



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

Prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024.

**AUTORES:**

Sandoval Saltos Jhonny Josue  
Ballesteros Ríos Alex Gabriel

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

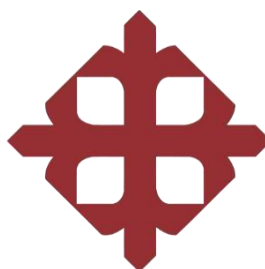
**MÉDICO**

**TUTOR:**

Minchala Avila Juan Pablo

**Guayaquil, Ecuador**

**Mayo, 2026**



# 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 **Sandoval Saltos Jhonny Josue y Ballesteros Ríos Alex Gabriel**, como requerimiento para la obtención de título de **Médico**.

**TUTOR**



Validar únicamente en **CASAPSO**.  
Firmado electrónicamente por:  
**JUAN PABLO MINCHALA**  
AVILA

f. \_\_\_\_\_

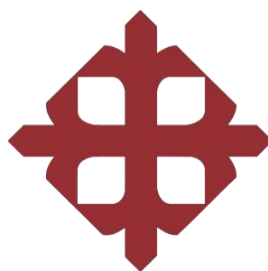
Dr. Minchala Avila Juan Pablo

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs

**Guayaquil, 1 de mayo del 2026**



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Sandoval Saltos Jhonny Josue**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la 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, 1 de mayo del 2026**

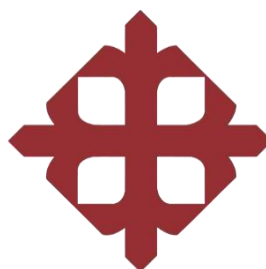
**AUTOR**



Validar sólo en FirmaEC.  
Firmado Electrónicamente por:  
**JHONNY JOSUE**  
**SANDOVAL SALTOS**

f. \_\_\_\_\_

**Sandoval Saltos Jhonny Josue**



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Ballesteros Ríos Alex Gabriel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la 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, 1 de mayo del 2026**

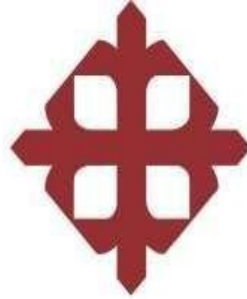
**AUTOR**



Validar sólo en Firma@C.  
Firmado Electrónicamente por:  
**ALEX GABRIEL  
BALLESTEROS RIOS**

f. \_\_\_\_\_

**Ballesteros Ríos Alex Gabriel**



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Sandoval Saltos Jhonny Josue**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 1 de mayo del 2026**

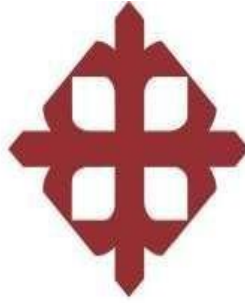
**AUTOR**



Validar sólo en FirmaEC.  
Firmado Electrónicamente por:  
**JHONNY JOSUE  
SANDOVAL SALTOS**

f. \_\_\_\_\_

**Sandoval Saltos Jhonny Josue**



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Ballesteros Ríos Alex Gabriel**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 1 de mayo del 2026**

**AUTOR**



Validar sólo en FirmaEC.  
Firmado Electrónicamente por:  
**ALEX GABRIEL  
BALLESTEROS RIOS**

f. \_\_\_\_\_

**Ballesteros Ríos Alex Gabriel**

JHONNY JOSUE SANDOVAL SALTOS



Informe de análisis  
Compilatio Studium

Compilatio Sandoval Ballesteros

ID : ac03c061595fe186eea67b71d9d1ef3e860a7b0e



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Compilatio Sandoval  
Ballesteros.txt  
Tamaño del archivo original : 33,74 kB  
Número de palabras : 4321  
Número de caracteres : 29147

Depositante : Juan Minchala  
Fecha de depósito : 5 de abril de 2026  
Tipo de carga : interface  
fecha de fin de análisis : 5 de abril de 2026

 Resumen (sección 1/3)



Validar únicamente en FirmaBC.  
Firmado electrónicamente por:  
**JUAN PABLO MINCHALA**  
AVILA

ALEX GABRIEL BALLESTEROS RIOS



Informe de análisis  
Compilatio Studium

Compilatio Sandoval Ballesteros

ID : ac03c061595fe186eea67b71d9d1ef3e860a7b0e



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Compilatio Sandoval  
Ballesteros.txt  
Tamaño del archivo original : 33,74 kB  
Número de palabras : 4321  
Número de caracteres : 29147

Depositante : Juan Minchala  
Fecha de depósito : 5 de abril de 2026  
Tipo de carga : interface  
fecha de fin de análisis : 5 de abril de 2026

 **Resumen** (sección 1/3)



## **AGRADECIMIENTO**

Yo Jhonny Sandoval agradezco a Dios por darle vida a mi padre Hermes Jonny Sandoval, quien fue el que me dio el estudio durante todos estos años de carrera, apoyarme en cada caída y no dejar de creer en mi para culminar con éxito y llegar hasta esta instancia de la carrera. Te amo papá.

Agradezco a mi madre Clara Saltos por ayudarme cada día desde que comencé la carrera, cada palabra fue un impulso para no darme por vencido.

A mis abuelos Carmen Reinoso y Trajano Sandoval a pesar de todo la tengo conmigo, gracias por un techo donde vivir en mis años de estudio durante la pandemia.

A mis tíos Mariela Sandoval y Willy Sandoval por ayudarme siempre en los momentos de dificultad familiar, yéndome a dejar en la universidad, hospital.

Agradezco al Dr. Juan Pablo Minchala, por ser un apoyo en la carrera en permitirme ayudar en el Hospital Guayaquil y aprender más en la UCI y emergencia, sobre la especialidad que deseo seguir en el futuro.

Para finalizar agradezco a la Ingeniera Mónica Vargas y al el Capitán Galo Andrade, por ayudarme económicamente en estos 2 últimos años de la carrera junto a mi padre, para poder avanzar y culminar la carrera y llegar a esta fecha tan importante de sustentación.

Jhonny Sandoval S.

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a todas las personas, por ser parte de todos estos años de carrera, aunque me demore más de lo debido nunca dejaron de creer en mí y me ayudaron con todo.

A mis padres Jonny y Clara, que siempre me ayudaron cada día, desde el 15 de mayo del 2017 que entre a la universidad hasta el día de hoy, no se rindieron conmigo y se los agradezco tanto por el apoyo infinito.

A mi tío Sebastián Sandoval que fue un segundo padre para mí, hoy desearía tanto que vieras como termino la carrera, cada día me acuerdo de ti, es triste saber que no estás aquí acompañándome. Pero cumplo con lo que me dijiste un día que termine la carrera y sea algo de provecho en esta vida.

A mi Marielita que es una segunda madre para mí, gracias por cada ida a la universidad a pagar las pensiones y matricularme, por cada comida después de pasar cada semestre por todo esto junto a ti, gracias.

Mi abuelita la que siempre creía en mí para terminar cada semestre, incluso cuando me sentía mal por una materia, siempre me apoyaste en todo, me diste un segundo hogar desde el 2020 hasta el día de hoy, gracias por esperar tantos años conmigo

A mi amiga Andrea Orellana, desde el primer día que fuimos compañeros en la universidad, siempre te mantuviste a mi lado y nunca me abandonaste, aunque nos separamos, siempre fuiste parte fundamental en toda la carrera, gracias por estar conmigo. Te quiero.

