimestre, las trisomías autosómicas, especialmente la trisomía 16, son las alteraciones cromosómicas más comunes, estas dependen de factores determinantes como la edad materna avanzada, las traslocaciones balanceadas parentales y el retraso en la fecundación.

Las trisomías 13, 18 y 21, así como la monosomía 45 X0 (Síndrome de Turner), son alteraciones cromosómicas que se observan con mayor frecuencia en el segundo trimestre de gestación. Las translocaciones equilibradas son la anomalía cromosómica más común en el aborto a repetición, el 2 al 5% de las parejas afectadas presentan una translocación equilibrada.(17)

ANOMALÍAS ANATÓMICAS O UTERINAS

Entre las causas de aborto relacionadas con anomalías anatómicas o uterinas provocadas por alteraciones en la forma y estructura del útero que se originan durante el desarrollo fetal, observamos malformaciones uterinas por implantación, sinequias uterinas, insuficiencia ístmicocervical, entre otras.

Los problemas de forma en el útero solo explican alrededor de 25% de las pérdidas de embarazo, siendo el útero tabicado uno de los más importantes. Aunque parezca grave, tener un útero doble no se asocia con que aumente la tasa de abortos. Esto es porque el problema principal en la pérdida de embarazos no es que falte espacio, sino que a veces hay problemas con cómo le llegan la sangre y los nutrientes al revestimiento del útero.

La localización de los miomas uterinos más predisponentes para finalizar el embarazo son los miomas submucosos, ya que producen trastornos en la vascularización o compresión en el desarrollo del embarazo. Por otro lado, las sinequias uterinas son bandas de tejido cicatricial que se forman dentro de la cavidad uterina, teniendo una causa significativa del 15 al 30% de los casos de aborto habitual.

Cuando hablamos de incompetencia cervical, o insuficiencia ístmo-cervical, nos referimos a que el cuello del útero no puede mantenerse bien cerrado durante el embarazo debido a la presión de lo que hay dentro del útero. Esto hace que sea más fácil que gérmenes que normalmente están en la vagina suban hacia el espacio donde está el bebé, aumentando el riesgo de infecciones. Aunque a veces esto pasa por lesiones anteriores en el cuello del útero, a menudo causadas por procedimientos médicos, también puede tener que ver con cosas con las que se nace o que se adquieren después, como problemas en cómo se pega la placenta, malformaciones del útero como el útero hipoplásico, o si la madre tomó una medicina llamada Dietilestilbestrol (DES) cuando estaba embarazada de la persona afectada.

TRASTORNOS ENDOCRINOS

Los problemas en la fase lútea, esa etapa del ciclo que es crucial para que el embrión se implante bien y para que el embarazo siga adelante en sus primeras semanas, son algo delicado. Para que todo funcione correctamente, el cuerpo lúteo tiene que estar bien, el

endometrio tiene que madurar y el blastocisto tiene que anidar sin problemas. Si se quita el cuerpo lúteo antes de la séptima semana de embarazo, casi siempre se produce una interrupción del embarazo. De hecho, la Deficiencia de la Fase Lútea (DFL) es un problema hormonal que se encuentra con bastante frecuencia en mujeres que han tenido pérdidas de embarazo espontáneas. Esto puede ocurrir porque el revestimiento del útero no funciona como debería o porque no se produce suficiente progesterona.

Adicionalmente, esta condición, refiriéndose a la insuficiencia lútea o problemas relacionados, puede ser una secuela de una anomalía cromosómica fetal que repercute negativamente en la funcionalidad del cuerpo lúteo, evidenciándose una correlación particular con la trisomía 13. El abordaje diagnóstico de estas disfunciones se sustenta en una variedad de metodologías que incluyen el seguimiento seriado de la temperatura corporal basal, la determinación de los niveles séricos de progesterona, el análisis histológico del tejido endometrial, biopsia, la evaluación mediante ultrasonografía, y el estudio de biomarcadores proteicos en el endometrio. (18,19)

Dentro del espectro de disfunciones en la secreción de Hormona Luteinizante (LH), la hipersecreción de esta gonadotropina durante la fase folicular del ciclo menstrual se ha identificado como un factor etiológico asociado a la pérdida gestacional espontánea, sugiere que a niveles elevados de LH alteraría la cronología de la maduración del oocito desencadenando la reanudación de la meiosis I antes de la ovulación. Este desequilibrio se correlacionaría con un aumento en la frecuencia de anomalías genéticas en el envejecimiento precoz del oocito.

Entre las anomalías tiroideas tenemos a los anticuerpos antitiroideos, anti-tiroglobulina y anti-peroxidasa, que con frecuencia aparecen elevados en pacientes que hayan abortado. La eficacia clínica de las pruebas convencionales de función tiroidea no ha logrado establecer de forma concluyente el valor diagnóstico o terapéutico de las pruebas estándar para evaluar su función.

La literatura médica establece un vínculo etiológico bien definido entre la desregulación del metabolismo de la glucosa, característica de la Diabetes Mellitus (DM), y un incremento en la incidencia de pérdidas gestacionales espontáneas. No obstante, en individuos con Diabetes

Mellitus tipo I (DM1), la tasa de aborto espontáneo puede ser dos a tres veces mayor en comparación con la población general. Por el contrario, en gestantes con DM subclínica o aquellas que mantienen un control glucémico óptimo, el riesgo de experimentar un evento de pérdida gestacional temprana no parece estar significativamente elevado.

CAUSAS INFECCIOSAS

Cuando una mujer se encuentra por primera vez con agentes infecciosos en los tres primeros meses de embarazo, esto se asocia fuertemente con una mayor probabilidad de tener un aborto espontáneo. Este riesgo se hace aún mayor por lo dañino que puede ser el microorganismo en sí, sobre todo por su capacidad de causar una infección en la placenta.

La condición de portador asintomático en la gestante constituye un factor de riesgo relevante en la etiología del aborto. Asimismo, los estados de inmunosupresión, ya sean inducidos por agentes inmunosupresores, tratamiento con quimioterapia, corticosteroides o por infecciones como el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), pueden predisponer a la pérdida gestacional. Las infecciones agudas de diversa índole pueden desencadenar abortos esporádicos, aunque ciertos patógenos, como Variola virus (Viruela), Vibrio cholerae (Cólera), Plasmodium spp. (Paludismo), Toxoplasma gondii (Toxoplasmosis) y Brucella Spp. (Brucelosis), han sido particularmente implicados. De igual manera, microorganismos como Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Listeria monocytogenes, CMV (Citomegalovirus) y el VHS (Virus Herpes Simple). También se han asociado con la ocurrencia de abortos. No obstante, no se ha demostrado una relación directa entre la infección por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y un aumento en la tasa de abortos espontáneos. En contraste, la sífilis (Lúes) es la única infección con evidencia concluyente de asociación con el aborto recurrente. (17)

ABORTO DE ORIGEN INMUNOLÓGICOS

Se estima que aproximadamente el 80% de los abortos espontáneos de etiología no identificada podrían tener un origen inmunológico. En condiciones normales, el sistema inmunitario materno reconoce al complejo fetoplacentario como un aloinjerto semi-alogénico y, mediante mecanismos de tolerancia inmunológica, permite su adecuada

implantación y desarrollo. Cualquier alteración en este proceso de tolerancia inmunitaria puede desencadenar una respuesta inmunopatológica que comprometa la viabilidad del embarazo.

En este contexto, se ha documentado una mayor frecuencia de autoanticuerpos, tanto órgano-específicos como no órgano-específicos, en pacientes con pérdidas gestacionales recurrentes. Se postula que estos anticuerpos, así como ciertos mediadores inmunitarios como la inmunoglobulina G (IgG) y el interferón gamma, pueden ejercer efectos citotóxicos sobre el embrión o el trofoblasto, interfiriendo con la gestación temprana.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se ve como una de esas enfermedades autoinmunes que tienen una conexión fuerte con la pérdida de embarazos que se repiten. Esta relación parece deberse, sobre todo, a la presencia de ciertos anticuerpos, los antifosfolípidos, que hacen que la sangre tienda más a coagularse, lo que puede causar trombos en los vasos sanguíneos de la placenta. Además, se ha observado que cuando hay otros problemas autoinmunes, con niveles altos de anticuerpos antinucleares y tiroideos, también aumenta de forma importante la posibilidad de tener abortos espontáneos.

Cuando hablamos de los anticuerpos relacionados con el Síndrome Antifosfolípido (SAF), hay tres tipos principales que son importantes para los médicos: el anticoagulante lúpico, los anticuerpos anticardiolipinas y los resultados que salen positivos en pruebas de sífilis como el VDRL, aunque no lo sean realmente. Se ha visto que tener estos anticuerpos se relaciona con que las mujeres sufran abortos de repetición con más frecuencia, quizás porque interfieren en cómo se desarrollan y se implantan las células que formarán la placenta, especialmente en una etapa llamada sincitiotrofoblastogénesis. Pero estos anticuerpos no solo afectan al embrión, sino que también pueden causar problemas de coagulación en arterias y venas, y se asocian con cosas como tener las plaquetas bajas y una anemia causada por la destrucción de los glóbulos rojos por el propio cuerpo. Para diagnosticar el SAF, los médicos se fijan en estos síntomas y también en sí se encuentran niveles altos de anticuerpos anticardiolipinas en los análisis. Se estima que el SAF está presente en un porcentaje variable de casos de pérdida de embarazo recurrente, entre un 7% y un 30%

Los eventos de aborto espontáneo aislados no suelen correlacionarse con la detección de anticuerpos antifosfolipídicos circulantes. El síndrome antifosfolipídico se trata con ácido acetilsalicílico, e incluso con heparina, y sus beneficios están comprobados. Se procede a la instauración de estos regímenes terapéuticos inmediatamente tras la confirmación del estado gestacional. No obstante, desde una perspectiva clínica óptima, se recomienda iniciar la intervención terapéutica durante la fase preconcepcional. Hasta el momento, no se ha logrado demostrar de manera concluyente una implicación directa de los ANA (Anticuerpos Antinucleares) y antitiroideos en la etiopatogenia del aborto recurrente. La evidencia actual no respalda la indicación de su determinación como parte del estudio diagnóstico rutinario en estos casos. No obstante, algunas enfermedades autoinmunes que comprometen la función gonadal sí han mostrado una asociación con pérdidas gestacionales repetidas.

CAUSAS DE ABORTO	
ETIOLOGÍA	PORCENTAJE %
Anomalías Genéticas	50-60
Anomalías Endocrinas	10-15
Separación Corio-amniótica	5-10
Incompetencia Cervical	8-15
Infecciones	3-15
Placentación Anormal	5-15
Anormalidades Inmunológicas	3-5
Alteraciones Anatómicas Uterinas	1-3
Desconocidas	<5

Tabla 1: Causas de aborto espontáneo (15)

CAUSAS AMBIENTALES

Tabaco: El consumo de tabaco se ha vinculado con un aumento en la incidencia de abortos espontáneos en mujeres gestantes, independientemente de la edad materna. Esta asociación muestra una relación dosis-dependiente con la cantidad de humo inhalado. La ausencia de anomalías cromosómicas en los productos abortivos sugiere un efecto teratogénico directo del tabaco sobre el desarrollo embrionario. Los mecanismos de acción de microorganismos implicados en la génesis del aborto espontáneo son:

MICROORGANISMOS IMPLICADOS EN LA GENESIS DEL ABORTO ESPONTANEO	
AGENTE CAUSAL	MECANISMO
Virus Rubeola Parvovirus B19 Coxsackie B Virus Varicela Zóster	Fetotoxicidad
Citomegalovirus Cronico Virus Herpes Simple Treponema Pallidum Borrelia Burgdoferi	Embriopatía
Plasmodium SP	Congestión Plaquetaria
Chlamydia SP Ureaplasma Urealyticum Mycoplasma Hominis	Endometritis Endocervicitis
Listeria Monocytogenes Otros Gram (+) y Gram (-) frecuentes	Amnionitis o DIU Infectado

Tabla 2: Microorganismos implicados en la génesis del aborto espontaneo

Alcohol y tóxicos químicos: En cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias químicas tóxicas, aunque no se ha establecido una relación causal directa entre el alcohol y la pérdida gestacional, múltiples estudios observacionales han reportado un incremento en la frecuencia de abortos espontáneos en mujeres con consumo crónico.

Tóxico: La exposición ocupacional o ambiental a agentes como óxido de etileno, compuestos derivados del caucho y solventes industriales se ha asociado con un mayor riesgo reproductivo.

Cafeína: El consumo elevado de cafeína durante el embarazo también ha sido relacionado con restricción del crecimiento intrauterino y aumento del riesgo de pérdida embrionaria.

Radiaciones: En lo referente a la exposición a radiación ionizante durante la gestación, se ha dilucidado que los estudios de imagen diagnósticos que emplean esta modalidad generalmente no confieren un riesgo clínicamente significativo para la morfogénesis y el desarrollo fetal ni comprometen la continuidad del embarazo. En marcado contraste, la radioterapia aplicada al útero grávido con fines terapéuticos se correlaciona con una

incidencia incrementada de aborto espontáneo. Cabe destacar que la ultrasonografía obstétrica diagnóstica, al no emplear radiación ionizante, no conlleva un aumento en el riesgo de pérdida gestacional.

Anticoncepción: Por lo que sabemos ahora, usar pastillas anticonceptivas hormonales antes de ponerse un Dispositivo Intrauterino (DIU) no parece aumentar el riesgo de perder el embarazo. Sin embargo, si una mujer se queda embarazada teniendo ya puesto el DIU, sí hay más chances de que sufra un aborto espontáneo. En cuanto a los espermicidas, usarlos antes de buscar un bebé o al principio del embarazo no se ha relacionado con que haya más abortos.

