



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

TEMA:

**Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes
atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo
2024-2025.**

AUTORA:

**Muñoz Acosta, Nathalia Daleska
Pérez Lozada, Nayelli Natividad**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

TUTORA

Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, MSc

**Guayaquil, Ecuador
04 de mayo de 2026**



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Muñoz Acosta, Nathalia Daleska y Pérez Lozada, Nayelli Natividad** como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**.

TUTORA



f. _____

Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, MSc

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS

Guayaquil, a los 4 días del mes mayo del año 2026



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Muñoz Acosta, Nathalia Daleska

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, 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, a los 4 días del mes mayo del año 2026

AUTORA



Validar digitalmente en FirmadC.
Firmado digitalmente por:
**NATHALIA DALESKA
MUNOZ ACOSTA**

f. _____

Muñoz Acosta, Nathalia Daleska



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Pérez Lozada, Nayelli Natividad

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, 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, a los 4 días del mes mayo del año 2026

AUTORA



Validar Documento en Firmadoc.
Firmado electrónicamente por:
**NAYELLI NATIVIDAD
PEREZ LOZADA**

f. _____

Pérez Lozada, Nayelli Natividad



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Muñoz Acosta, Nathalia Daleska**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes mayo del año 2026

AUTORA



Validar únicamente en Firmac.
Firmado electrónicamente por:
**NATHALIA DALESKA
MUÑOZ ACOSTA**

f. _____
Muñoz Acosta, Nathalia Daleska



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Pérez Lozada, Nayelli Natividad**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes mayo del año 2026

AUTORA



Validar documento en FIDEMEC.
Firmado electrónicamente por:
**NAYELLI NATIVIDAD
PEREZ LOZADA**

f. _____

Pérez Lozada, Nayelli Natividad



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

REPORTE COMPILATION



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, período 2024-2025

ID : 52142b1cee3702dc5589e14a4a6410aab7380ea1



5%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : TESIS MUÑOZ-PEREZ INFORME COMPILATIO.txt
Tamaño del archivo original : 154,04 kB
Número de palabras : 13.912
Número de caracteres : 87447

Depositante : Nathalia Daleska Muñoz Acosta
Autor : Nathalia Daleska Muñoz Acosta
Fecha de depósito : 27 de abril de 2026
Tipo de carga : url_submission
fecha de fin de análisis : 27 de abril de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 3%

Sintáctica 3% Semántica No medido

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA 2%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos 1%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua. Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas <1%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.



Lic. Olga Muñoz R.
AUTENTE TITULAR
UCSG

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a todas las personas que hicieron posible la realización de este proyecto de tesis.

En primer lugar, expreso mi sincero reconocimiento a mi tutor/a, por su orientación, paciencia y valioso acompañamiento durante todo el proceso investigativo. Su conocimiento y dedicación fueron fundamentales para culminar este trabajo.

De igual manera, agradezco a los docentes de la carrera, quienes con sus enseñanzas contribuyeron a mi formación profesional y al desarrollo de este proyecto.

A mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante, que me impulsaron a seguir adelante a pesar de las dificultades.

De manera especial, agradezco a mi compañera de tesis, Nathalia Muñoz, por su compromiso, dedicación y trabajo en equipo durante este proceso. Además, valoro profundamente su amistad sincera, la cual ha sido un pilar importante tanto en lo académico como en lo personal.

Finalmente, a mis amigos y compañeros, por su apoyo y compañía a lo largo de este camino académico.

A todos ellos, mi más sincero agradecimiento.

-Nayelli Perez Lozada

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a mis padres, por ser mi mayor fuente de inspiración y fortaleza, quienes con su amor y apoyo incondicional han estado presentes en cada paso de mi formación, gracias por sus esfuerzos y sacrificios para brindarme la oportunidad de superarme y alcanzar mis metas.

A mis hermanos, cuñada y sobrinas, por ser inspiración y motivación de querer seguir adelante, que se sientan orgullosos de mí y vean que después de todo el proceso que tuve que pasar, pude lograr la meta.

A mi compañera de tesis y amiga Nathalia Muñoz, por compartir este importante camino conmigo, por su apoyo constante, por entenderme y por brindarme una amistad sincera que valoro profundamente.

A Dylan, persona muy importante en mi vida, quien me impulsó a seguir adelante y a no rendirme en los momentos difíciles. Su apoyo y motivación han sido fundamentales para alcanzar este logro.

A mis amistades que pude hacer en esta etapa de la universidad, por su compañía, apoyo y por todos los momentos compartidos a lo largo de esta etapa, los cuales hicieron de este camino una experiencia más llevadera y significativa.

Y a todas aquellas personas que creyeron en mí y me motivaron a no rendirme, este logro también les pertenece.