Mis amigos Dhara, Fabiola y Alex, los muchachos que nos apoyamos a pesar de todo muchas gracias por formar parte de este camino.

Jhonny Sandoval S.

## **AGRADECIMIENTO**

Yo Alex Gabriel Ballesteros Ríos, primeramente, quiero darle las gracias a Dios, ya que el siempre me dio salud y muchas fuerzas para poder llegar hasta este punto al final de la carrera que tanto anhele y desee desde que era muy pequeño.

A mi madre, Edita Marilin Ríos Morán, por apoyarme incondicionalmente siempre, económica y emocionalmente, sin dejarme solo ni un solo momento, no dejarme caer, ni rendirme nunca, porqué gracias a ti, he llegado tan lejos, esto también es tu logro. Te amo mamá.

A mi hermana, Maria Susana Zossoreth Ballesteros Ríos, gracias por siempre motivarme, que, a pesar de la distancia, con un mensaje siempre sentí que estuviste a mi lado motivándome y sacándome una sonrisa cuando más lo necesitaba.

A dos personas que ya no están en este mundo terrenal, mis abuelos Leonardo y Susana; sus palabras de aliento, siempre que podía conversar con ellos fueron gran impulso a no rendirme, su recibimiento siempre y su cariño quedara grabado en mi memoria hasta el fin de mis días, sé que estarían muy orgullosos de mi por haber llegado tan lejos.

A mi pequeño motor, mi hija, Alessia Valentina, quien en un momento, donde quería abandonar todo, llegó para hacerme entender que todo esfuerzo vale la pena y que por ella debía de llegar muy lejos, para hacerla sentir orgullosa de su papá.

Alex Gabriel Ballesteros Ríos

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a quienes sin importar han seguido a mi lado, amigos, familiares, conocidos que han creído y me han motivado para llegar al final de este camino tan largo que he realizado.

A mi madre Marilin, mi hermana Zossoreth y mi hija Alessia que, aunque no estar cerca de ellas, siempre fueron mi motor, mi guía, mi inspiración y mi fuerza para poder seguir adelante, sin rendirme y siempre con ustedes en la cabeza para seguir adelante.

Al Sr. Leonardo Ballesteros Olaya y la Sra. Susana Gutiérrez Guerrero, mis abuelos, aunque ya no están físicamente a mi lado, siempre los llevo en mi mente, en los recuerdos que crearon y lo incondicional que fueron hasta el último de sus días; se que estuvieran muy orgullosos de su nieto, que lo logro con tanto esfuerzo y muchas ganas, como siempre me lo dijeron.

Al Mgs. Ruben Llanos Fabara, quien fue mi profesor de química en el colegio, ahora mi amigo incondicional, el cual nunca me dijo no cuando pedía ayuda o tenía alguna duda, quien luego de tanto tiempo supo ser más que un amigo, un hermano mayor, guiándome e inculcándome buenos valores y hábitos de estudio para poder lograr este objetivo.

Mis amigos incondicionales, Fabiola, Dhara y Jhonny, quienes un día cualquiera coincidimos en un salón de clases hace muchos años atrás y nunca más volvimos a separarnos, a pesar de malentendidos, discusiones y problemas externos que quisieron alejarnos, siempre fuimos los cuatro mosqueteros que nadie pudo separar.

Alex Gabriel Ballesteros Ríos



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, MGS**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**DR. AYON GENKUNONG ANDRES MAURICIO**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

OPONENTE

## INDICE

RESUMEN .....	XVI
ABSTRACT .....	XVII
INTRODUCCION .....	2
CAPITULO I.....	3
1.    PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS .....	3
CAPITULO II.....	5
2.    MARCO TEORICO.....	5
2.1 AMENAZA DE ABORTO .....	5
2.1.5 DIAGNÓSTICO .....	9
2.1.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	10
2.1.7 TRATAMIENTO.....	11
CAPITULO III.....	13
3.    MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	13
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	13
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	13
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	14
3.4.1 POBLACION.....	14
3.4.2 MUESTRA.....	14
3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION .....	14
3.5 OPERALIZACION DE VARIABLES.....	14
CAPITULO IV .....	17
4.    RESULTADOS Y DISCUSION.....	17
4.1. RESULTADOS.....	17
5.    CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	23
5.1 CONCLUSIONES .....	23
5.2 RECOMENDACIONES .....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Etiología de la amenaza de aborto.....	7
<b>Tabla 2.</b> Operacionalización de variables. ....	14
<b>Tabla 3.</b> Características epidemiológicas y gineco-obstétricas de las gestantes con amenaza de aborto .....	18
<b>Tabla 4.</b> Clasificación de la amenaza de aborto según edad gestacional .....	19

## INDICE DE FIGURAS

<b>Gráfico 1.</b> Proporción de gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto.....	17
---	----

## RESUMEN

**Introducción:** La amenaza de aborto es una complicación obstétrica común dentro del primer trimestre de gestación, especialmente en las pacientes con factores de riesgo establecidos. Esto produce una alta morbilidad y un aumento en la atención en los servicios de emergencia, por lo que conocer su prevalencia es vital para la planificación y fortalecimiento de estrategias de provisión de servicios. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el año 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en 283 gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas mediante estadística descriptiva en el programa Jamovi. **Resultados:** La prevalencia de la amenaza de aborto en la población de estudio fue del 19,5%, mayormente de un grupo etario de 20–34 años (58,3%), seguidas de  $\leq 19$  años (26,5%). El 72,4% procedía de áreas urbanas. En cuanto a paridad, el 62,9% presentó 1–2 gestas previas y el 28,3% tenía antecedente de aborto. El 46,6% registró entre 3 y 5 controles prenatales, mientras que el 33,2% tuvo  $\leq 2$  controles. El 61,8% inició control en el primer trimestre. Se identificaron infecciones en el 34,6%, principalmente infección del tracto urinario (19,4%) y vaginal (9,9%). El consumo de sustancias se observó en el 20,1%, predominando el alcohol (9,9%). La mayor frecuencia de casos se presentó entre 8–12 semanas (46,6%), seguido de  $< 8$  semanas (32,5%). **Conclusión:** La amenaza de aborto es una complicación frecuente, asociada a factores clínicos y sociodemográficos, con mayor presentación en el primer trimestre.

**Palabras claves:** amenaza de aborto; embarazo; salud materna; complicaciones obstétricas; atención prenatal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Threatened miscarriage is a common first-trimester complication and a major cause of obstetric care. **Objective:** To determine the prevalence of threatened miscarriage among pregnant women treated at the León Becerra Hospital in Milagro during 2024. **Methodology:** An observational, descriptive, and retrospective study was conducted on 283 pregnant women diagnosed with threatened miscarriage. Sociodemographic, clinical, and obstetric variables were analyzed using descriptive statistics in the Jamovi program. **Results:** The prevalence of threatened miscarriage abin the study population was 19.5%, predominantly in the 20–34 age group (58.3%), followed by those aged  $\leq 19$  years (26.5%). 72.4% were from urban areas. Regarding parity, 62.9% had 1–2 previous pregnancies, and 28.3% had a history of abortion. 46.6% had 3–5 prenatal visits, while 33.2% had  $\leq 2$  visits. 61.8% began prenatal care in the first trimester. Infections were identified in 34.6%, primarily urinary tract infections (19.4%) and vaginal infections (9.9%). Substance use was observed in 20.1%, with alcohol being the most common (9.9%). The highest frequency of cases occurred between 8–12 weeks (46.6%), followed by  $< 8$  weeks (32.5%). **Conclusion:** Threatened abortion is a common complication associated with clinical and sociodemographic factors, with the highest incidence in the first trimester.