Traumatismos: Aunque no es algo que pase mucho, un golpe fuerte o una lesión física importante pueden provocar la pérdida de un embarazo, sobre todo si la agresión ocurre justo cuando se está produciendo el aborto, lo que muestra una causa directa.

Edad materna: La endometritis es como una inflamación de la capa de dentro del útero. Puede presentarse de dos maneras: de forma repentina y con síntomas, aguda, o de forma más silenciosa, crónica. La aguda suele venir por una infección, a menudo después de meter algo en el útero o tras un aborto, y se nota por fiebre y sangrados raros. En cambio, la crónica a menudo no da síntomas o son muy leves, lo que hace que sea difícil saber qué está pasando.

Condiciones laborables: Se ha visto que ciertos trabajos, como los que tienen turnos de noche o que van rotando, se asocian con un mayor riesgo de perder el embarazo de forma espontánea. Este riesgo parece ser más importante en embarazos que ya tienen otros problemas de salud o que necesitan una atención médica más especializada.

MECANISMO DEL ABORTO

El aborto responde a una serie de mecanismos fisiopatológicos complejos que varían según su etiología y momento gestacional. En líneas generales, el proceso se inicia con alteraciones a nivel decidual, embrionario o placentario que desencadenan una respuesta inflamatoria local, caracterizada por infiltración leucocitaria, liberación de citocinas proinflamatorias (como IL-1, IL-6, TNF- α) y activación de prostaglandinas, particularmente PGE2 y PGF2 α . Estas sustancias inducen la contractilidad miometrial y favorecen la dilatación cervical.

Simultáneamente, pueden presentarse fenómenos de desprendimiento del trofoblasto o de la placenta en formación, lo que interrumpe el intercambio materno-fetal, precipitando hipoxia embrionaria o fetal y necrosis tisular. En los abortos espontáneos de origen genético, se identifica con frecuencia una disfunción en la proliferación celular del embrión que impide su desarrollo adecuado, mientras que en causas infecciosas o endocrinas se alteran los mecanismos de tolerancia inmunológica o soporte hormonal necesarios para la progresión del embarazo. (17,20,21)

El cuadro clínico resultante incluye contracciones uterinas, hemorragia vaginal y eventual expulsión total o parcial de los productos de la concepción, dependiendo del tipo de aborto.

CAPÍTULO IV: ASPECTOS CLÍNICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABORTO

La evaluación clínica de un aborto, como son los signos y síntomas, requiere la confirmación previa del estado gestacional y la determinación precisa o aproximada de la edad gestacional, ya sea mediante la anamnesis de la fecha de la última menstruación o mediante otros métodos diagnósticos. Debemos conocer si expulsó parte del embrión y tratar de identificar una causa. En el examen físico, el útero es de tamaño más pequeño que el esperado, el cuello está abierto y hay presencia de sangrado vaginal, el cual puede ir desde muy leve hasta muy intenso, inclusive al punto de atentar contra la vida del paciente; es el llamado aborto incompleto hemorrágico. El sangrado transvaginal es el signo clínico más prevalente en todas las presentaciones de aborto, manifestándose desde un sangrado escaso asintomático hasta un cuadro de shock hipovolémico. La presencia de dolor abdominal bajo y actividad uterina contráctil no es un hallazgo constante. La evaluación del tamaño uterino puede revelar discrepancia con la edad gestacional, lo que sugiere la posible expulsión previa del saco gestacional. El examen cervical puede evidenciar un orificio cervical externo cerrado o dilatado, con o sin visualización o expulsión de restos ovulares. (17,22)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL ABORTO

En los exámenes complementarios se cuenta con estudios imagenológicos y pruebas hormonales. Dentro de los estudios radiológicos tenemos al ultrasonido; con el ultrasonido transvaginal es posible la visualización del saco gestacional desde las 4,5 semanas, y con la ecografía o ultrasonido abdominales se puede observar el saco gestacional desde las 5,5 semanas. Existen criterios mayores para la interpretación del ultrasonido, como la ausencia del embrión en el saco de al menos 25 mm, con una sensibilidad del 29% y una especificidad del 99%. Y existen criterios menores como una reacción decidual menor a 2 mm, con una sensibilidad del 28% y especificidad de 99%.

Las pruebas hormonales son la β -hCG (Gonadotropina Coriónica Humana), la progesterona y el estradiol; estas son muy útiles en los embarazos de menos de seis semanas. (17)

DIAGNÓSTICO DEL ABORTO

Para la realización del diagnóstico nos basamos en los síntomas y signos y si es necesario en los exámenes complementarios que nos van a confirmar el diagnóstico clínico para proceder a un tratamiento adecuado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante la presencia de sangrado transvaginal durante el primer trimestre del embarazo, es imperativo establecer un diagnóstico diferencial exhaustivo que influya la consideración de otras entidades patológicas capaces de manifestarse con sangrado en esta etapa gestacional:

- **Sangrado por implantación**

Se describe un sangrado escaso, inferior al volumen menstrual habitual, que se presenta aproximadamente en la mitad de las gestantes durante el intervalo comprendido entre la cuarta y sexta semana de gestación. En ocasiones, la hemorragia vaginal del primer trimestre puede simular un sangrado menstrual, lo que puede inducir a un cálculo erróneo de la edad gestacional. No obstante, este tipo de sangrado no se asocia a un peor pronóstico del embarazo en curso, por lo que no se considera un indicativo de amenaza de aborto.

- **Patología del aparato genital**

Una exploración ginecológica exhaustiva, que incluya la inspección con espéculo, permitirá discernir la etiología del sangrado, determinando si su procedencia radica en la región vulvovaginal o, por el contrario, si su origen se sitúa a nivel intrauterino. El traumatismo coital, resultante de la fricción durante el coito, constituye una etiología frecuente de hemorragia vaginal durante el primer trimestre gestacional. Esta vulnerabilidad se atribuye a la mayor friabilidad de la mucosa vaginal y cervical, consecuencia de los cambios fisiológicos propios del embarazo.

- **Metrorragia disfuncional**

En toda paciente en edad reproductiva que consulte de manera urgente por un episodio de sangrado uterino anormal, se indica la realización de una prueba de embarazo con el fin de excluir la posibilidad de gestación.

- **Embarazo ectópico**

La principal dificultad en el establecimiento del diagnóstico diferencial surge cuando, a pesar de la confirmación de la gestación mediante pruebas de laboratorio, la visualización ecográfica del saco gestacional resulta inviable. En estos casos se deben cuantificar los niveles séricos de β -hCG. Se debe mantener un alto índice de sospecha de gestación ectópica cuando la evaluación ecográfica transvaginal revela un útero sin evidencia de saco gestacional intrauterino y los niveles séricos de β -hCG superan las 1800 mUI/mL.

- **Gestación molar**

Ante la detección de niveles séricos significativamente elevados de β -hCG junto con el hallazgo ecográfico de cambios hidrópicos placentarios o la presencia de quistes tecaluteínicos, se debe plantear la sospecha diagnóstica.

CAPÍTULO V: TRATAMIENTO

La hemorragia y las infecciones son los dos riesgos primordiales asociados a la retención de restos ovulares; por lo tanto, la terapéutica debe orientarse a la prevención y manejo de estas potenciales complicaciones. El manejo de la paciente puede ser ambulatorio dependiendo de las condiciones de la misma; se incluyen actividades como: monitorización de signos vitales, restricción de la ingesta oral por un lapso de seis horas, administración de fluidoterapia intravenosa y la instauración de analgésicos; la intensidad del dolor muestra una variabilidad directamente proporcional a la edad gestacional, la duración del embarazo en curso, la extensión de la dilatación cervical y el nivel de ansiedad manifestado por la paciente. Se indica la prescripción de fármacos uterotónicos con el propósito de minimizar la hemorragia. Se reserva el uso de antibioticoterapia de acuerdo al criterio clínico. Dependiendo de la evaluación específica de cada caso, se procederá a la evacuación del contenido uterino mediante un Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o a través de un legrado uterino quirúrgico.

Este método suele verse como una de las mejores maneras de interrumpir un embarazo de forma voluntaria, ya que funciona muy bien y, por lo general, es bastante seguro, con muy pocas complicaciones. Durante el procedimiento, se utilizan unos tubos estériles para aspirar el contenido del útero de forma controlada y cuidadosa. Si se usa anestesia local o no, es algo que decide el médico según lo que necesite cada paciente en particular.

Es pertinente señalar que, si bien la AMEU no requiere necesariamente un quirófano, su realización debe efectuarse en un área designada y equipada para tal fin, tal como se establece las guías prácticas. Las ventajas inherentes a la AMEU incluyen un menor índice de complicaciones posterior al procedimiento, un costo operativo reducido, la provisión de un servicio de alta calidad, la factibilidad de emplear anestesia local, la no obligatoriedad de un entorno quirúrgico convencional, aunque sí de un espacio predeterminado, y un tiempo de recuperación posterior a la intervención significativamente menor en comparación con la técnica de legrado uterino. (23,24)

El legrado uterino constituye una de las técnicas más accesibles y ampliamente utilizadas para la evacuación del contenido intrauterino. Este procedimiento se realiza bajo anestesia,

con la paciente posicionada en litotomía. Utilizando un espéculo o valva vaginal, se expone el cuello uterino, el cual se estabiliza mediante pinzamiento y tracción controlada. A continuación, se evalúa la longitud de la cavidad uterina con un histerómetro. En los casos en que el cuello se encuentra cerrado, se procede a su dilatación progresiva mediante el uso de dilatadores de Hegar, aunque este paso puede ser obviado si se ha efectuado previamente una preparación farmacológica del cérvix.

Una vez alcanzada la dilatación cervical apropiada, se procede a la inserción de una legra metálica, idealmente seleccionando el calibre de mayor tamaño que sea compatible con la luz del canal cervical, hasta alcanzar el fondo uterino. La técnica de legrado se ejecuta a través de tracciones metódicas en dirección caudal, hacia el orificio cervical, realizando un barrido sistemático de la totalidad de la superficie endouterina, incluyendo todas sus paredes, con el fin de asegurar la remoción completa del contenido intrauterino.

Entre los efectos secundarios más frecuentes posteriores al procedimiento se reportan dolor tipo cólico de intensidad variable, náuseas, vómito y sangrado vaginal, generalmente comparable al flujo menstrual en cuanto a cantidad y duración. (17)

CAPÍTULO VI: COMPLICACIONES DEL ABORTO

La incidencia de complicaciones asociadas a la interrupción del embarazo es considerablemente baja cuando el procedimiento es realizado por el especialista con la debida capacitación y experiencia. Sin embargo, existen complicaciones que se realizan tanto en las casas de salud como fuera de estas; dentro de las complicaciones propias a la interrupción voluntaria del embarazo, encontramos la hemorragia, su etiología puede incluir la retención de restos ovulares, traumatismos o daño a nivel del cérvix y, en casos menos frecuentes, la perforación uterina. Las complicaciones infecciosas presentan una baja incidencia tras la interrupción voluntaria del embarazo, siempre que el procedimiento se haya llevado a cabo de acuerdo con las normas de asepsia y los protocolos médicos vigentes.

La administración de anestesia puede conllevar la aparición de algún tipo de complicaciones, no obstante, la anestesia local es más segura en comparación con la anestesia general, por lo que el AMEU es más segura que el legrado uterino. La interrupción voluntaria del embarazo, realizada bajo condiciones seguras y siguiendo los protocolos médicos establecidos, generalmente no se asocia con secuelas a largo plazo en la salud general ni en la capacidad reproductiva de la paciente. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto. (18,22)

COMPLICACIONES DEL ABORTO ESPONTÁNEO

No se conocen bien las causas de la mayoría de los abortos espontáneos. Tienen lugar durante el primer trimestre del embarazo y se producen normalmente debido a defectos o anomalías cromosómicas. En muchos casos se resuelven sin producir ningún síntoma, apenas un retraso en la aparición de la menstruación. Otros síntomas son debidos a una evacuación incompleta que en estos casos ha de ser terminada por métodos quirúrgicos; también se presentan sangrados más o menos abundantes producidos normalmente por dicha evacuación incompleta y en menor número a infecciones por retención. (7,21,25)

COMPLICACIONES DEL ABORTO INDUCIDO

Estas pueden considerarse las complicaciones más frecuentes:

- A. Evacuación incompleta:** En algunos casos puede ser necesaria una nueva intervención para evacuar el útero.
- B. Sangrados abundantes:** Normalmente, se deben a evacuaciones incompletas.
- C. Infecciones:** Las infecciones en el contexto ginecológico-obstétrico pueden manifestarse clínicamente a través de diversos signos y síntomas, entre los cuales se incluyen dolor en la región abdominal o pélvica, hipersensibilidad uterina a la palpación, secreción vaginal de características purulentas, así como manifestaciones sistémicas propias de un proceso infeccioso, tales como fiebre, taquicardia e hipotensión arterial.
- D. Perforación de útero:** La manipulación de la cureta puede provocar la perforación del útero, causando inflamación, peritonitis, que a su vez exigirá, en algunos casos, la propia extracción del útero, dejando en consecuencia a la mujer con incapacidad de concebir.
- E. Perforación uterina:** Esta condición constituye una secuela infrecuente posterior a intervenciones quirúrgicas en el ámbito ginecológico, con una tasa de presentación aproximada del 0.2%. Factores predisponentes incluyen la escasa experiencia del operador, la realización del procedimiento en etapas gestacionales avanzadas y la multiparidad. La conducta terapéutica dependerá del cuadro clínico presentado. Ante la sospecha de perforación uterina durante un legrado uterino, se recomienda la suspensión inmediata del procedimiento y la adopción de un manejo conservador. No obstante, la presencia de signos de irritación peritoneal secundarios a lesión visceral, hemorragia profusa o formación de un hematoma de gran tamaño constituyen indicaciones para la realización de una laparotomía de urgencia.