**Keywords:** threatened miscarriage; pregnancy; maternal health; obstetric complications; prenatal care.

## INTRODUCCION

La amenaza de aborto constituye una complicación frecuente durante el primer trimestre del embarazo y representa una causa importante de morbilidad materna y perinatal. Se define como la presencia de sangrado uterino antes de las 20 semanas de gestación o cuando el producto de la concepción pesa menos de 500 gramos. Su etiología es multifactorial e incluye causas anatómicas, endocrinas, infecciosas, genéticas y socioeconómicas (1,2). A nivel mundial, se estima que la amenaza de aborto ocurre en aproximadamente el 15% al 20% de las gestaciones. En América Latina, esta complicación se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, situación que se relaciona principalmente con factores socioeconómicos y conductuales (3–6).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública reporta que la población gestante constituye un grupo prioritario dentro de la atención en salud materna. La amenaza de aborto forma parte de las principales complicaciones obstétricas, con una prevalencia a nivel regional de aproximado 15% (7,8). Esta cifra no se puede leer sin comprender el contexto de los determinantes de la salud, que están directamente relacionados con desarrollo del país, en el que los sistemas de salud más deteriorados son aquellos que tienen desigualdades sociales amplias, lo que favorece a una atención limitada entorno a los servicios de salud (8). Por ende, en base a estos determinantes, las complicaciones obstétricas como la amenaza de aborto, han ido en aumento y es un motivo de consulta diario en los servicios de ginecología de emergencia de los hospitales.

El Hospital León Becerra de Milagro es un centro de referencia local donde se evidencia con frecuencia los desenlaces asociados a factores de riesgo obstétricos, entre ellos la amenaza de aborto, uno de los diagnósticos más comunes en la atención materna. El determinar la prevalencia de esta complicación, permitirá dimensionar su impacto en los servicios de salud y fortalecer la planificación de estrategias de atención oportuna.

# **CAPITULO I**

## **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una de las emergencias obstétricas más frecuentes atendidas en los servicios de salud es la amenaza de aborto, condición que constituye un problema relevante de salud pública debido a su asociación con complicaciones maternas y fetales cuando no se identifica y maneja de forma oportuna. Esta entidad se relaciona con un incremento de la morbilidad materno-perinatal y representa una causa habitual de consulta en los servicios de emergencia obstétrica (1,3).

La amenaza de aborto está relacionada con determinantes sociales y sanitarios como el embarazo adolescente, controles prenatales insuficientes, acceso limitado a la atención en salud, y niveles de analfabetismo y pobreza significativos (4,5). Sumado a estos factores, el desconocimiento del proceso de la gestación y de los signos de alarma, producen que exista un retraso en la búsqueda de atención médica. Por esta razón, se debe de reforzar la atención dirigida a las gestantes que presentan esta condición, especialmente en el grupo adolescente. La detección temprana de los síntomas y el seguimiento adecuado durante el control prenatal contribuyen a reducir el riesgo de complicaciones y a mejorar el pronóstico materno-fetal (2,3).

### **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024?

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el año 2024.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características epidemiológicas y gineco-obstétricas de las gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el 2024.
2. Clasificar la amenaza de aborto según la edad gestacional al momento de su presentación en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el año 2024.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

El embarazo comprendido como un proceso fisiológico de la mujer, está comprometido a distintos determinantes clínicos, sociodemográficos y sociales, en el que la salud pública se vuelve un ente de prevención, promoción, atención y tratamiento de las distintas patologías y complicaciones que se puedan originar en medio de este contexto (6). Con estos antecedentes, la salud materna se vuelve una prioridad en relación con la provisión de servicios y la generación de evidencia científica que permita fortalecer las políticas públicas y el sistema de salud.

En el contexto local en el que se encuentra el Hospital León Becerra de Milagro, en el que recibe diariamente a un número significativo de gestantes, de todo rango etario y distintos niveles socioeconómicos, es imprescindible poder evidenciar cual es la epidemiología de una de las complicaciones que en la práctica clínica es prevenible mediante una oportuna captación y seguimiento mediante los controles prenatales, lo que derivaría a disminuir el colapso que muchas veces se presenta.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1 AMENAZA DE ABORTO**

La amenaza de aborto se caracteriza por la presencia de sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación, generalmente acompañado de dolor abdominal, aunque en algunos casos puede presentarse sin dolor (1,2). Durante este cuadro clínico el cuello uterino permanece cerrado y no existe expulsión del producto de la concepción, lo que permite diferenciarla de otras formas de aborto. Este sangrado puede constituir un signo de riesgo para la continuación del embarazo o relacionarse con procesos propios de la implantación embrionaria (3,4).

Dentro del espectro clínico del aborto, la amenaza de aborto representa la forma más leve de presentación; sin embargo, posee importancia clínica por su posible evolución hacia aborto espontáneo. Además, constituye la causa más frecuente de sangrado durante el primer trimestre del embarazo y una de las principales razones de consulta en los servicios de emergencia obstétrica (1-3). La clasificación clínica de los abortos espontáneos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), incluye:

1. Amenaza de aborto: sangrado sin apertura cervical ni pérdida tisular.
2. Aborto inevitable: sangrado con dilatación cervical.
3. Aborto incompleto: expulsión parcial de tejido gestacional.
4. Aborto completo: expulsión total del contenido uterino.
5. Aborto retenido o diferido: detención del desarrollo embrionario sin expulsión.

##### **2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA**

Durante la gestación temprana, aproximadamente una cuarta parte de las mujeres embarazadas presenta sangrado vaginal acompañado de dolor suprapúbico, abdominal tipo cólico o molestias lumbares, cuadro clínico que

suele corresponder a amenaza de aborto y que constituye un importante predictor de aborto espontáneo (5,7). Esta condición representa una de las complicaciones más frecuentes del primer trimestre y afecta a mujeres en todas las edades reproductivas, con prevalencias variables según el contexto socioeconómico y el acceso a los servicios de salud. En algunos estudios poblacionales se han reportado prevalencias cercanas al 14,7% de los embarazos, lo que confirma su elevada frecuencia como causa de consulta obstétrica (8).

La amenaza de aborto presenta especial relevancia por su posible evolución hacia aborto consumado, situación que ocurre en aproximadamente el 15–20% de los casos. En términos generales, el aborto espontáneo se presenta en alrededor del 10–12% de las gestaciones en adolescentes, mientras que su frecuencia aumenta progresivamente con la edad materna, alcanzando cifras cercanas al 40–50% en mujeres mayores (9-11). En Ecuador existen limitados datos epidemiológicos sobre la prevalencia de amenaza de aborto en este grupo etario, lo que evidencia la necesidad de estudios locales que permitan dimensionar el problema y orientar estrategias de prevención y atención oportuna (12,13).