COMPLICACIONES TARDÍAS DEL ABORTO

La aloinmunización al factor Rh ocurre cuando una persona con sangre Rh negativa entra en contacto con sangre Rh positiva, su cuerpo puede reaccionar como si fuera algo extraño y empezar a crear anticuerpos contra ese tipo de sangre. Esto es especialmente importante durante el embarazo. Si una mamá tiene Rh negativo y su bebé tiene Rh positivo, el sistema de defensas de la mamá podría ver la sangre del bebé como algo como una amenaza y empezar a producir esos anticuerpos para que los ataquen.

Esta respuesta puede derivar en una enfermedad hemolítica neonatal, la cual representa un riesgo considerable para el recién nacido. Con el objetivo de evitar esta complicación, se administra inmunoglobulina Rh, como Rhophylac o WinRho SDF, a las gestantes Rh negativas tanto durante como después del embarazo, lo cual inhibe la sensibilización inmunológica y previene la isoinmunización.

Las mujeres que ya han pasado por un aborto espontáneo tienen alrededor de un 35% más de chances de volver a experimentar pérdidas de embarazo en el futuro, si las comparamos con aquellas que nunca han tenido un aborto.

Las infecciones que se presentan tras un aborto pueden derivar en complicaciones graves como bacteriemia, formación de abscesos en la región pélvica, tromboflebitis, Coagulación intravascular diseminada (CID), shock séptico, disfunción renal e incluso la muerte. Entre las opciones terapéuticas disponibles, el legrado mediante aspiración representa el método con menor riesgo de infecciones. Entre los factores que aumentan la probabilidad de estas complicaciones se encuentran las infecciones genitales previas, la interrupción del embarazo en etapas avanzadas y el uso de anestesia local. (17)

El síndrome de Asherman, caracterizado por la presencia de sinequias intrauterinas, se presenta en el 60% de los casos como consecuencia de un legrado uterino. La incidencia de esta complicación puede reducirse mediante la ejecución de maniobras quirúrgicas delicadas y precisas, así como mediante la selección de la técnica de legrado por aspiración en lugar del curetaje instrumental. Se debe considerar el potencial desarrollo de infertilidad femenina secundario a la formación de sinequias intrauterinas.

CAPÍTULO VII: MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y PERIODO DE TIEMPO

El tipo de investigación que se realizó fue retrospectivo, descriptivo, transversal y analítico dentro del Hospital Básico del IEES de Durán durante el año 2021 al 2023.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIAS CLÍNICAS

Se obtuvo el acceso al Departamento de Estadísticas del Hospital Básico del IEES de Durán bajo la autorización del Director Médico, para recopilar la información de las historias clínicas del Sistema ASS 400 del IEES. La información obtenida fue estructurada y esquematizada mediante las aplicaciones: Microsoft Excel.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Afiliadas del IEES en un rango de edad entre los 20 a 39 años.
- Afiliadas del IEES con diagnóstico CIE-10 de O030, O031, O032, O033, O034, O040, O041, O042, O043, O044, O050, O051, O052, O053, O054, O060, O061, O062, O063, O064.
- Afiliadas del IEES que se realicen sus controles prenatales en el Hospital Básico del IEES de Durán.
- Afiliadas del IEES con complicaciones reportadas asociadas al aborto incompleto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Afiliadas del IESS embarazadas cursando el segundo o tercer trimestre de gestación
- Afiliadas del IESS con registro incompleto de historias clínicas
- Afiliadas del IESS que no entren en el rango de 20 a 39 años
- Óbitos fetales

MÉTODO DE ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

La información recolectada de las historias clínicas atendidas en el Hospital Básico del IEES de Durán de las usuaria atendidas o ingresadas en los diferentes departamentos como: emergencias, ginecología, medicina general, medicina personal, servicios de ambulancias atendidos con el CIE 10 relacionado con aborto incompletos. Eventualmente, se aplicará los criterios de inclusión y exclusión para reducir el tamaño de la muestra y poder categorizarlas según las variables presentadas.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

Tabla 3: Aspectos sociodemográficos de la muestra

VARIABLES	DEFINICION DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	RESULTADOS
Grupo Etario	Años de vida	Cuantitativa ordinal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Adulto joven: 20-45
Estado Civil	Relación familiar	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión de hecho • Viuda • Divorciada
Procedencia	Lugar de origen	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Urbano-marginal • Rural
Ocupación	Actividad física o mental que realicen	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Profesional • Estudiante • Otros
Grado De Instrucción	Grado académico	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria: Completa/Incompleta • Secundaria: Completa/Incompleta • Técnico universitario • Universitario • Profesional

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

VARIABLES GINECO – OBSTÉTRICOS

Tabla 4: Aspectos gineco-obstétricos de la muestra

VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	RESULTADOS
Edad Gestacional	Antecedentes Obstétricos	Cuantitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 12 semanas
Gravidez	Número de veces que una mujer está o ha estado embarazada	Categoría ordinal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Secundigesta • Multigesta
Tipo de Aborto	Clasificación del aborto según su origen	Categoría nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Espontaneo • Inducido
Control Obstetricia	Antecedentes Obstétricos	Cuantitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestaciones • Número de partos • Número de cesáreas • Número de abortos
Evaluación de Control Prenatal	Examen Físico	Cuantitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Talla • Peso • IMC • Score Mama
Exámenes de Control Prenatal	Laboratorio	Cuantitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina • Hematocrito • Glucosa • VIH • Hepatitis B • VDRL • Citología Vaginal • Proteinuria

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

ASPECTOS ÉTICOS

El tema de nuestro trabajo de investigación para la obtención del título de Médico General fue presentado a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) y al Área de Docencia del Hospital Básico Durán y fueron aprobados. Se solicitó el acceso a la base de datos del hospital dirigido al Director Médico bajo la dirección del Área de Docencia. El trabajo realizado con fines de investigación que no representa ningún riesgo para las usuarias del IESS debido que es un estudio retrospectivo que no interfirió con el protocolo para ser

diagnóstico o tratado, solo se limitó a recolectar datos pertinentes. Se respetó la Ley de Derechos y Amparo del Paciente “Ley Orgánica de Salud” específicamente el Artículo 4: Derecho a la confidencialidad. Adicional en la Ley Orgánica de Salud, Libro V, Capítulo I “Investigación científica en salud”: Artículo 208 relacionada directamente con toda investigación científica en salud.

POBLACIÓN

La población seleccionada para este estudio fueron las usuarias del IESS de 29 a 39 años atendidos el Hospital Básico del IESS de Durán (HBD) desde enero a diciembre desde el 2021 – 2023. Atendidas con el diagnóstico CIE – 10: Aborto Espontáneo incompleto, complicado con infección genital y pelviana (O030); Aborto Espontáneo incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía (O031); Aborto Espontáneo incompleto, complicado por embolia (O032); Aborto Espontáneo incompleto, complicado con otras complicaciones específicas y las no específicas (O033); Aborto Espontáneo incompleto, sin complicación (O034); Aborto Médico incompleto, complicado con infección genital y pelviana (O040); Aborto Médico incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía (O041); Aborto Médico incompleto, complicado por embolia (O042); Aborto Médico incompleto, complicado con otras complicaciones específicas y las no específicas (O043); Aborto Médico incompleto, sin complicación (O044); Otro Aborto incompleto, complicado con infección genital y pelviana (O050); Otro Aborto incompleto, complicado por Hemorragia excesiva o tardía (O051), Otro Aborto incompleto, complicado por embolia (O052); Otro Aborto incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas (O053); Otro Aborto incompleto, sin complicación (O054); Aborto no especificado incompleto, complicado con infección genital y pelviana (O060); Aborto no especificado incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía (O061); Aborto no especificados incompleto, complicado por embolia (O062); Aborto no especificado incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas (O063); Aborto no especificado incompleto, sin complicación (O064).

CAPÍTULO VIII: ANÁLISIS Y RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En el Hospital Básico del IEES de Durán (HBD) brinda atención médica en las áreas/especialidades de: Cardiología, Cirugía, Contingencia Viral, Dermatología, Emergencias, Fisiatría, Gastroenterología, Ginecología, Medicina General, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Nutrición, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología, Traumatología, Urología. En el año 2021 recibió a 205.625, en el 2022 recibió a 200.887 y en el 2023 recibió 161.341 usuarios del IEES. (TABLA 10) (TABLA 11) (TABLA 12). Conviene precisar que en el departamento de Ginecología se brindó atención a 9.060 en el 2021, 7.867 en el 2022 y 6.088 en el 2023. (TABLA 13). Además, podríamos decir que el 4.4% de las atenciones del HBD en el 2021 fue realizado por el área de Ginecología (FIGURA 2), el 3.9% de las atenciones del HBD en el 2022 fue realizado por el área de Ginecología (FIGURA 3), el 3.8% de las atenciones del HBD en el 2023 fue realizado por el área de Ginecología (FIGURA 4).

Debemos tener en cuenta que el porcentaje de mayor atención por el área de Ginecología en el 2021 es en el Mes de Julio tiene el 11.3% (FIGURA 6), en el 2022 es en Julio Tiene el 12% (FIGURA 7) pero en el 2023 es el mes de mayo que tiene el 11% de las atenciones brindadas (FIGURA 8). Por otro lado, la muestra obtenida desde el 2021 al 2023 es de 567.853 pacientes del cual solo 144 pacientes fueron atendidos por Aborto incompleto (TABLA 7) dentro de las siguientes áreas: Emergencias, Ginecología (CE), Medicina General (CE), Centro quirúrgico o también fueron ingresadas por medio del Servicio de Ambulancias.

VARIABLES CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS

VARIABLES CUALITATIVAS

Tabla 5: Variables cualitativas de las variables aplicadas

VARIABLES CUALITATIVAS	
ESTADO CIVIL	Soltera, Casada, Unión de Hecho, Viuda, Divorciada
LUGAR DE PROCEDENCIA	Urbano, Urbano – Marginal, Rural
OCUPACIÓN	Ama de casa, Profesional, Estudiantes, Otros
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Superior, Técnico, Profesional

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

VARIABLES CUANTITATIVAS

Tabla 6: Variables cuantitativas de las variables aplicadas

VARIABLES CUANTITATIVAS	
AÑOS	20 a 24 años - 25 a 29 años - 30 a 34 años - 35 a 39 años
EDAD GESTACIONAL	1S – 2S – 3S – 4S – 5S – 6S – 7S – 8S – 9S – 10S – 11S – 12S
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS (AGO)	Número de Gestaciones, Partos, Cesáreas, Abortos
MEDIDAS ANTOPOMÉTRICAS	Talla, Peso, IMC
SCORE MAMA	
EXÁMENES DE CONTROL PRENATAL	Hemoglobina, Hematocrito, Glucosa, TORCH, Proteinuria
EXÁMENES DE ETS	VIH, Hepatitis B, VDRL, Citología Vaginal

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Investigar la prevalencia de aborto incompleto, los factores asociados y sus complicaciones en mujeres de 20 a 39 años en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán en el periodo comprendido entre enero a diciembre del año del 2021 al 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores epidemiológicos que se presentan en un aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en las pacientes de 20 a 39 años en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán.
- Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes de 20 a 39 años que cursen por un aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán.
- Clasificar las complicaciones de mayor prevalencia que se presentan en un aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Básico del IEES de Durán.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla 7: Pacientes atendidos por área según el año 2021 al 2023

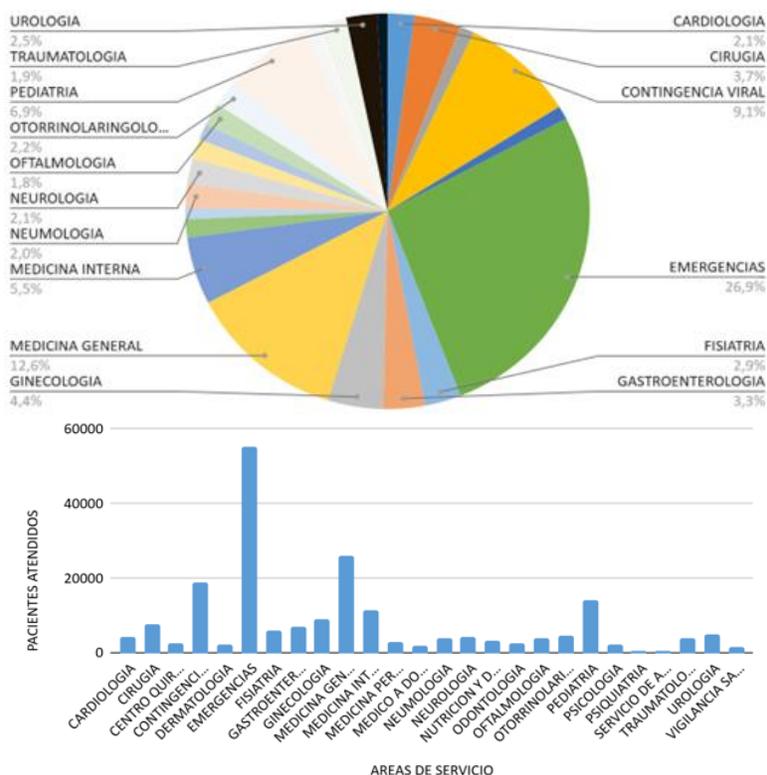
PACIENTES ATENDIDOS POR ÁREA SEGÚN EL AÑO			
	2021	2022	2023
CARDIOLOGÍA	4397	4655	3570
CIRUGÍA	7632	7749	7678
CENTRO QUIRÚRGICO	2406	2806	2486
CONTINGENCIA VIRAL	18762	17458	11512
DERMATOLOGÍA	2264	2059	1919
EMERGENCIAS	55279	59380	56611
FISIATRÍA	5931	4726	5758
GASTROENTEROLOGÍA	6855	6306	4263
GINECOLOGÍA	9060	7867	6088
MEDICINA GENERAL	25894	20783	8751
MEDICINA INTERNA	11316	9666	8704
MEDICINA PERSONAL	3074	3345	1699
MÉDICO A DOMICILIO	1837	1374	1891
NEUMOLOGÍA	4097	6398	4425
NEUROLOGÍA	4227	2319	2685
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	3370	4295	2207
ODONTOLOGÍA	2699	2446	2446
OFTALMOLOGÍA	3780	3168	3127
OTORRINOLARINGOLOGÍA	4526	6023	3763
PEDIATRÍA	14191	12051	9057
PSICOLOGÍA	2247	3083	1891
PSIQUIATRÍA	644	746	528
SERVICIO DE AMBULANCIAS	396	708	669
TRAUMATOLOGÍA	3956	3761	3593
UROLOGÍA	5083	5226	4093
VIGILANCIA SALUD LABORAL	1702	2489	1927
TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS ANUAL	205625	200887	161341
TOTAL, DE PACIENTES ENTRE 2021 AL 2023	567853		

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Los usuarios o afiliados del IESS que recibieron atención médica dentro de las instalaciones del Hospital Básico del IEES de Durán en el periodo de tiempo del 2021 al 2023. Observamos que dentro de las 24 áreas/ dependencias habilitadas para brindar atención médica a los usuarios, se aprecia que las áreas que han tenido un descenso en su producción han sido:

Cardiología, Contingencia viral, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina General, Medicina interna, Medicina personal, Neumología, Neurología, Nutrición, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Traumatología, Urología. Pero las áreas que han tenido un aumento en su producción al brindar atención médica son: Cirugía, Centro quirúrgico, Emergencias, Fisiatría, Médico a domicilio, Servicio de ambulancias, Vigilancia salud laboral I.

Ilustración 2: Porcentaje de atención según el área en el 2021

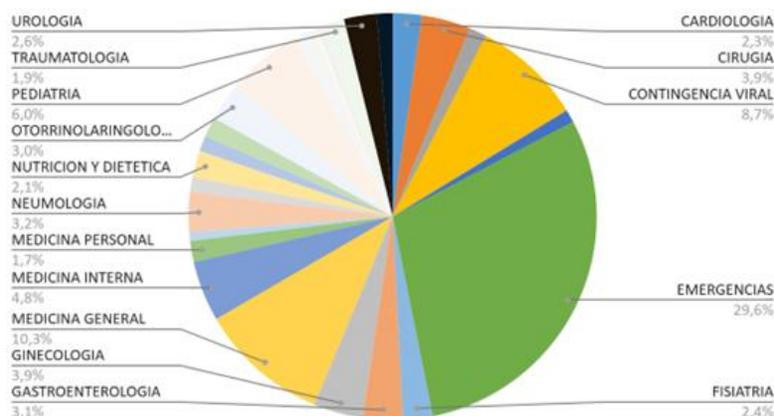


Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

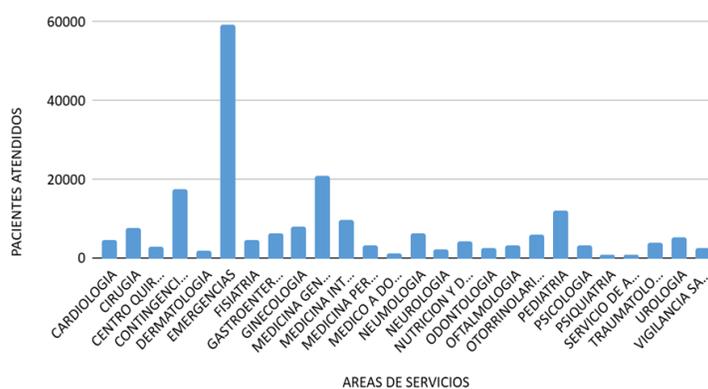
Los afiliados del IESS atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán en el 2021 atendió a 205.625 contribuyentes. La especialidad de Cardiología brindó atención a 4389 pacientes que representa el 2.1%. De los pacientes atendidos, pero el Área de Cirugía atendió 7632 pacientes y representa el 3.7%. El Área de Contingencia viral atendió 18.762 pacientes y representa el 9.1% en comparación al Área de Emergencia que atendió 55.279 pacientes que representa 26.9%. El Área de Dermatología atendió 2.264 pacientes que presenta el 1.1% de los pacientes atendidos, pero el Área de Fisiatría atendió a 5931 pacientes que representa 2.9%. El Área de Gastroenterología atendió a 6.855 pacientes y representa el 3.3%, pero el

Área de Ginecología atendió 9.060 pacientes que representa 4.4%. El Área de Medicina General atendió 25.894 pacientes que representa el 12.6%, pero el Área de Medicina Interna atendió 11.316 pacientes que representa el 5.5%. El Área de Medicina Personal atendió 3.074 pacientes que representa 1.49%, pero el Área de Médico a Domicilio atendió 1837 pacientes que representa 0.89%. El Área de Neumología atendió 4.097 pacientes que representa el 1.99%, pero el Área de Neurología atendió 4227 pacientes que representa el 2.06%. El Área de Nutrición atendió 3370 pacientes que representa el 1.64%, pero el Área de Odontología atendió 2699 pacientes que representa 1.31%, pero el Área de Oftalmología 3780 pacientes que representa el 1.84%. El Área de Otorrinolaringología atendió 4526 pacientes que representa el 2.2%, pero el Área de Pediatría atendió 14191 pacientes que representa 6.9%, pero el Área de Psicología atendió 2247 pacientes que representa 1.09%, pero el Área Psiquiatría 644 representa el 0.31%. El Área de Traumatología atendió 3956 y representa el, 1.92% pero el Área de Urología atendió 5083 que representa el 2.5%. El Área de Servicios de Ambulancia atendió 396 pacientes representa el 0.19% pero el Área de Vigilancia Salud Laboral atendió 1702 pacientes representa el 0.83%.

Ilustración 3: Porcentaje de atención según en el área en el 2022



PACIENTES ATENDIDOS EN EL 2022 POR LAS DIFERENTES AREAS EN EL HOSPITAL BASICO DURAN

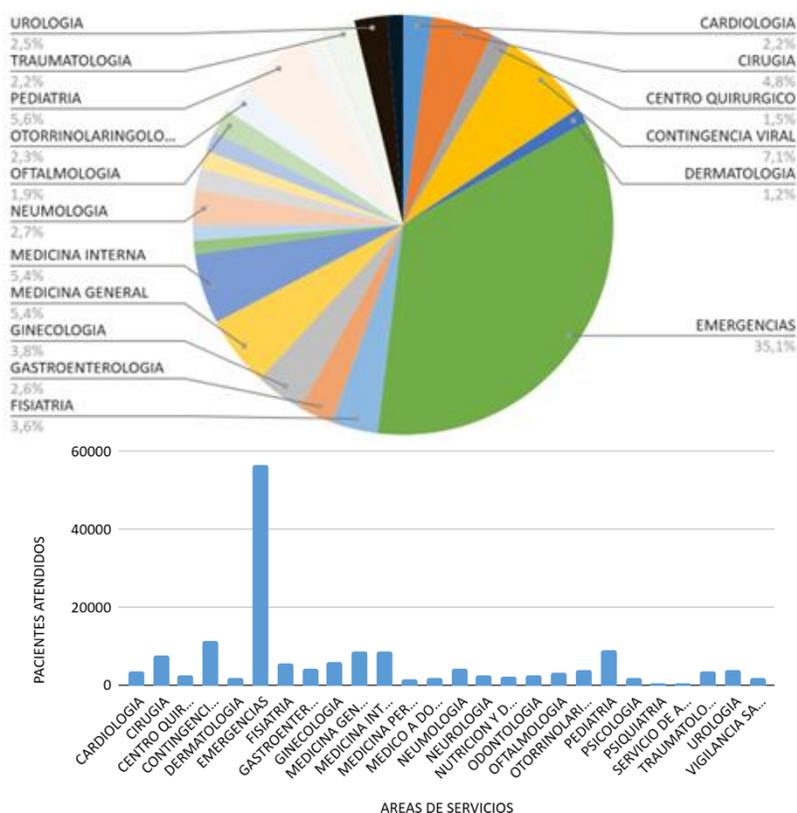


Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Los afiliados del IESS atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán en el 2022 atendió a 200.887 contribuyentes. La especialidad de Cardiología brindó atención a 4.655 pacientes que representa el 2.3%. De los pacientes atendidos, pero el Área de Cirugía atendió 7.749 pacientes y representa el 3.9%. El Área de Contingencia viral atendió 17.458 pacientes y representa el 8.7% en comparación al Área de Emergencia que atendió 59.380 pacientes que representa 2.6%. El Área de Dermatología atendió 2.059 pacientes que presenta el 1.02% de los pacientes atendidos, pero el Área de Fisiatría atendió a 4.726 pacientes que representa 2.35%. El Área de Gastroenterología atendió a 6.306 pacientes y representa el 3.13%, pero el Área de Ginecología atendió 7.867 pacientes que representa 3.91%. El Área de Medicina General atendió 20.783 pacientes que representa el 10.34%, pero el Área de Medicina Interna atendió 9.666 pacientes que representa el 4.81%. El Área de Medicina Personal atendió 3.345

pacientes que representa el 1.66%, pero el Área de Médico a Domicilio atendió 1.374 pacientes que representa 0.68%. El Área de Neumología atendió 6.398 pacientes que representa el 3.18%, pero el Área de Neurología atendió 2.319 pacientes que representa el 1.15%. El Área de Nutrición atendió 4295 pacientes que representa el 2.13%, pero el Área de Odontología atendió 2.446 pacientes que representa 1.21%, pero el Área de Oftalmología 3.168 pacientes que representa el 1.57%. El Área de Otorrinolaringología atendió 6.023 pacientes que representa el 2.99%, pero el Área de Pediatría atendió 12.051 pacientes que representa 5.99%, pero el Área de Psicología atendió 3.083 pacientes que representa 1.53%, pero el Área Psiquiatría 746 representa el 0.37%. El Área de Traumatología atendió 3.761 representa el 1.87%, pero el Área de Urología atendió 5.226 representa el 2.60%. El Área de Servicios de Ambulancia atendió 708 pacientes representa el 0.35%, pero el Área de Vigilancia Salud Laboral atendió 2.489 pacientes representa el 1.23%

Ilustración 4: Porcentaje de atención según el área en el 2023



Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Los afiliados del IESS atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán en el 2022 atendió a 161.341 contribuyentes. La especialidad de Cardiología brindó atención a 3.570 pacientes que representa el 2.21%. De los pacientes atendidos, pero el Área de Cirugía atendió a 7.678 pacientes y representa el 4.75%. El Área de Contingencia viral atendió 11.512 pacientes y representa el 7.13% en comparación al Área de Emergencia que atendió 56.611 pacientes que representa 35.087%. El Área de Dermatología atendió 1919 pacientes que presenta el 1.18% de los pacientes atendidos, pero el Área de Fisiatría atendió a 5758 pacientes que representa 3.56%. El Área de Gastroenterología atendió a 4263 pacientes y representa el 2.64%, pero el Área de Ginecología atendió 6088 pacientes que representa 3.77%. El Área de Medicina General atendió 8751 pacientes que representa el 5.42%, pero el Área de Medicina Interna atendió 8704 pacientes que representa el 5.39%. El Área de Medicina Personal atendió 1699 pacientes que representa el 1.05%, pero el Área de Médico a Domicilio atendió 1891 pacientes que representa 1.17%. El Área de Neumología atendió 4425 pacientes que representa el 2.74%, pero el Área de Neurología atendió 2685 pacientes que representa el 1.66%. El Área de Nutrición atendió 2207 pacientes que representa el 1.36%, pero el Área de Odontología atendió 2446 pacientes que representa 1.51%, pero el Área de Oftalmología atendió a 3127 pacientes que representa el 1.93%. El Área de Otorrinolaringología atendió 3763 pacientes que representa el 2.33%, pero el Área de Pediatría atendió 9057 pacientes que representa 5.61% pero el Área de Psicología atendió 1891 pacientes que representa 1.17%, pero el Área Psiquiatría atendió a 528 pacientes que representa el 0.32%. El Área de Traumatología atendió a 3593 pacientes que representa el 2.22%, pero el Área de Urología atendió a 4093 pacientes que representa el 2.53%. El Área de Servicios de Ambulancia atendió 669 pacientes representa el 0.41%, pero el Área de Vigilancia Salud Laboral atendió 1927 pacientes representa el 1.19%

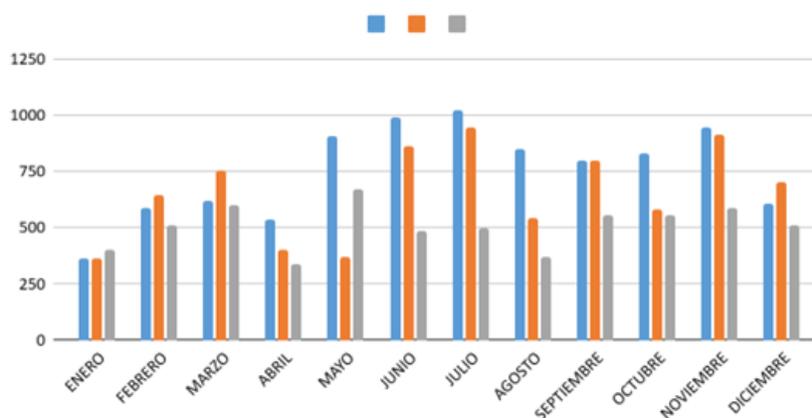
Tabla 8: Pacientes atendidos desde el 2021 al 2023 según el área del Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto

PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EL ÁREA DEL HBD POR ABORTO INCOMPLETO DESDE 2021 AL 2023	
Área / Servicios	Pacientes Atendidos por Área
Clínica Centro Quirúrgico-Cg	1
Emergencias (EM)	106
Ginecología (CE)	32
Medicina General (CE)	1
Medicina Personal (CE)	1
Servicio De Ambulancias	3
Muestra Inicial Recolectada	144

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

En el Hospital Básico del IEES de Durán brindo atención médica dentro de sus instalaciones a los afiliados del IESS, desde el 2021 al 2023 recibió a 567853 pacientes de diferentes áreas. Aplicando los criterios tanto de inclusión y de exclusión hemos reducido a la muestra a 144 usuarias del IESS que han sido atendidas bajo el CIE 10 de Aborto incompleto dentro del Hospital Básico Duran dentro de las diferentes áreas como: clínica centro quirúrgico, emergencias, ginecología, medicina general, medicina personal, servicio de ambulancias.