### **2.1.2 ETIOLOGIA**

La amenaza de aborto tiene un origen multifactorial que incluye alteraciones genéticas, anatómicas, inmunológicas, endocrinas y nutricionales. La evaluación clínica suele orientarse a la identificación de causas reconocidas como el síndrome antifosfolipídico, trastornos endocrinos y anomalías estructurales uterinas. Entre los estudios más utilizados se incluyen el cariotipo de ambos padres, la determinación de anticuerpos antifosfolipídicos y la evaluación metabólica mediante medición de hemoglobina glucosilada y prolactina (3,11,12).

**Tabla 1.** Etiología de la amenaza de aborto.

<b>Categoría etiológica</b>	<b>Factores asociados</b>	<b>Características clínicas o diagnósticas</b>
<b>Genéticas</b>	Anomalías cromosómicas parentales	Representan aproximadamente el 2–4% de los casos de aborto recurrente. Se recomienda el estudio mediante cariotipo de ambos progenitores cuando existe antecedente de pérdidas gestacionales repetidas.
<b>Anatómicas</b>	Malformaciones uterinas congénitas o adquiridas	Más del 15% de las mujeres con pérdidas gestacionales presenta alguna anomalía uterina. La ecografía con infusión salina y la histeroscopia son métodos diagnósticos de elección.
	Útero tabicado	Se asocia con mayor riesgo de amenaza de aborto debido a alteraciones en la implantación embrionaria.
	Leiomiomas uterinos	Frecuentes en edad reproductiva; el riesgo de aborto aumenta cuando se localizan cerca del sitio de implantación placentaria.
	Sinequias uterinas	Pueden interferir con la implantación y el desarrollo normal del embarazo.
	Pólipos endometriales	Asociados a alteraciones en la implantación embrionaria.
<b>Inmunológicas</b>	Síndrome antifosfolípido	Se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos asociados a abortos recurrentes o fenómenos trombóticos. Se evalúa mediante anticardiolipinas, anticoagulante lúpico y anti-β2 glicoproteína I.
<b>Endocrinas</b>	Diabetes mellitus mal controlada	Asociada a mayor riesgo de pérdida gestacional temprana;

		se evalúa mediante hemoglobina glucosilada (HbA1c).
	Hipotiroidismo y deficiencia de yodo	Se relacionan con mayor riesgo de complicaciones del embarazo, incluyendo aborto espontáneo.
	Síndrome de ovario poliquístico y resistencia a la insulina	Se asocian a alteraciones hormonales que pueden afectar la implantación y el desarrollo embrionario.
	Hiperprolactinemia	Puede interferir con la función ovárica y la estabilidad del embarazo temprano.
<b>Nutricionales y hábitos</b>	Obesidad o bajo peso materno	Ambas condiciones se han asociado a mayor riesgo de aborto espontáneo.
	Consumo elevado de cafeína	Ingestas superiores a 500 mg diarios (aproximadamente 5 tazas de café) se han relacionado con mayor riesgo de pérdida gestacional.

**Elaborado por:** Autores

### 2.1.3. FISIOPATOLOGÍA

La amenaza de aborto en el embarazo temprano se manifiesta por sangrado vaginal con el orificio cervical cerrado y un embarazo intrauterino viable. Desde el punto de vista fisiopatológico, su desarrollo es multifactorial y está relacionado con alteraciones en la implantación placentaria, la regulación inmunológica, el equilibrio hormonal y la función vascular materno-fetal (13–15). Uno de los mecanismos centrales es la alteración en la invasión trofoblástica y en el proceso de placentación. La deficiente diferenciación e invasión del trofoblasto puede originar una placentación superficial, disminución en la producción de  $\beta$ -hCG y alteraciones en la angiogénesis placentaria, lo que compromete el adecuado desarrollo del embarazo. Asimismo, las modificaciones en los mecanismos de adaptación a la hipoxia y el aumento de la apoptosis celular en el tejido placentario contribuyen a la disfunción trofoblástica y a la inestabilidad del embarazo temprano (13,14).

Otro componente importante corresponde a las alteraciones inmunológicas materno-fetales. El mantenimiento de la gestación requiere un adecuado estado de tolerancia inmunológica caracterizado por el predominio de respuestas antiinflamatorias y la acción reguladora de los linfocitos T reguladores. En la amenaza de aborto se ha observado una pérdida de este equilibrio, con predominio de respuestas proinflamatorias que pueden ejercer efectos adversos sobre el trofoblasto y el desarrollo embrionario. La reducción de factores angiogénicos placentarios y los cambios en la actividad de los macrófagos deciduales también contribuyen a un ambiente inmunológico desfavorable que puede favorecer la progresión hacia aborto espontáneo. En conjunto, estos mecanismos reflejan la interacción entre alteraciones placentarias, inmunológicas y vasculares que caracterizan la fisiopatología de la amenaza de aborto (13–15).

#### **2.1.4 MANIFESTACIONES CLINICAS**

El cuadro clínico de la amenaza de aborto se presenta generalmente antes de las 20 semanas de gestación y se caracteriza principalmente por hemorragia vaginal de color rojo oscuro, de escasa a moderada cantidad, sin expulsión de tejido ovular, acompañada con frecuencia de dolor tipo cólico en hipogastrio o lumbalgia (9,16). El cuello uterino se mantiene cerrado, lo que constituye un elemento diagnóstico fundamental. En algunos casos pueden presentarse síntomas urinarios como disuria, hematuria o urgencia miccional, especialmente cuando existe infección del tracto urinario asociada (9). Al examen físico, el útero conserva un tamaño acorde con la edad gestacional, pudiendo evidenciarse cierto grado de hipertonia uterina al tacto bimanual. La cantidad de sangrado vaginal se relaciona con el pronóstico del embarazo, de modo que, a mayor volumen de sangrado, mayor es el riesgo de progresión hacia la pérdida gestacional (9,16).

La amenaza de aborto espontáneo en etapas tempranas del embarazo se define clínicamente por la presencia de sangrado vaginal en una gestante con embarazo intrauterino viable y orificio cervical cerrado, generalmente durante el primer trimestre de gestación (16,17). El sangrado puede variar desde un

leve manchado hasta hemorragia moderada y puede acompañarse de dolor abdominal tipo cólico; sin embargo, la presencia de sangrado abundante o expulsión de coágulos se asocia con mayor riesgo de evolución hacia aborto espontáneo (16,17). La ausencia de expulsión de tejido ovular y la presencia de un cuello uterino cerrado constituyen criterios clínicos esenciales para diferenciar la amenaza de aborto del aborto inevitable o incompleto (16,17). La ecografía obstétrica representa un complemento diagnóstico fundamental, ya que permite evaluar la viabilidad embrionaria y detectar hallazgos asociados como hematoma subcoriónico, acumulación de líquido intrauterino o zonas de desprendimiento parcial del saco gestacional, los cuales pueden influir en el pronóstico del embarazo (16).

### **2.1.5 DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico clínico se basa en una evaluación integral que incluye historia obstétrica, exploración física, análisis hormonal y estudios de imagen (14,16,17).