Ilustración 5: Pacientes atendidos por el área de ginecología desde el 2021 al 2023

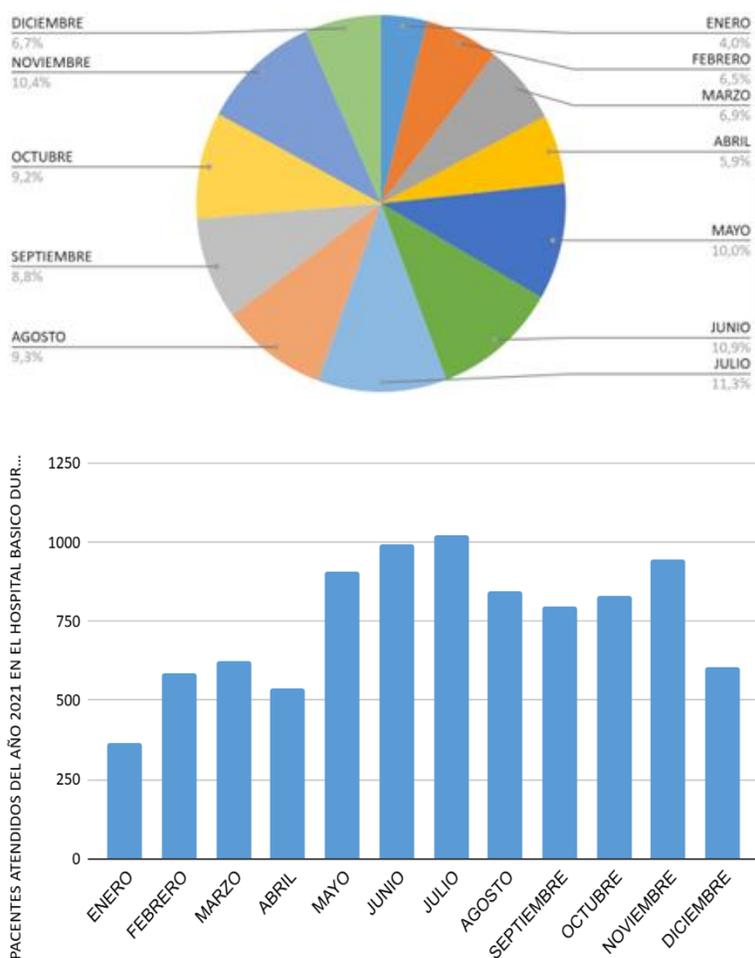


Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Durante el 2021 al 2023, la atención brindada por el Hospital Básico del IEES de Durán a los usuarios del IESS dentro del Área de Ginecología. Recibieron un total de 23.015 afiliadas del Seguro Social: En el 2021 acudieron 9060 pacientes, en el 2022 fue 7867 pacientes, pero en el 2023 fue 6088 pacientes. Podemos observar en la gráfica que el mes de mayor

producción de atención médica en el área de ginecología en 2021 (recibió 1022) fue en julio al igual que en el año 2022 (recibió 942 pacientes) pero en el año 2023 el mes de mayor producción fue el mes de mayo (recibió 670 pacientes).

Ilustración 6: Porcentaje de los pacientes atendidos por el área de ginecología en el 2021

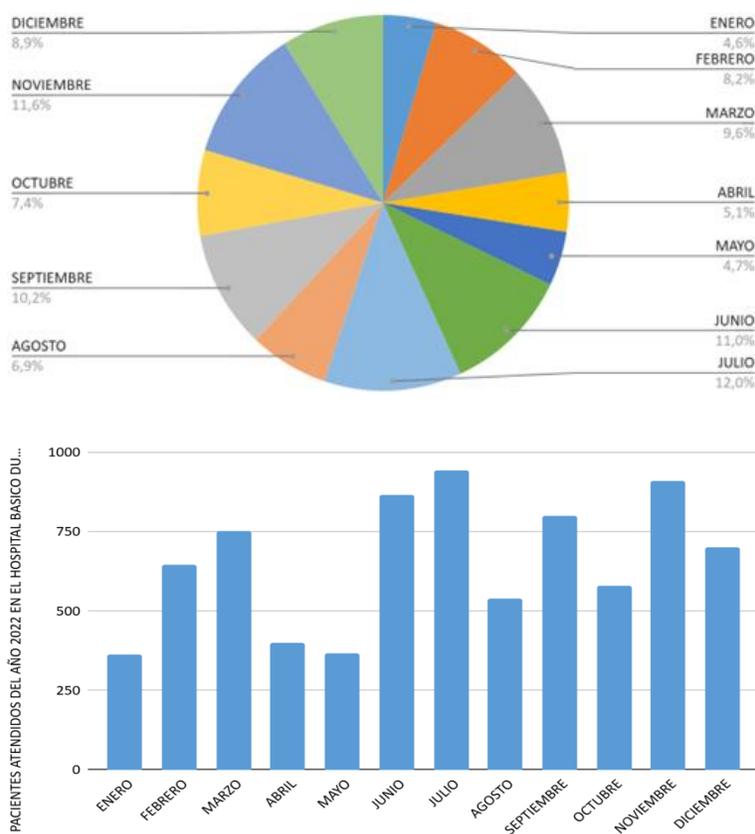


Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

En el 2021, las usuarias/ afiliadas del IESS que acudieron al Hospital Básico del IESS de Durán para recibir atención médica de especialidad por el Área de Ginecología, su incidencia es: En el mes de Enero acudió 364 pacientes que representa 4% de 205.625. Por otra parte, en el mes de febrero acudió 586 pacientes que representa 6.5% de 205.625. Asimismo, en el mes de Marzo acudió 622 pacientes que representa 6.9% de 205.625. Sin embargo, en el mes de Abril acudió 539 pacientes que representa 5.9% de 205.625. Por un lado, el mes de Mayo acudió 906 pacientes que representa 10% de 205.625. Por otra parte, en el Mes de Junio

acudió 992 pacientes que representa 10.9% de 205.625. Asimismo, en el mes de Julio acudió 1022 pacientes que representa 11.3% de 205.625. Sin embargo, en el mes de Agosto acudió 846 pacientes que representa 9.33% de 205.625. Por un lado, en el mes de Septiembre acudió 799 pacientes que representa 8.8% de 205.625. Por otra parte, en el mes Octubre acudió 832 pacientes que representa 9.2% de 205.625. Asimismo, en el mes de Noviembre acudió 946 pacientes que representa 10.4% de 205.625. Sin embargo, en el mes de Diciembre acudió 606 pacientes que representa 6.7% de 205.625

Ilustración 7: Porcentaje de los pacientes atendidos por el área de ginecología en el 2022

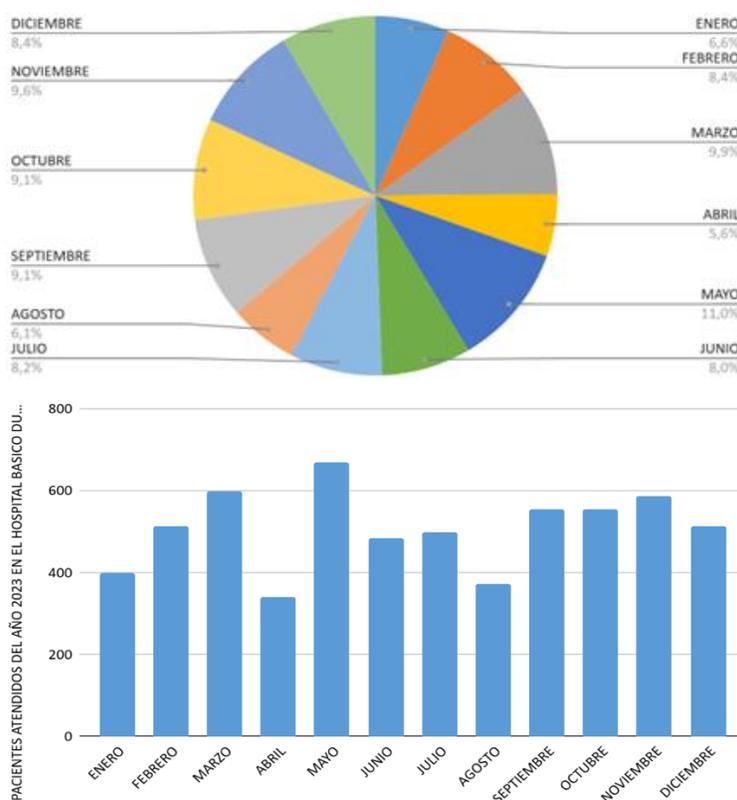


Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

En el 2022, las usuarias/ afiliadas del IEES que acudieron al Hospital Básico del IEES de Durán para recibir atención médica de especialidad por el Área de Ginecología, su incidencia es: En el mes de Enero acudió 364 pacientes que representa 4.6% de 200.887. Por otra parte, en el mes de Febrero acudió 645 pacientes que representa 8.2% de 200.887. Asimismo, en el mes de Marzo acudió 753 pacientes que representa 9.6% de 200.887. Sin embargo, en el mes

de Abril acudió 400 pacientes que representa 5.1% de 200.887. Por un lado, el mes de Mayo acudió 368 pacientes que representa 4.7% de 200.887. Por otra parte, en el Mes de Junio acudió 865 pacientes que representa 11% de 200.887. Asimismo, en el mes de Julio acudió 942 pacientes que representa 12% de 200.887. Sin embargo, en el mes de Agosto acudió 540 pacientes que representa 6.9% de 200.887. Por un lado, en el mes de Septiembre acudió 800 pacientes que representa 10.2% de 200.887. Por otra parte, en el mes Octubre acudió 580 pacientes que representa 7.4% de 200.887. Asimismo, en el mes de Noviembre acudió 910 pacientes que representa 11.6% de 200.887. Sin embargo, en el mes de Diciembre acudió 700 pacientes que representa 8.9% de 200.887.

Ilustración 8: Porcentaje de los pacientes atendidos por el área de ginecología en el 2023

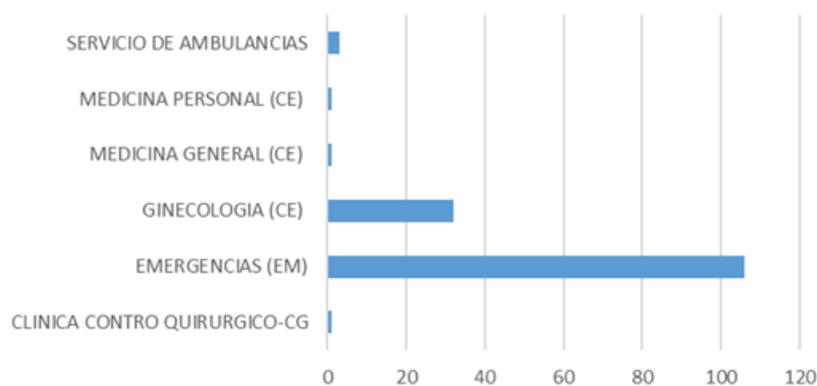


Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

En el 2023, las usuarias/ afiliadas del IEES que acudieron al Hospital Básico del IEES de Durán para recibir atención médica de especialidad por el Área de Ginecología, su incidencia es: En el mes de Enero acudió 400 pacientes que representa 6.6% de 161.341. Por otra parte, en el mes de Febrero acudió 513 pacientes que representa 8.4% de 161.341. Asimismo, en el

mes de Marzo acudió 600 pacientes que representa 9.9% de 161.341. Sin embargo, en el mes de Abril acudió 341 pacientes que representa 5.6% de 161.341. Por un lado, el mes de Mayo acudió 670 pacientes que representa 11% de 161.341. Por otra parte, en el Mes de Junio acudió 484 pacientes que representa 8% de 161.341. Asimismo, en el mes de Julio acudió 500 pacientes que representa 8.2% de 200.887. Sin embargo, en el mes de Agosto acudió 372 pacientes que representa 6.1% de 161.341. Por un lado, en el mes de Septiembre acudió 554 pacientes que representa 9.1% de 161.341. Por otra parte, en el mes Octubre acudió 554 pacientes que representa 9.1% de 161.341. Asimismo, en el mes de Noviembre acudió 587 pacientes que representa 9.6% de 161.341. Sin embargo, en el mes de Diciembre acudió 513 pacientes que representa 8.4% de 161.341.