1. Evaluación clínica
  - a. Se basa en la cuantificación de la hemorragia, localización del dolor principalmente e hipogástrico, exploración cervical donde se observa el cérvix cerrado (14,17).
2. Ecografía transvaginal:
  - a. con un embarazo intrauterino se observa un saco gestacional donde hay acumulación de líquido anecoico que representa la cavidad exocelomica, que durante el sangrado transvaginal el saco gestacional se asemeja un saco pseudo gestacional; este seudosaco es sangre derivada de un embarazo ectópico hemorrágico y su exclusión es más fácil si se observa saco vitelino (14,17)
  - b. la presencia de actividad cardiaca fetal desde las 6 semanas
3. hemograma y laboratorios
  - a. se recomienda evaluar hemoglobina y hematocrito en caso de pérdida de sangre significativa y evaluar el grado de anemia

- b. Análisis de orina para descartar una ITU, que presentan síntomas similares si no es tratada, en el caso de infección pélvica o de partes blandas se realiza hemocultivos y urocultivos, para infecciones de transmisión sexual (14,17).
4.  $\beta$ -mCG:
  - a. a partir de las 4.5 semanas que se observa el saco gestacional en ese momento se puede obtener concentraciones de  $\beta$ -mCG entre 1500-2000 mL/ml, aunque puede ser necesario un umbral de 3500 mL/ml para identificar el saco gestacional
  - b. su incremento esperado cada 48–72 horas confirma gestación viable; un descenso o meseta indica mal pronóstico (14,17).
5. Progesterona sérica
  - a. niveles <10 ng/mL se asocian a pérdida gestacional

#### **2.1.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Se deben pensar en varias patologías cuando una paciente presenta sangrado vaginal y dolor pélvico ya que la amenaza de aborto es un diagnóstico de exclusión (18,19).

- Diagnósticos obstétricos
  - Embarazo ectópico, aborto espontáneo, incompleto, completo o séptico
  - Enfermedad trofoblástica gestacional
  - Incompetencia cervical
- Diagnósticos vulvares: traumatismos, candidiasis vaginal, vaginosis bacteriana, infección por chlamydia trachomatis, condiloma acuminado, pólipos cervicales
- Diagnósticos anexiales: quiste del cuerpo lúteo roto, torsión anexial
- Otros diagnósticos: apendicitis, infección del tracto urinario, enfermedad inflamatoria intestinal

La diferenciación de la amenaza de aborto espontáneo de otras pérdidas tempranas del embarazo se basa principalmente en los hallazgos de la

ecografía pélvica y la exploración física. En una amenaza de aborto espontáneo, el orificio cervical está cerrado y una ecografía demuestra evidencia de un embarazo viable lo que permite diferenciar de una amenaza de aborto de otros tipos de aborto espontáneo, por ejemplo, con un aborto espontáneo inevitable, el orificio cervical está abierto sin visualización de POC en la cúpula vaginal. Por el contrario, un cuello uterino abierto con paso parcial de POC caracteriza un aborto espontáneo incompleto (18,19).

### **2.1.7 TRATAMIENTO**

#### **Manejo expectante**

Las pacientes con embarazo intrauterino viable y signos clínicos de amenaza de aborto espontáneo deben ser manejadas inicialmente con conducta expectante, con el objetivo de vigilar la evolución clínica y descartar diagnósticos diferenciales (20–22). En casos de persistencia del sangrado o cuando exista incertidumbre sobre la viabilidad o localización del embarazo, se recomienda repetir la ecografía pélvica y complementar la evaluación con determinaciones seriadas de  $\beta$ -hCG. En las pacientes que se encuentren Hemodinámicamente estables, la  $\beta$ -hCG sérica puede cuantificarse en un periodo de 48 horas para confirmar la viabilidad e identificar las posibles afectaciones en el desarrollo de la gestación (20,21).

La progesterona es utilizada para la suplementación en el tratamiento, la cual ha demostrado que reduce significativamente el riesgo de aborto espontáneo o el acortamiento cervical. En pacientes con antecedentes de aborto espontáneo recurrente, la progesterona vaginal ha mostrado efectos beneficiosos, recomendándose el uso de progesterona micronizada vaginal 400 mg cada 12 horas (20,21).

#### **Prevención de la aloinmunización**

La aloinmunización materno-fetal puede prevenirse mediante la administración de inmunoglobulina anti-D en gestantes Rh negativas con sangrado vaginal durante el embarazo. Aunque el riesgo de aloinmunización es bajo durante el primer trimestre, este aumenta en presencia de sangrado

abundante, mayor edad gestacional o procedimientos invasivos (21). Se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D en todas las pacientes Rh negativas con sangrado vaginal, especialmente después del primer trimestre. Antes de las 12 semanas de gestación se sugiere su uso cuando el sangrado sea recurrente, abundante o acompañado de dolor abdominal, con una dosis recomendada de 50 a 120 µg por vía intramuscular en dosis única (8,20).

### **Indicaciones al alta y seguimiento**

Al alta médica, las pacientes deben recibir indicaciones claras sobre los signos de alarma, recomendándose acudir nuevamente al servicio de salud en caso de sangrado vaginal abundante, dolor abdominal intenso o fiebre (20–22). Se aconseja además evitar actividades físicas extenuantes y mantener reposo pélvico, incluyendo la abstinencia de relaciones sexuales durante el periodo sintomático. Como parte del manejo integral, se recomienda la suplementación con vitaminas prenatales y ácido fólico, así como el seguimiento clínico y ecográfico según la evolución.

## **CAPITULO III**

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se realizó en el Hospital León Becerra de Milagro durante el 2024.

#### **3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas disponibles en el sistema informático institucional. Estos datos se derivaron de las variables establecidas según los objetivos del trabajo de investigación, las cuales luego de su extracción se distribuyeron en una base de datos dentro de Microsoft Excel.

#### **3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.**

El programa estadístico utilizado para el análisis de los datos recolectados fue JAMOVİ versión 2.3. La prevalencia se calculó como el número de casos de amenaza de aborto sobre el total de gestantes atendidas durante el 2024. El plan de análisis consistió en implementar medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y frecuencia y porcentajes para las variables categóricas, lo que corresponde a un análisis netamente descriptivo. La normalidad de las variables cuantitativas fue evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Estos análisis permitieron estimar la prevalencia de amenaza de aborto y describir las características epidemiológicas y gineco-obstétricas de la población estudiada.

### **3.4 POBLACION Y MUESTRA**

#### **3.4.1 POBLACION**

La población está conformada por gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante enero a diciembre 2024.

#### **3.4.2 MUESTRA**

Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron criterios durante el periodo de estudio

##### **3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

###### **3.4.1.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes de 18 a 35 años
- Pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto documentado en registros clínicos.
- Pacientes con edad gestacional menor de 20 semanas al momento del diagnóstico.
- Pacientes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el 2024.

###### **3.4.1.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de aborto en curso, aborto incompleto o aborto inevitable.
- Pacientes con historial clínico incompleto.
- Pacientes con patologías gineco-obstétricas que simulen sangrado vaginal.

### **3.5 OPERALIZACION DE VARIABLES**

**Tabla 2.** Operacionalización de variables.

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Resultado</b>
------------------------------	-------------------	-------------------------	------------------

Amenaza de aborto (variable dependiente)	Presencia de sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación con cuello uterino cerrado y embarazo viable registrado en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí (1) / No (0)
Edad	Edad de la gestante al momento del diagnóstico registrada en la historia clínica	Cuantitativa discreta	Años
Grupo etario	Clasificación de la gestante según edad cronológica	Cualitativa ordinal	≤19 / 20–34 / ≥35
Número de gestas	Número total de embarazos previos registrados en la historia clínica	Cuantitativa discreta	0 / 1 / 2 / ≥3
Antecedentes de aborto	Historia previa de aborto espontáneo o inducido registrada en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí (1) / No (0)
Lugar de residencia	Área geográfica de procedencia de la gestante	Cualitativa nominal dicotómica	Urbana / Rural
Edad gestacional	Edad del embarazo en semanas al momento del diagnóstico	Cuantitativa continua	Semanas
Clasificación por edad gestacional	Categoría según semanas de gestación al momento del diagnóstico	Cualitativa ordinal	<8 / 8–12 / 13–20 semanas
Control prenatal	Número de controles prenatales registrados durante el embarazo actual	Cuantitativa discreta	Número de controles
Inicio de control prenatal	Momento de inicio del control prenatal según semanas de gestación	Cualitativa ordinal	Primer trimestre / Segundo trimestre / Tercer trimestre
Antecedentes patológicos personales	Presencia de enfermedades crónicas registradas en la historia clínica	Cualitativa nominal politómica	HTA / DM / SOP / Enfermedad renal / SAF / Ninguna

Infecciones durante el embarazo	Presencia de infecciones diagnosticadas durante el embarazo actual	Cualitativa nominal dicotómica	Sí (1) / No (0)
Tipo de infección	Clasificación de la infección diagnosticada durante el embarazo	Cualitativa nominal politómica	ITU / Vaginal / TORCH / Otras
Consumo de sustancias	Consumo de tabaco, alcohol o drogas antes o durante el embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Sí (1) / No (0)

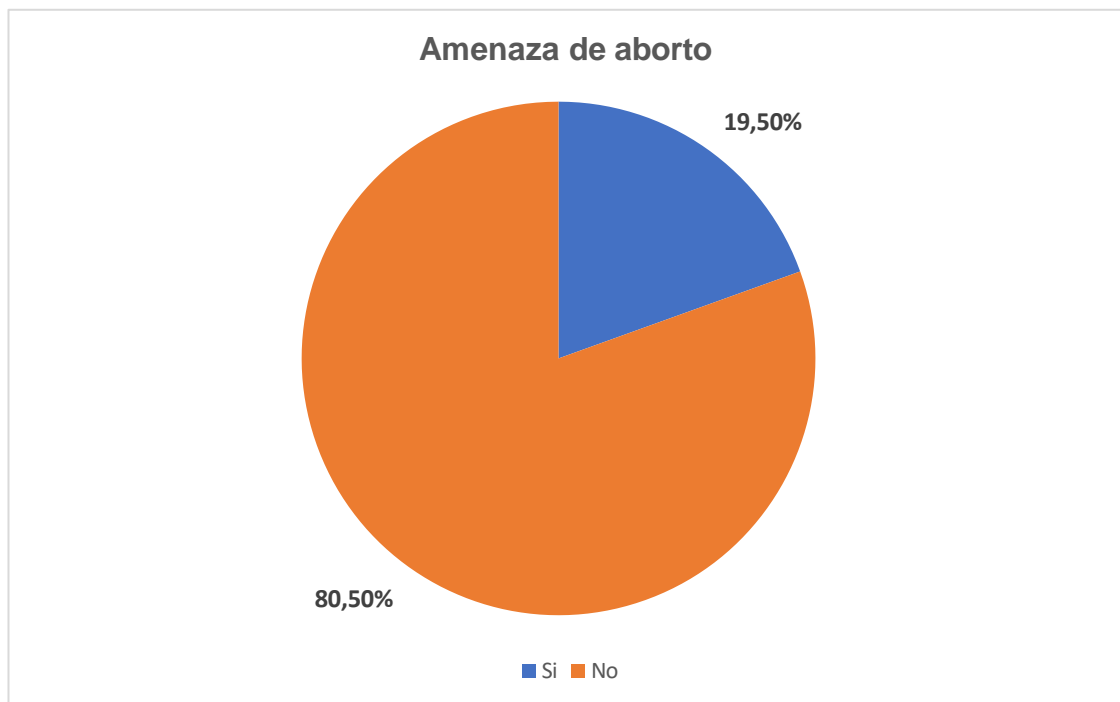
## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 RESULTADOS

Durante el período de estudio se registraron 1.452 gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro, de las cuales 283 presentaron diagnóstico de amenaza de aborto, lo que representa una prevalencia del 19,5%. **Figura 1.**

**Gráfico 1.** Proporción de gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto.



**Autores:** Sandoval Saltos Jhonny Josue y Ballesteros Ríos Alex Gabriel

**Fuente:** Hospital León Becerra de Milagro durante el 2024.

El 58,3% de las gestantes estudiadas pertenecían al grupo etario entre los 20 y 34 años. En relación con las gestas previas, se documentó que el 62,9% de las pacientes tuvieron de una a dos gestas previas, y en cuanto al historial de aborto, el 28,3% declararon que lo tuvieron. Según la procedencia de las gestantes, el 72,5% provenía de zonas urbanas. El 46,6% de las pacientes documentaron de 3 a 5 controles al momento del diagnóstico de la amenaza

de aborto. El 61,8% de las pacientes iniciaron su control prenatal en el primer trimestre. La presencia de infecciones durante el embarazo se evidenció en el 34,6% de las pacientes, y entre los tipos de infección, la infección del tracto urinario fue la que más se evidenció, en el 19,4%. El consumo de sustancias se registró en 57 gestantes (20,1%). Dentro de estas, el alcohol fue la sustancia más reportada con 28 casos (9,9%).

**Tabla 3.** Características epidemiológicas y gineco-obstétricas de las gestantes con amenaza de aborto.

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años)</b>	27,8 ± 6,4	
<b>Grupo etario</b>		
≤19 años	75	26,5
20–34 años	165	58,3
≥35 años	43	15,2
<b>Número de gestas</b>		
0	68	24,0
1–2	178	62,9
≥3	37	13,1
<b>Antecedente de aborto</b>		
Sí	80	28,3
No	203	71,7
<b>Lugar de residencia</b>		
Urbana	205	72,4
Rural	78	27,6
<b>Número de controles prenatales</b>		
0–2 controles	94	33,2
3–5 controles	132	46,6
≥6 controles	57	20,2
<b>Inicio de control prenatal</b>		
Primer trimestre	175	61,8
Segundo trimestre	66	23,3
Tercer trimestre	42	14,9
<b>Infección durante el embarazo</b>		
Sí	98	34,6
No	185	65,4
<b>Tipo de infección</b>		
Ninguna	185	65,4
ITU	55	19,4
Vaginal	28	9,9
TORCH	6	2,1
Otras	9	3,2
<b>Consumo de sustancias</b>		
Sí	57	20,1

No	226	79,9
<b>Tipo de sustancia</b>		
Ninguna	226	79,9
Alcohol	28	9,9
Tabaco	19	6,7
Drogas ilícitas	10	3,5

**Autores:** Sandoval Saltos Jhonny Josue y Ballesteros Ríos Alex Gabriel

**Fuente:** Hospital León Becerra de Milagro, 2024

En la tabla 4 se observa la distribución de la amenaza de aborto según la edad gestacional. El mayor número de casos se observó entre las 8 y 12 semanas de gestación, con 132 casos (46,6%), seguido del grupo menor a 8 semanas con 92 casos (32,5%). El grupo entre 13 y 20 semanas representó 59 casos (20,9%).