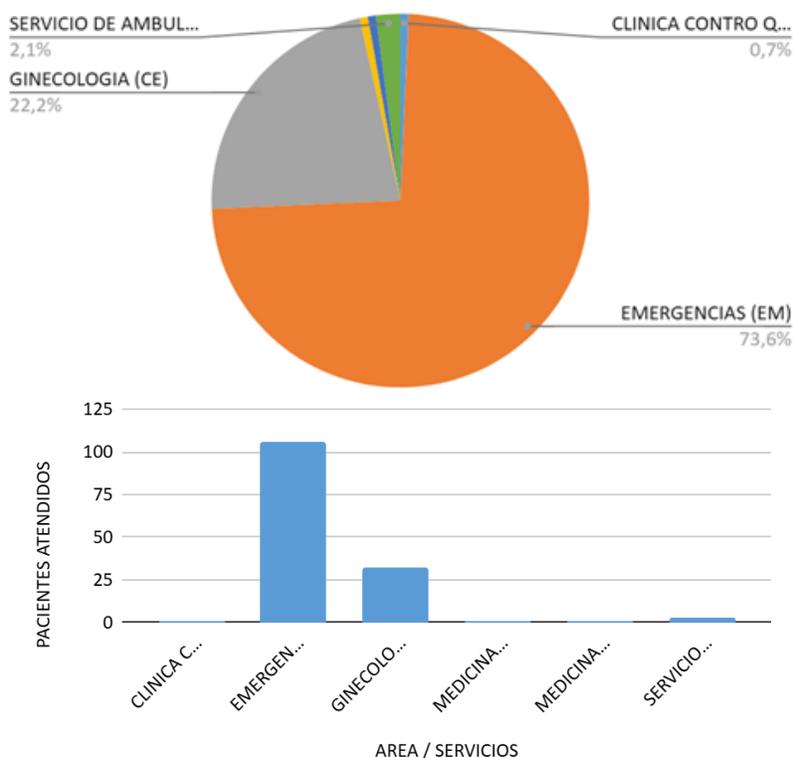
Ilustración 9: Pacientes atendidas por aborto incompleto desde el 2021 al 2023



Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Las usuarias o afiliadas del IEES que acudieron al Hospital Básico del IEES de Durán para recibir atención médica por presentar signos/ síntomas de Aborto Incompleto dentro del periodo de tiempo desde 2021 – 2023 podemos apreciar que en su mayoría acudió al servicio de Emergencias en comparación a las otras dependencias que también brindaron su atención como: Ginecología, Centro Quirúrgico y servicios de ambulancias

Ilustración 10: Porcentaje de las pacientes atendidas por aborto incompleto desde el 2021 al 2023



Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Las usuarias/ afiliadas del IESS que acudieron al Hospital Básico del IEES de Durán para recibir atención médica por presentar signos/ síntomas de Aborto Incompleto dentro del periodo de tiempo desde 2021 – 2023 podemos apreciar que el 73.6% acudió al servicio de Emergencias, el 22% acudió al área de Ginecología, el 2.1% acudió por medio del servicio de ambulancias y el 0.7% tuvo asistencia por parte de la dependencia del Centro Quirúrgico

Tabla 9: Pacientes atendidos desde el 2021 al 2023 por el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto

PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EL ÁREA DEL HOSPITAL BÁSICO DE DURAN POR ABORTO INCOMPLETO	
ÁREA / SERVICIOS	PACIENTES ATENDIDOS POR ÁREA
CLINICA CONTROL QUIRURGICO-CG	1
EMERGENCIAS (EM)	106
GINECOLOGÍA (CE)	32
MEDICINA GENERAL (CE)	1
MEDICINA PERSONAL (CE)	1
SERVICIO DE AMBULANCIAS	3
MUESTRA INICIAL RECOLECTADA	144

MEDIA/ VALOR PROMEDIÓ	24
MEDIANA	2
MODA	1

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Respecto a la muestra obtenida en la TABLA 9 se estructuró la base de datos para identificar la media, mediana y moda: 24 de media/promedio, 2 de mediana y 1 de moda. Para calcular la desviación estándar se tomó los valores de cada departamento (número de datos). Se calculó el valor inicial - Valor medio/ Promedio $(X_i - X)$ para poder sacar su valor al cuadrado $(X_i - X)^2$ y luego tener su total. Para finalizar se saca el valor de la desviación estándar dividiendo el total por el número de datos -1 a la raíz cuadrada. Donde nos dio como resultado 41.99 de desviación estándar.

CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN

El aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en mujeres entre 20 a 39 años que han sido valoradas en el Hospital Básico Durán, demuestra que es un problema significativo dentro del área de la salud pública ya sea por su falta de controles prenatales o desconocimiento ante las señales de alarma de las gestantes hasta incluso no saber estar embarazada.

Un total de 567.853 usuarias del IEES fueron atendidas en el Hospital Básico del IEES de Durán, del cual en el 2021 fueron 205.625 (36.21%), en el 2022 fueron 200.887 (35.37%), en el 2023 fueron 161.341 (28.41%) pero solo 144 fueron atendidas desde el 2021 al 2023 por aborto incompleto en el primer trimestre de gestación.

En relación con los factores sociodemográficos como: grupo etario, estado civil, grado de instrucción, procedencia y ocupación. Nos ha permitido identificar que 55.56% son gestantes entre 20 a 24 años, el 69.44% son solteras, el 3.47% son analfabetas, el 62.5% son de área rurales del Cantón Durán, el 45.14% son estudiantes/ universitarias de las 144 pacientes atendidas dentro de las instalaciones del Hospital Básico del IEES de Durán. En comparación al estudio realizado en el Hospital Regional de Loreto en Lima (Perú) en el 2016 que su población seleccionada fue de 232 pacientes y su grupo etario de mayor prevalencia es entre 15 a 20 años (31%), el 64.7% son de unión libre, el 65.1% son amas de casa, aunque su nivel de instrucción representa el 33.2% con secundaria incompleta y el 80.2% viven en áreas urbanas en Lima, Perú.(26–28)

En relación con los aspectos epidemiológicos identificados como: antecedentes obstétricos, estado de gravidez, edad gestacional, tipo de aborto, laboratorios. Se pudo identificar que el 69.44% son multíparas, el 44.44% entran en el rango de 5 a 10 semanas de gestación, pero el 41.67% los abortos han sido inducidos por la propia madre. Debemos tener en cuenta que en el 69.44% han presentado infección de vías urinarias a repetición o presentan enfermedades de transmisión sexual como: VPH representando el 34.72%, VIH es el 20.83% de las 144 pacientes atendidas dentro de las instalaciones del Hospital Básico del IEES de Durán. En comparación al estudio realizado en el Hospital Regional de Loreto en Lima (Perú)

en el 2016 teniendo en cuenta que su población seleccionada fue de 232 pacientes el 24.1% son multíparas, el 59.9% entran en el rango de 6–10 semanas de gestación. (26–28)

Durante el estudio realizado hemos visualizado que el 69.44% de las usuarias tuvieron controles incompletos o hasta incluso evaluaciones incompletas durante su atención dentro de las instalaciones siendo el 55.56%. Dentro de la muestra escogida de este estudio han presentado complicaciones como: sangrado abundante con hemoglobina disminuida representa 13.89%, el 0.70% presento perforación de útero posterior a AMEU.

CAPÍTULO X: CONCLUSIÓN

En base al trabajo de investigación realizado en el periodo comprendido desde el 2021 al 2023 podemos concluir que en el Hospital Básico Durán (HBD) del IEEES ubicado en el Cantón Durán se ha registrado que 567.853 usuarias fueron atendidas, pero que solo 144 pacientes fueron registradas con el diagnóstico definitivo de aborto incompleto, cumpliendo con los criterios tanto de exclusión como inclusión. Se observó que el grupo etario de mayor prevalencia es de 20 a 39 años representando el 0.02535854%.

Respecto a los **factores sociodemográficos** de las 144 pacientes, el 55.56% se encontraba en el rango de edad de 20 a 24 años. El 69.44% reportó su estado civil como soltera. La procedencia predominante fue de áreas rurales del Cantón Durán, 62.5%. En cuanto al nivel educativo, el 45.14% contaba con instrucción universitaria, mientras que el 3.47% correspondía a pacientes analfabetas. La distribución por ocupación indicó que el 38.19% ejercía profesiones. Sin embargo, en los **factores epidemiológicos** se identificó que el 69.44% son multíparas, 44.44% tienen 5 a 10 semanas, 41.67% fueron de inducidos sin supervisión médica, 20.83% presento VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) positivo sin tratamiento, pero 34.72% presento VPH (Virus de papiloma humano) sin conocimiento previo. Adicional, el 69.44% tuvieron controles prenatales/ ginecológicos incompletos con relación a la evaluación incompleta que fue representado por 55.56%.

Para finalizar, identificamos que las **complicaciones** durante nuestro estudio fueron tanto inmediata como mediatas: el 0.70% fue por perforación uterina por AMEU (Aspiración Manual Endouterina) que corresponde a **complicación inmediata**. Sin embargo, 13.98% es por disminución de hemoglobina por pérdida de sangre no detectada o por mal apego al tratamiento indicado que corresponde como **complicación mediata**.

CAPÍTULO XI: RECOMENDACIONES

- Se recomienda enfáticamente la promoción de programas de educación sexual integral dirigidos a la población femenina entre 20 a 39 años, grupo etario que exhibió la mayor tasa de prevalencia de aborto incompleto en el presente estudio.
- Sugiere implementar estrategias de promoción efectivas de métodos de anticoncepción dirigidas a mujeres convivientes, pacientes primigrávidas y aquellas en estadios temprano de la gestación, con el objetivo de disminuir la incidencia de embarazos no deseados, particularmente en el grupo de 20 a 39 años.
- Se propone la implementación de programas dinámicos y didácticos orientados a la concientización de la población general acerca de las potenciales implicaciones de las interrupciones voluntarias del embarazo por indicaciones no terapéuticas. Dada la naturaleza de la problemática identificada, resulta imperativo difundir información relevante sobre las consecuencias asociadas al aborto, con el fin último de disminuir su incidencia, independientemente de la etiología.
- Se considera fundamental el llenado exhaustivo y correcto de los expedientes clínicos para optimizar la gestión estadística y clínica de los datos consignados en dichos documentos. Esta práctica contribuirá a generar datos fidedignos para la ejecución de diversas investigaciones que se lleven a cabo en el Hospital Básico del IEES de Durán.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Publica. Guia practica clinica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guia Practica Clinica. 2013.
2. Eschenbach DA. Tratamiento del Aborto Séptico Espontáneo e Inducido. *Obstetrics and Gynecology*. 2015;125(5).
3. Correa B, Herrera Y. Aborto incompleto :factores de riesgo y complicaciones. *Journal of American health*. 2018;1(2).
4. World Health Organization: WHO. 17 de mayo de 2024. 2024. Abortion.
5. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9).
6. Niinimäki M, Suhonen S, Mentula M, Hemminki E, Heikinheimo O, Gissler M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: Population register based study. *BMJ*. 2011;342(7804).
7. Guamán VEG, Heredia FRC, Webster APA, Campoverde CEL. Complicaciones y factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(1).
8. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Tratamiento del aborto incompleto y aborto espontáneo con misoprostol. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2017;99(1).
9. Manejo inicial del aborto. revista uruguaya medicina interna. 2021;06(02).
10. Correa B, Herrera Y. Aborto incompleto :factores de riesgo y complicaciones. *Journal of American health* [Internet]. 2018;1(2):39–46. Available from: <http://www.jah-journal.com/index.php/jah>
11. Encinas Romero A, Lapuente Ocamica O, López Picado A, Cuadra Cestafe M, Ugarte Rubio L, Martinicorena Satrustegi L. La influencia del tiempo de reevaluación en el éxito del tratamiento del aborto diferido con misoprostol. *Progresos de Obstetricia y Ginecologia*. 2016;59(4).
12. Diaz F. El aborto como asunto de salud pública. *Ipas*. 2021;
13. NCT04194658. Effectiveness of Pretreatment Letrozole Versus Misoprostol Alone in Missed Abortion. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT04194658>. 2019;

14. Koshulko P, Shevchenko A, Zaitsev A, Zaitseva A, Sergeev D, Gonchar M, et al. Markers of Incomplete Miscarriage (Incomplete Spontaneous Abortion). *Reproductive Health Eastern Europe*. 2023;13(5).
15. Correa B, Herrera Y. Aborto incompleto :factores de riesgo y complicaciones. *Journal of American health*. 2018;1(2).
16. Maranhão TA, Gomes KRO, Barros I de C. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016;19(3).
17. Allan MS, Sergio MH. Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en Hospital Aleman Nicaguense y Hospital regional asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013. Vol. 12, *Teaching and Teacher Education*. 2015.
18. Jordan J, Craig K, Clifton DK, Soules MR. Luteal phase defect: The sensitivity and specificity of diagnostic methods in common clinical use. *Fertil Steril*. 1994;62(1).
19. Luis Neyro J, Cristóbal I, Vásquez-Awad D. SOPORTE DE FASE LUTEA EN REPRODUCCION ASISTIDA: ESTADO ACTUAL. Vol. 22, *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*. 2018.
20. Proaño López MM, Masabanda Andreeva YJ, Santamaría Velasco JP. Aborto en el Ecuador: Análisis de la sentencia No. 34-19-IN/21. *Sociedad & Tecnología*. 2021;4(S2).
21. Pepper MR, Black MM. B12 in fetal development. Vol. 22, *Seminars in Cell and Developmental Biology*. 2011.
22. De M, De S, Salvador EL, Salvador S. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Desprendimiento de Placenta. 2019;12(98).
23. Morales Vicente AM, Rodriguez L, Gomez Diaz NR, Salais SF, Simó JC. HYSTERO-EMBRYOSCOPY A TOOL FOR DIAGNOSIS IN EARLY PREGNANCY LOSS. *Fertil Steril*. 2020;114(3).
24. Utami DRahmi. *AMEU. J Chem Inf Model*. 2018;53(9).
25. Ibrahim A, Abdelghany A, Youssef A. Prevalence of Early Miscarriage among Female Teenagers in Minia and Sohag Governorates: A Prospective Cross-Sectional Study. *Annals of Neonatology Journal*. 2023;0(0).