**Tabla 4.** Clasificación de la amenaza de aborto según edad gestacional

<b>Edad gestacional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<8 semanas	92	32,5
8–12 semanas	132	46,6
13–20 semanas	59	20,9
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>100</b>

**Autores:** Sandoval Saltos Jhonny Josue y Ballesteros Ríos Alex Gabriel

**Fuente:** Hospital León Becerra de Milagro, 2024

## 4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el año 2024. La prevalencia encontrada fue del 19,5%, valor que se mantiene dentro del rango descrito por Reyes Tigrero, quien señala que el sangrado durante el primer trimestre afecta entre el 10% y el 30% de los embarazos (23). De igual manera, el resultado es cercano a lo reportado por Avendaño Reyes et al., quienes documentaron una incidencia aproximada del 25% de amenaza de aborto en gestantes durante el primer trimestre (24). Estos hallazgos muestran que la frecuencia observada en la presente investigación es consistente con lo reportado en otros contextos nacionales.

En cuanto a la edad, el grupo más frecuente fue el de 20 a 34 años, con el 58,3% de los casos, seguido de las gestantes menores o iguales a 19 años, con el 26,5%. Este comportamiento guarda relación con lo descrito por Flores

Rivera, quien reporta una mayor frecuencia de amenaza de aborto en mujeres jóvenes y en edad reproductiva activa (25). Aunque en ese estudio se enfatiza la población joven, en la presente investigación la mayor concentración se ubicó en el grupo de edad intermedia, lo cual puede corresponder a la mayor proporción de embarazos que ocurre habitualmente en ese rango etario.

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, predominó el grupo con una a dos gestas previas, que representó el 62,9%, mientras que el antecedente de aborto estuvo presente en el 28,3% de las pacientes. Estos resultados son concordantes con lo planteado por Reyes Tigrero, quien identifica a los antecedentes obstétricos como elementos relevantes dentro del perfil clínico de las gestantes con amenaza de aborto (23). De forma similar, Flores Rivera describe que la historia reproductiva y determinadas condiciones maternas se vinculan con esta complicación obstétrica (25). Esto refuerza la importancia de valorar de manera global los antecedentes gineco-obstétricos durante la atención prenatal.

En relación con el lugar de residencia, predominó la procedencia urbana, con el 72,4% de los casos. Aunque los estudios seleccionados no desarrollan esta variable de manera específica, Flores Rivera sí menciona la influencia de condiciones sociales en la presentación de amenaza de aborto (25). En este contexto, la mayor frecuencia encontrada en población urbana podría estar relacionada con una mayor captación de casos en áreas de referencia hospitalaria y con una mayor concentración poblacional en estos sectores.

En lo referente al control prenatal, el 46,6% de las gestantes registró entre 3 y 5 controles prenatales, mientras que el 33,2% tuvo entre 0 y 2 controles. Además, el 61,8% inició el control prenatal en el primer trimestre. Si bien los artículos citados no presentan porcentajes específicos para número de controles, Flores Rivera reporta que el acceso a servicios de salud y las condiciones socioeconómicas influyen en la aparición de amenaza de aborto (25). Estos antecedentes determinan que el control prenatal insuficiente sigue siendo un factor de riesgo relevante para la aparición de la amenaza de aborto, debido a que no existe un adecuado seguimiento y categorización del

riesgo obstétrico, cuyo propósito es la prevención de este tipo de complicaciones mediante las medidas farmacológicas y no farmacológicas.

La presencia de infecciones durante el embarazo se observó en el 34,6% de las gestantes, y dentro de ellas la infección del tracto urinario fue la más frecuente, con el 19,4%, seguida de las infecciones vaginales, con el 9,9%. Estos hallazgos son comparables con lo señalado por Avendaño Reyes et al., quienes describen una frecuencia importante de amenaza de aborto en pacientes del primer trimestre y analizan variables clínicas asociadas a esta entidad (24). Además, Reyes Tigrero incluye a las infecciones como parte de los factores de riesgo vinculados a la amenaza de aborto (23). En la presente serie, la elevada frecuencia de infecciones urinarias y vaginales resalta su importancia dentro del perfil clínico de las pacientes estudiadas. Esto se puede deber por cambios fisiológicos del embarazo, como la dilatación ureteral, estasis urinaria y modificaciones en el pH vaginal, que favorecen la proliferación bacteriana. Estas infecciones pueden inducir procesos inflamatorios y liberación de mediadores que afectan la estabilidad del embarazo, aumentando el riesgo de sangrado y complicaciones en el primer trimestre.

En relación con el consumo de sustancias, el 20,1% de las gestantes refirió consumo, predominando el alcohol con el 9,9%, seguido del tabaco con el 6,7% y de drogas ilícitas con el 3,5%. Reyes Tigrero describe que diversos factores maternos y conductuales influyen en la aparición de amenaza de aborto (23), mientras que Flores Rivera también vincula esta complicación con condiciones sociales y factores de riesgo maternos (25). Sin embargo, las investigaciones comparativas no especifican una clasificación en cuanto a porcentajes específicos sobre el tipo de sustancia que consumían las gestantes estudiadas, por lo que realizar un contraste resulta limitado. Aunque de forma general, el alcohol y tabaco han sido ampliamente documentado su consumo por una proporción considerable, especialmente en entornos de recursos limitados y desigualdades sociales.

El 46,6% de las gestantes al momento del diagnóstico de amenaza de aborto se encontraba entre las 8 y 12 semanas. Esto significa que la mayoría de los casos se presentó durante el primer trimestre del embarazo. Este patrón coincide con lo reportado por García Carneiro et al., quienes describen que los eventos relacionados con aborto se concentran principalmente en las primeras semanas de gestación (26). Del mismo modo, Avendaño Reyes et al. Enfocan su análisis en pacientes del primer trimestre, lo que también respalda la mayor frecuencia observada en este periodo gestacional (24).

La limitación que más repercutió en el desarrollo de la investigación fue el método en el que se recolectaron los datos, que fue retrospectivo, lo que predispone un probable sesgo de información, al extraer información secundaria de los pacientes y no realizar un seguimiento verificar los desenlaces clínicos de la muestra de estudio. No obstante, la fortaleza de este trabajo de titulación se basa en los datos epidemiológicos que contribuyen a delimitar los campos de acción entorno a la salud pública, así como a identificar deficiencias en la salud materna, para subsanar por medio de las estrategias de fortalecimiento.

## **CAPITULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

1. Se determinó que la prevalencia de la amezca de aborto en las gestantes en el hospital león becerra de milagro durante el año 2024 fue del 19.5% evidenciando que esta complicación constituye un problema frecuente dentro de la atención obstetricia y un motivo importante de consulta en los servicios de salud
2. Se identificó que las gestantes con amenaza de aborto presentaron características epidemiológicas y gineco-obstétricas predominantes como edad entre 20 y 34 años, antecedentes de una a dos gestas previas, procedencia urbana y presencia de factores de riesgo relevantes como infecciones del tracto urinario y vaginales, así como consumo de sustancias.
3. Se logró clasificar la amenaza de aborto según la edad gestacional, encontrándose que la mayor frecuencia de casos ocurrió entre las 8 y las 12 semanas de gestación, seguida del grupo menos a 8 semanas, lo que confirma que esta condición se presenta principalmente durante el primer trimestre del embarazo

## **5.2 RECOMENDACIONES**

1. Fortalecer las estrategias de captación y de atención prenatal temprana, promoviendo el inicio oportuno del control durante el primer trimestre.
2. Realizar protocolos de tamizaje, atención y manejo oportuno de los factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto como las infecciones durante el embarazo, especialmente infecciones del tracto urinario y vaginales, con el fin de reducir su impacto en la evolución del embarazo.
3. Promover la vigilancia y monitoreo de gestantes con riesgo obstétrico alto, particularmente aquellas con historia de abortos previos, con la finalidad de la detección temprana de complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Early pregnancy loss: Practice Bulletin No. 200. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5): e197–e207. doi:10.1097/AOG.0000000000002899.
2. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First trimester bleeding: evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2019;99(3):166–174.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetrics.* 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Indicadores de embarazo adolescente. Quito: MSP; 2022.
5. Norwitz ER, Schorge JO. *Obstetrics and Gynecology.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
6. World Health Organization. *Abortion care guideline.* Geneva: World Health Organization; 2022.
7. Devall AJ, Coomarasamy A. Sporadic pregnancy loss and recurrent miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020; 69:30–39. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.09.002.
8. Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. *Estud Demogr Urbanos.* 2016;31(3):833–860.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Threatened miscarriage: clinical guidance.* London: RCOG; 2021.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de práctica clínica. Quito: MSP; 2013.
11. Serrano J, López A, García C. Anticuerpos antifosfolípidos y pérdida gestacional recurrente. *J Reprod Immunol.* 2021; 147:103–112.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Atención del aborto terapéutico.* Guía de práctica clínica. Quito: MSP; 2015.
13. Li P, Shi Y, Shuai H, et al. Altered SLIT2/ROBO1 signaling is linked with impaired placentation in early pregnancy loss. *Histopathology.* 2017;71(5):720–730.
14. Lai Y, Fu Z, Gao Y, Ma N, Li L. Hypoxia-inducible factors in early pregnancy and implications for miscarriage. *Biol Reprod.*

- 2024;110(2):345–356.
15. Piccinni MP, Raghupathy R, Saito S, Szekeres-Bartho J. Cytokines, hormones and cellular regulatory mechanisms favoring successful reproduction. *Front Immunol.* 2021; 12:717808.
  16. Mouri M, Hall H, Rupp TJ. Threatened miscarriage. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
  17. Murugan VA, Murphy BO, Dupuis C, Goldstein A, Kim YH. Role of ultrasound in the evaluation of first-trimester pregnancies in the acute setting. *Ultrasonography.* 2020;39(2):178–189. doi:10.14366/usg.19043.
  18. Redinger A, Nguyen H. Incomplete miscarriage. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
  19. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet.* 2021;397(10285):1658–1667.
  20. Shaamash AH, Aly HA, Abdel-Aleem M, Akhnowkh SN. Clinical and sonographic evaluation of early threatened abortion to predict pregnancy continuation. *J Ultrasound Med.* 2020;39(10):2011–2018.
  21. Coomarasamy A, Devall AJ, Cheed V, et al. Progesterone therapy for women with early pregnancy bleeding. *N Engl J Med.* 2019;380(19):1815–1824.
  22. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2017.
  23. Reyes Tigrero GN. Factores de riesgo que inciden en amenaza de aborto en gestantes [tesis de grado]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2023.
  24. Avendaño Reyes JP, et al. Niveles de progesterona y amenaza de aborto en pacientes en el primer trimestre. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; s.f.
  25. Flores Rivera IM. Factores de riesgo en amenaza de aborto en gestantes [tesis de grado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; s.f.
  26. García Carneiro T, et al. Frecuencia de aborto en un hospital regional.

Ciencia Latina Rev Cient Multidisciplinar. 2023;7(4):1–10.



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

Nosotros, **Sandoval Saltos Jhonny Josue** con C.C: # 0951376490 y **Ballesteros Ríos Alex Gabriel** con C.C: # autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024** 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, 1 de **mayo** de **2026**



Validar sólo en FirmaEC.  
Firmado Electrónicamente por:  
**JHONNY JOSUE**  
**SANDOVAL SALTOS**



Validar sólo en FirmaEC.  
Firmado Electrónicamente por:  
**ALEX GABRIEL**  
**BALLESTEROS RIOS**

f. \_\_\_\_\_

Sandoval Saltos Jhonny Josue

CI: 0951376490

f. \_\_\_\_\_

Ballesteros Ríos Alex Gabriel

CI: 2000083259

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el periodo 2024		
<b>AUTOR(ES)</b>	Sandoval Saltos Jhonny Josue Ballesteros Ríos Alex Gabriel		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Juan Minchala		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	MÉDICO		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>1 de mayo de 2026</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	42
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ginecología, Salud Pública, Epidemiología.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	amenaza de aborto; embarazo; salud materna; complicaciones obstétricas; atención prenatal.		
<p>RESUMEN/ABSTRACT. <b>Introducción:</b> La amenaza de aborto es una complicación frecuente del primer trimestre y constituye una causa importante de atención obstétrica. <b>Objetivo:</b> Determinar la prevalencia de amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagro durante el año 2024. <b>Metodología:</b> Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en 283 gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas mediante estadística descriptiva en el programa Jamovi. <b>Resultados:</b> La prevalencia de la amenaza de aborto en la población de estudio fue del 19,5%, mayormente de un grupo etario de 20–34 años (58,3%), seguidas de <math>\leq 19</math> años (26,5%). El 72,4% procedía de áreas urbanas. En cuanto a paridad, el 62,9% presentó 1–2 gestas previas y el 28,3% tenía antecedente de aborto. El 46,6% registró entre 3 y 5 controles prenatales, mientras que el 33,2% tuvo <math>\leq 2</math> controles. El 61,8% inició control en el primer trimestre. Se identificaron infecciones en el 34,6%, principalmente infección del tracto urinario (19,4%) y vaginal (9,9%). El consumo de sustancias se observó en el 20,1%, predominando el alcohol (9,9%). La mayor frecuencia de casos se presentó entre 8–12 semanas (46,6%), seguido de <math>&lt; 8</math> semanas (32,5%). <b>Conclusión:</b> La amenaza de aborto es una complicación frecuente, asociada a factores clínicos y sociodemográficos, con mayor presentación en el primer trimestre.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-963604511 +593-969296503	E-mail: jsandovalsaltos@gmail.com agbr9611@live.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	AYON GENKUONG, ANDRES MAURICIO		
	<b>Teléfono:</b> +593-99 757 2784		
	<b>E-mail:</b> andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			