26. Asunción V, Ponce A, Daniel F, Benítez M. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 43, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017.
27. Mbugua Gitau G, Liversedge H, Goffey D, Hawton A, Liversedge N, Taylor M. The influence of maternal age on the outcomes of pregnancies complicated by bleeding at less than 12 weeks. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(1).
28. Villanueva L. Alto Riesgo Obstétrico. Universidad Católica Los Angeles Chimbote. 2018;

ANEXOS

Tabla 10: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área 2021

PACIENTES ATENDIDOS POR LAS DIFERENTES ÁREAS/ SERVICIOS EN EL 2021												
ÁREA	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGTO	SEPT	OCT	NOV	DIC
CARDIOLOGÍA	179	362	467	372	393	447	442	400	354	314	400	267
CIRUGÍA	498	614	496	582	602	777	877	589	739	459	608	791
CENTRO QUIRÚRGICO	106	152	166	184	163	253	231	523	199	170	110	149
CONTINGENCIA VIRAL	999	1512	2170	2099	1217	1293	1192	2009	1053	1172	1179	2867
DERMATOLOGÍA	101	153	221	145	143	178	289	250	149	256	163	216
EMERGENCIAS	3187	4738	5480	4111	4243	4729	6005	5038	4803	4424	4072	4449
FISIATRÍA	291	585	429	382	515	614	631	529	655	420	480	400
GASTRO-ENTEROLOGÍA	338	525	664	541	631	666	683	673	521	479	619	515
GINECOLOGÍA	364	586	622	539	906	992	1022	846	799	832	946	606
MEDICINA GENERAL	714	1946	2543	2569	2197	2404	2452	2349	2326	1923	2971	1500
MEDICINA INTERNA	573	930	1124	712	1062	966	1163	973	1101	1060	729	923
MEDICINA PERSONAL	180	100	106	50	100	1500	160	180	159	187	210	142
MÉDICO A DOMICILIO	150	155	103	209	98	166	181	149	145	155	158	168
NEUMOLOGÍA	286	381	275	422	401	329	353	349	406	198	349	348
NEUROLOGÍA	289	372	227	408	401	441	468	319	478	180	483	161
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	150	180	300	150	378	454	475	432	195	177	318	161
ODONTOLOGÍA	161	166	201	130	394	226	191	301	186	170	247	326
OFTALMOLOGÍA	270	343	438	140	342	379	170	290	347	349	420	292
OTORRINOLARINGOLOGÍA	157	82	409	292	432	523	557	149	566	414	508	437
PEDIATRÍA	1103	906	1192	864	1119	1119	1312	1480	1242	950	1849	1055
PSICOLOGÍA	150	127	153	422	150	173	176	212	131	186	198	169
PSIQUIATRÍA	60	50	40	60	40	60	70	30	55	35	80	64
SERVICIO DE AMBULANCIAS	12	22	19	19	21	24	46	30	89	55	23	36
TRAUMATOLOGÍA	169	356	438	362	291	250	385	483	311	367	279	265
UROLOGÍA	134	405	466	436	479	498	511	428	388	465	430	443
VIGILANCIA SALUD LABORAL	110	150	125	140	126	145	140	109	93	133	100	331
TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES	10731	15898	18874	16340	16844	19606	20182	19120	17490	15530	17929	17081
TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS ANUAL (2021)												205625

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 11: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área 2022

PACIENTES ATENDIDOS POR LAS DIFERENTES ÁREAS/ SERVICIOS EN EL 2022												
ÁREA	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGTO	SEPT	OCT	NOV	DIC
CARDIOLOGÍA	200	450	305	450	400	350	290	480	370	400	460	500
CIRUGÍA	498	780	649	560	696	470	610	570	696	870	750	600
CENTRO QUIRÚRGICO	106	180	220	170	110	140	250	400	250	300	280	400
CONTINGENCIA VIRAL	999	1020	670	999	840	780	890	1080	1450	2940	3000	2790
DERMATOLOGÍA	101	140	200	280	168	220	145	110	125	180	200	190
EMERGENCIAS	3187	4800	5900	4000	4850	4370	5808	6070	5340	4720	5010	5325
FISIATRÍA	291	300	370	400	450	370	390	480	350	475	380	470
GASTRO-ENTEROLOGÍA	400	521	696	490	379	411	579	620	720	500	490	500
GINECOLOGÍA	364	645	753	400	368	865	942	540	800	580	910	700
MEDICINA GENERAL	714	2550	970	2480	1050	2790	1500	1200	2990	780	989	2770
MEDICINA INTERNA	581	570	970	1070	750	900	700	850	525	750	990	1010
MEDICINA PERSONAL	130	180	1589	161	175	101	135	146	159	190	179	200
MÉDICO A DOMICILIO	100	120	110	130	115	90	100	109	120	130	110	140
NEUMOLOGÍA	450	500	459	560	489	509	616	780	650	515	400	470
NEUROLOGÍA	197	200	180	150	178	121	208	246	199	220	150	270
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	456	480	450	350	300	290	300	340	350	380	399	200
ODONTOLOGÍA	157	200	180	175	250	280	199	300	175	200	150	180
OFTALMOLOGÍA	194	200	248	300	375	250	151	275	300	401	199	275
OTORRINOLARINGOLOGÍA	489	500	580	575	400	480	479	570	494	470	561	425
PEDIATRÍA	1329	999	1012	1075	1001	970	850	970	850	999	1020	976
PSICOLOGÍA	161	150	190	221	300	240	266	291	344	250	370	300
PSIQUIATRÍA	60	55	75	88	60	43	84	50	64	75	52	40
SERVICIO DE AMBULANCIAS	30	35	46	48	78	50	48	70	85	64	81	73
TRAUMATOLOGÍA	399	400	460	300	255	340	299	173	180	207	348	400
UROLOGÍA	281	499	504	473	480	500	470	380	249	470	500	420
VIGILANCIA SALUD LABORAL	120	300	150	200	250	200	330	180	99	120	240	300
TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES	11994	16774	17936	16105	14767	16130	16639	17280	17934	17186	18218	19924
TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS ANUAL (2022)												200887

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 12: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área 2023

PACIENTES ATENDIDOS POR LAS DIFERENTES ÁREAS/ SERVICIOS EN EL 2023												
ÁREA	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGTO	SEPT	OCT	NOV	DIC
CARDIOLOGÍA	179	266	121	471	456	285	270	262	314	314	362	270
CIRUGÍA	498	677	377	726	811	961	820	600	696	281	582	649
CENTRO QUIRÚRGICO	106	164	75	185	163	188	150	210	281	593	201	170
CONTINGENCIA VIRAL	999	1040	524	1239	979	969	1050	850	872	872	1088	1030
DERMATOLOGÍA	101	122	73	188	233	156	190	200	212	212	122	110
EMERGENCIAS	3187	3840	2065	6006	5788	4838	6049	3045	5239	5239	5288	6027
FISIATRÍA	291	418	226	550	427	565	580	560	534	534	483	590
GASTRO-ENTEROLOGÍA	338	414	178	373	454	344	340	410	264	264	394	490
GINECOLOGÍA	400	513	600	341	670	484	500	372	554	554	587	513
MEDICINA GENERAL	714	1145	365	714	900	880	750	730	592	592	769	600
MEDICINA INTERNA	581	520	378	866	939	759	800	546	834	834	867	780
MEDICINA PERSONAL	130	179	134	107	180	177	160	140	120	182	80	110
MÉDICO A DOMICILIO	130	140	133	186	176	160	120	190	168	168	182	138
NEUMOLOGÍA	277	299	172	503	521	579	410	250	300	300	414	400
NEUROLOGÍA	197	176	0	272	335	333	260	210	159	159	414	170
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	100	157	107	176	128	156	170	140	239	283	261	290
ODONTOLOGÍA	157	195	82	127	163	127	130	290	309	309	257	300
OFTALMOLOGÍA	194	199	350	279	345	244	370	120	139	139	338	410
OTORRINOLARINGOLOGÍA	193	157	154	336	438	430	400	370	298	298	399	290
PEDIATRÍA	700	812	590	767	853	853	836	700	650	850	746	700
PSICOLOGÍA	161	173	131	171	163	111	160	150	120	180	171	200
PSIQUIATRÍA	50	45	35	60	45	25	30	55	60	48	35	40
SERVICIO DE AMBULANCIAS	30	55	78	70	50	41	25	50	60	80	50	80
TRAUMATOLOGÍA	247	268	138	307	347	304	290	340	379	379	294	300
UROLOGÍA	281	264	64	430	297	518	370	379	295	292	403	500
VIGILANCIA SALUD LABORAL	120	170	163	108	262	106	100	140	188	188	192	190
TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES	10361	12408	7313	15558	16123	14593	15330	11309	13876	14144	14979	15347
TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS ANUAL (2023)												161341

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 13: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán según el área del 2021 al 2023 por aborto incompleto

PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL IEES DE DURÁN SEGÚN EL ÁREA DEL 2021 AL 2023 POR ABORTO INCOMPLETO				
INICIALES	CÉDULA	HISTORIA CLÍNICA	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
BAJT	0940571052	1003993	28	14/2/1996
BUSJ	0940523269	1179413	30	23/10/1993
CPJA	0927300459	1409776	30	22/9/1994
AAMP	0953500709	1294281	30	19/7/1994
MOJDR	0922855200	1346059	42	9/6/1982
CNTL	0705350080	1458658	35	20/11/1988
AAMP	0953500709	1294281	30	19/7/1994
CTJY	0931011159	1016730	31	7/1/1993
LGCB	0940523798	1150194	28	29/12/1995
SZFN	1316470812	1420191	24	22/9/2000
SPDJ	0954717831	1052977	22	27/8/2002
TAMJ	0926331042	949380	38	26/11/1985
BGKL	0941234593	968850	25	17/8/1999
CNMJ	0923650469	1199035	30	7/5/1994
RMLL	0957200611	1458030	22	26/4/2002
TPPM	0951613843	1058854	29	22/5/1995
SSAM	0951123736	1440406	28	1/4/1996
TCVM	1205717067	1186307	36	15/3/1988
MCDJ	0926932773	1458842	38	30/4/1986
MSAJ	0941310708	1384200	32	7/8/1992
LMGL	0954071981	1353354	28	6/11/1995
CPCP	0927906990	1232439	36	13/5/1988
VSRE	1311092306	931514	40	30/8/1984
LPAM	0951790922	910663	29	19/8/1995
RPKM	0954156311	1333554	29	5/12/1994
VGGM	1312369067	1429029	41	28/7/1983
EM PR	0926335456	899530	33	21/9/1991
DABS	0927113944	1125264	30	27/6/1994
OOGV	0923583074	1295810	41	15/11/1982
MBCP	0925284960	1038180	35	4/2/1989
GODO	0954291670	1249504	23	17/4/2001
MBCP	0925284960	1038180	35	4/2/1989
GACY	0924423726	1064275	40	17/6/1984

UVJE	0926159443	948620	36	21/5/1988
CAMM	0928447671	1481890	27	30/7/1997
TFSM	0926192592	1460650	36	1/6/1988
PMJM	0605086875	1491971	26	1/9/1998
CMKF	0929042216	1193416	36	30/5/1988
SBJF	0951097906	1464695	31	14/9/1993
GCKN	0923534275	1215321	38	25/8/1986
V J M A	921658027	1075217	37	1/8/1987
GCKN	923534275	1215321	38	25/8/1986
SCM P	503445488	1410484	34	13/10/1989
CPI E	918725425	1128222	33	29/8/1991
PRM L	927817122	1398859	26	13/8/1998
CMA D	1315219228	1407220	26	3/9/1998
HAJV	926778929	1053084	35	15/10/1988
SMDC	1315911865	1509493	26	13/10/1997
MSLA	922853700	1375795	40	29/1/1984
MMM N	926451964	1289977	35	26/6/1989
GGPS	1205959891	1496104	34	8/5/1990
BBJM	1206417931	1013837	39	05/08/1985
MZEA	929097509	1029522	32	19/2/1992
SEKY	953962768	1308381	26	11/12/1997
NMJD	919406744	1191307	30	26/2/1994
LCMM	1204401135	1525177	41	3/1/1983
ZGJ P	941089476	1363222	32	7/12/1991
VGMM	930374970	1134982	35	17/5/1989
AMVL	927786616	1112722	30	19/11/1993
CCAG	927955294	1528078	25	16/12/1998
ACHK	940460538	1457456	27	16/6/1997
RCAP	918547613	945677	41	18/11/1982
APKM	923691406	899999	26	2/2/1998
AMVL	927786616	1112722	30	19/11/1993
LGKM	1759441726	1504611	27	7/12/1996
TSBT	930679345	922017	23	12/11/2000
SRJ	1207415678	1175329	27	6/1/1997
M BGR	928553031	1332848	31	23/4/1993
AEEY	926331786	67694	36	23/2/1988
MVED	0929103653	995071	25	27/11/1998

GVET	0958988594	1324411	27	15/4/1997
ICPF	0922829353	1148364	39	15/5/1985
RVGJ	0930595418	82242	23	26/2/2001
JMMN	0929102721	1186974	24	5/11/1999
RVKK	928684968	477525	35	14/9/1989
MMMS	951508373	983760	25	26/9/1999
AVGJ	953594157	1547131	24	16/4/2000
MSRA	929313021	938654	33	9/2/1991
FMAD	959027277	1551703	26	7/7/1998
SCBJ	926013798	1112207	38	13/4/1986
JRCA	941150641	1390582	30	7/4/1994
BPCA	929812873	477150	32	15/8/1992
AMJJ	954201778	1492270	30	16/5/1994
MOMJ	956408124	1500939	25	2/4/1999
GBEE	928898436	1459526	27	19/10/1996
GGPS	1205959891	1496104	34	8/5/1990
VCJL	940393614	1045232	32	22/1/1992
CCJ L	1207133115	1321059	26	15/4/1998
LCMJ	927563528	1037892	36	12/4/1988
MMEN	804167542	1558735	26	25/7/1998
CCMB	604004754	1516318	40	1/6/1984
PVGD	951640929	1566566	25	14/3/1999
AMVL	927786616	1112722	30	19/11/1993
O BAJ	925444762	1448456	36	5/11/1987
PHAA	927789982	1293190	36	3/7/1988
VCEP	940666563	1567144	30	12/9/1994
QNHE	929045524	1566336	25	11/7/1999
HCGR	943632265	1196202	25	23/7/2000
CBKD	957087398	1344842	26	15/6/1998
GLRJ	928886415	1479791	33	16/10/1990
S NAP	955520416	1009888	28	22/1/1996
WAXK	940431133	1571025	33	14/2/1991

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 14: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto 2021

PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL IEES DE DURÁN EN EL 2021					
INICIALES	CÉDULA	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	EDAD ACTUAL
BAJT	0940571052	1003993	14/2/1996	5/1/2021	28
BUSJ	0940523269	1179413	23/10/1993	14/1/2021	30
CPJA	0927300459	1409776	22/9/1994	14/1/2021	30
AAMP	0953500709	1294281	19/7/1994	1/2/2021	30
MOJR	0922855200	1346059	9/6/1982	2/2/2021	42
CNTL	0705350080	1458658	20/11/1988	3/2/2021	35
AAMP	0953500709	1294281	19/7/1994	3/2/2021	30
CTJY	0931011159	1016730	7/1/1993	4/2/2021	31
LGCB	0940523798	1150194	29/12/1995	8/2/2021	28
SZFN	1316470812	1420191	22/9/2000	18/2/2021	24
SPDJ	0954717831	1052977	27/8/2002	23/2/2021	22
TAMJ	0926331042	949380	26/11/1985	24/2/2021	38
BGKL	0941234593	968850	17/8/1999	24/2/2021	25
CNMJ	0923650469	1199035	7/5/1994	25/2/2021	30
RMLL	0957200611	1458030	26/4/2002	20210203	22
TPEPM	0951613843	1058854	22/5/1995	17/2/2021	29
SSAM	0951123736	1440406	1/4/1996	3/3/2021	28
TCVM	1205717067	1186307	15/3/1988	20210308	36
MDAJ	0926932773	1458842	30/4/1986	20210309	38
MSAJ	0941310708	1384200	7/8/1992	12/3/2021	32
LMGL	0954071981	1353354	6/11/1995	15/3/2021	28
CPCP	0927906990	1232439	13/5/1988	25/3/2021	36
VSRE	1311092306	931514	30/8/1984	29/3/2021	40
LPAM	0951790922	910663	19/8/1995	12/4/2021	29
RPM	0954156311	1333554	5/12/1994	17/4/2021	29
VGGM	1312369067	1429029	28/7/1983	19/4/2021	41
EMPR	0926335456	899530	21/9/1991	11/5/2021	33
DABS	0927113944	1125264	27/6/1994	14/5/2021	30
OOGV	0923583074	1295810	15/11/1982	18/5/2021	41
MBCP	0925284960	1038180	4/2/1989	20/5/2021	35
GODO	0954291670	1249504	17/4/2001	21/5/2021	23
MBCP	0925284960	1038180	4/2/1989	20/5/2021	35
GACY	0924423726	1064275	17/6/1984	1/6/2021	40
UVJ E	0926159443	948620	21/5/1988	13/9/2021	36
CAMM	0928447671	1481890	30/7/1997	16/9/2021	27
TFSM	0926192592	1460650	1/6/1988	1/9/2021	36
PMJM	0605086875	1491971	1/9/1998	10/12/2021	26
CMKF	0929042216	1193416	30/5/1988	21/12/2021	36

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 15: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto 2022

PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL IEES DEL IEES DE DURÁN 2022					
INICIALES	CÉDULA	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	EDAD ACTUAL
SBJF	0951097906	1464695	14/9/1993	5/1/2022	31
GCKN	0923534275	1215321	25/8/1986	28/1/2022	38
VJMA	921658027	1075217	1/8/1987	31/1/2022	37
GCKN	923534275	1215321	25/8/1986	2/2/2022	38
SCMP	503445488	1410484	13/10/1989	18/4/2022	34
CPIE	918725425	1128222	29/8/1991	22/4/2022	33
PRML	927817122	1398859	13/8/1998	25/4/2022	26
CMAD	1315219228	1407220	3/9/1998	28/4/2022	26
HAJV	926778929	1053084	15/10/1988	22/4/2022	35
SMDC	1315911865	1509493	13/10/1997	8/5/2022	26
MSLA	922853700	1375795	29/1/1984	16/5/2022	40
MMMN	926451964	1289977	26/6/1989	25/5/2022	35
GGPS	1205959891	1496104	8/5/1990	9/5/2022	34
BBJM	1206417931	1013837	05/08/1985	6/6/2022	39
MZEA	929097509	1029522	19/2/1992	28/6/2022	32
SEKY	953962768	1308381	11/12/1997	6/8/2022	26
NMJD	919406744	1191307	26/2/1994	19/8/2022	30
LCMM	1204401135	1525177	3/1/1983	7/9/2022	41
ZGJP	941089476	1363222	7/12/1991	15/9/2022	32
VGMM	930374970	1134982	17/5/1989	28/9/2022	35
AMVL	927786616	1112722	19/11/1993	2022/09728	30
CCAG	927955294	1528078	16/12/1998	28/9/2022	25
ACHK	940460538	1457456	16/6/1997	5/10/2022	27
RCAP	918547613	945677	18/11/1982	26/10/2022	41
APKM	923691406	899999	2/2/1998	5/10/2022	26
AMVL	927786616	1112722	19/11/1993	6/10/2022	30
LGKM	1759441726	1504611	7/12/1996	14/11/2022	27
TSBT	930679345	922017	12/11/2000	15/11/2022	23
SRJJ	1207415678	1175329	6/1/1997	12/12/2022	27
MBGR	928553031	1332848	23/4/1993	16/12/2022	31
AEYY	926331786	67694	23/2/1988	30/12/2022	36

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 16: Pacientes atendidos en el Hospital Básico del IEES de Durán por aborto incompleto 2023

PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL IEES DE DURÁN 2023					
INICIALES	CÉDULA	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	EDAD ACTUAL
MVED	0929103653	995071	27/11/1998	20230114	25
GVET	0958988594	1324411	15/4/1997	20230121	27
I CPF	0922829353	1148364	15/5/1985	20230202	39
RVGJ	0930595418	82242	26/2/2001	20230203	23
JMMN	0929102721	1186974	5/11/1999	20230216	24
RVKK	928684968	477525	14/9/1989	20230305	35
MMMS	951508373	983760	26/9/1999	20230314	25
AVGJ	953594157	1547131	16/4/2000	20230316	24
MSRA	929313021	938654	9/2/1991	20230419	33
FMAD	959027277	1551703	7/7/1998	20230430	26
SCBJ	926013798	1112207	13/4/1986	20230428	38
JRCA	941150641	1390582	7/4/1994	20230520	30
BPCA	929812873	477150	15/8/1992	20230529	32
AMJJ	954201778	1492270	16/5/1994	20230529	30
MOMJ	956408124	1500939	2/4/1999	20230504	25
GBEE	928898436	1459526	19/10/1996	20230517	27
GGPS	1205959891	1496104	8/5/1990	20230606	34
VCJL	940393614	1045232	22/1/1992	20230607	32
CCJL	1207133115	1321059	15/4/1998	20230619	26
LCMJ	927563528	1037892	12/4/1988	20230602	36
MMEN	804167542	1558735	25/7/1998	20230815	26
CCMB	604004754	1516318	1/6/1984	20230906	40
PVGD	951640929	1566566	14/3/1999	20230926	25
AMVL	927786616	1112722	19/11/1993	20230927	30
OBAJ	925444762	1448456	5/11/1987	20231003	36
PHAA	927789982	1293190	3/7/1988	20231003	36
VCEP	940666563	1567144	12/9/1994	20231003	30
QNHE	929045524	1566336	11/7/1999	20231012	25
HCGR	943632265	1196202	23/7/2000	20231030	25
CBKD	957087398	1344842	15/6/1998	20231031	26
GLRJ	928886415	1479791	16/10/1990	20231110	33
SNAP	955520416	1009888	22/1/1996	20231116	28
WAXK	940431133	1571025	14/2/1991	20231123	33

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 17: Variables aplicadas de los aspectos socio demográficos (PARTE 1)

ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS									
GRUPO ETARIO (EDAD)		ESTADO CIVIL		GRADO DE INSTRUCCIÓN		PROCEDENCIA		OCUPACIÓN	
20 - 24	80	SOLTERA	100	ANALFABETA	5	URBANO	20	AMA DE CASA	24
25 - 29	25	CASADA	5	PRIMARIA	15	URBANO MARGINAL	34	PROFESIONAL	55
30 - 34	19	UNIÓN DE HECHO	35	SECUNDARIA	29	RURAL	90	ESTUDIANTE	65
35 - 38	20	VIUDA	0	TECNICO	30	OTROS	0	OTROS	0
39 o +	0	DIVORCIADA	4	UNIVERSITARIO	65				

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 18: Variables aplicadas de los aspectos epidemiológicos (PARTE 1)

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS							
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		GRAVIDEZ		EDAD GESTACIONAL		TIPO DE ABORTO	
GESTACIÓN PREVIAS	100	PRIMIGESTA	44	0 - 5 SEMANAS	30	ESPONTÁNEO	84
PARTOS PREVIOS	80	MULTIGESTA	100	5 a 10 SEMANAS	64	INDUCIDO	60
CESÁREAS PREVIAS	39			15 - 20 SEMANAS	50		
ABORTOS PREVIOS	25						

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 19: Variables aplicadas de los aspectos epidemiológicos (PARTE 2)

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS									
LABORATORIOS									
PROTEINURIA (+)	100	TOXOPLASMOSIS (+)	0	VIH (+)	30	VPH (+)	50	CLAMIDIA (+)	0
GLUCOSA BASAL ELEVADA	40	SÍFILIS (+)	0	PARVOVIRUS B19 (+)	0	GONORREA (+)	10	ZIKA (+)	0
HB DISMINUIDA	20	VARICELA ZOSTER (+)	0	RUBEOLA (+)	0	HEPATITIS	0	DENGUE (+)	0
EMO INFECCIOSO	100	HERPES SIMPLE (+)	0	CMV (+)	0	TRICOMONA (+)	5	NORMAL	15

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía

Tabla 20: Complicaciones de los abortos incompletos en el primer trimestre de embarazo

COMPLICACIONES DE LOS ABORTOS INCOMPLETOS EN EL 1ER TRIMESTRE DEL EMBARAZO	
CONTROLES INCOMPLETOS	100
EVALUACIÓN INCOMPLETA	80
SANGRADOS ABUNDANTES	20
INFECCIONES	100
PERFORACIÓN DE UTERO	1
INCOMPATIBILIDAD SANGUINEA MATERNA FETAL	0
SINDROME DE ASHERMAN	0

Elaborado por: Nayomi Genesis Redwood Vargas y Karla Nicolle Andrade Mejía



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Andrade Mejía, Karla Nicolle** con C.C: # **0931623912** y **Redwood Vargas, Nayomi Genesis** con C.C:# **0929109098** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en mujeres de entre 20 a 39 años en el Hospital Básico del IEES de Durán 2021-2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 27 de mayo del 2025



Firmado electrónicamente por:
**KARLA NICOLLE
ANDRADE MEJIA**

f. _____

Andrade Mejía, Karla Nicolle
C.C: # **0931623912**



Firmado electrónicamente por:
**NAYOMI GENESIS
REDWOOD VARGAS**

f. _____

Redwood Vargas, Nayomi Genesis
C.C:# **0929109098**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de aborto incompleto en el primer trimestre de gestación en mujeres de entre 20 a 39 años en el Hospital Básico del IEES de Durán 2021-2023		
AUTORAS	Andrade Mejía, Karla Nicolle & Redwood Vargas, Nayomi Genesis		
REVISOR /TUTOR	López Candelario, Mariuxi Carolina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de mayo del 2025	No. DE PÁGINAS:	66 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Obstetricia, Aborto incompleto, Diagnóstico prenatal, Complicaciones del Aborto, Legrado Uterino, Hemorragia Obstétrica.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Aborto incompleto, Primer trimestre, Mujeres, Prevalencia		

RESUMEN/ABSTRACT

La OMS y la SEGO define el aborto y explora sus clasificaciones, causas, diagnóstico y tratamiento. Se clasifica el aborto según la edad gestacional, la intencionalidad inducido o espontáneo, su evolución amenaza, inminente, retenido, etc., terminación completo o incompleto y las consecuencias complicado o no complicado). Las causas del aborto son variadas, incluyendo anomalías genéticas, anomalías anatómicas uterinas, trastornos endocrinos, causas infecciosas, aborto de origen inmunológico y causas ambientales. El diagnóstico se basa en los signos y síntomas, y se confirma con exámenes complementarios como ultrasonidos y pruebas hormonales. El tratamiento del aborto incompleto se enfoca en prevenir y manejar complicaciones como hemorragias e infecciones. Las opciones de tratamiento incluyen el AMEU (Aspiración Manual Endouterina) y el legrado uterino. Las complicaciones del aborto pueden ser inmediatas o tardías, e incluyen hemorragias, infecciones, perforaciones uterinas y complicaciones relacionadas con la anestesia.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-97 946 1973 +593-95 975 6089	E-mail: nayomi.redwood@cu.ucsg.edu.ec karla.andrade02@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio	
	Teléfono: +593-98 274 2221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	