-Nayelli Perez Lozada

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que formaron parte de este proceso tan importante en mi vida. En primer lugar, agradezco a Dios por darme la fortaleza, la salud y la perseverancia necesarias para no rendirme en los momentos difíciles.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por ser mi principal motivación para seguir adelante. En especial, a mi hermana, Valeria Muñoz, quien ha sido mi mayor inspiración y mi principal motivo para esforzarme cada día y alcanzar esta meta.

A Alonso, por ser aquella persona en la que puedo confiar y nunca me va a juzgar, por apoyarme en los estudios, por darme ánimo y siempre estar para mí y por hacer hasta lo imposible para que yo culmine con éxito.

A mis docentes y tutor de tesis, quienes con sus conocimientos, paciencia y orientación supieron guiarme durante todo este proceso académico, brindándome las herramientas necesarias para culminar este trabajo.

Quiero expresar un agradecimiento muy especial a mi compañera de tesis, Nayelli Pérez Lozada, por su amistad sincera y por el apoyo brindado a lo largo de este proceso. Gracias por confiar en mis conocimientos y por creer en mi capacidad para llevar adelante este trabajo juntas. Valoro profundamente el esfuerzo compartido, la paciencia y la dedicación que pusimos en cada etapa. Sin duda, esta experiencia no solo fortaleció nuestro aprendizaje académico, sino también nuestra amistad.

A mis amigas, Dennys Pierina y Nayelli, por su compañía, apoyo incondicional y por estar presentes en cada momento, brindándome ánimo y alegría durante este proceso. A mis amigos, por acompañarme en este camino, por sus palabras de ánimo y por hacer más llevadero cada momento de estrés.

A los licenciados que tuvieron la paciencia de enseñarme, de brindarme la oportunidad de realizar procedimientos y de creer en mi capacidad, ya que sin esa confianza no habría podido fortalecer mis habilidades ni crecer profesionalmente.

A todas las personas que fueron mis sujetos de práctica, por permitirme aprender con ustedes, por confiar en mí y ayudarme a desarrollar mayor seguridad en mis habilidades, motivándome a ser mejor cada día.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de una u otra forma, contribuyeron a la realización de esta tesis. Este logro no es solo mío, sino también de todos quienes estuvieron a mi lado apoyándome.

-Nathalia Muñoz Acosta

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, por ser mi camino y mi guía, por no dejar que me rinda y por hacer de estos años de carrera un proceso más llevadero.

A Rodrigo, a quien siempre llevaré en mi corazón. Recordaré siempre cómo me animaba en cada clase, incluso cuando ya estaba agotada; por ayudarme con la universidad, por acompañarme en mi crecimiento y por estar presente en los momentos en que más lo necesitaba.

A Valeria, mi hermana, por enseñarme la vocación y el amor por esta carrera, por compartir conmigo sus conocimientos y por impulsarme siempre a dar más, especialmente en el aprendizaje y la literatura.

A Johanna, mi mamá, por su apoyo incondicional desde los primeros años, por ayudarme económicamente en la universidad, por guiarme cuando no tenía conocimiento de algo y por ser, en gran parte, mi apoyo en la práctica, permitiéndome mejorar y ganar confianza.

A Alonso, por ser un pilar fundamental en mi formación, por confiar en mí y por brindarme siempre palabras de ánimo, ya que sin su apoyo emocional no habría podido culminar este proceso con éxito.

A Valeska, la niña de mis ojos, por darle luz, motivación y alegría a mi vida. Eso me hace ser mejor persona y profesional, porque esos conocimientos la van a cuidar. Espero ser un ejemplo para su futuro y motivarla a alcanzar sus propios sueños.

-Nathalia Muñoz Acosta



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES.MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA, GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR MGS
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. LORENA RAQUEL GAONA QUEZADA
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
CALIFICACIÓN**

Nathalia Daleska Muñoz Acosta

Nayelli Natividad Pérez Lozada

ÍNDICE GENERAL

Introducción	2
Capítulo I	4
1. Planteamiento del Problema	4
1.1. Preguntas de Investigación	6
1.2. Justificación	7
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo General	8
1.3.2. Objetivos Específicos	8
Capítulo II	9
2. Fundamentación Conceptual	9
2.1. Antecedentes de la Investigación	9
2.2. Marco Conceptual	16
2.2.1. Aborto	16
2.2.2. Clasificación	17
2.2.3. Aborto en el Contexto de la Salud Pública	18
2.2.4. Antecedentes patológicos personales de las mujeres con amenaza de aborto	19
2.2.5. Características sociodemográficas	25
2.2.6. Manifestaciones Clínicas	29
2.2.7. Complicaciones	32
2.3. Marco Legal	39
Capítulo III	42
3. Diseño Metodológico	42
3.1. Tipo de estudio	42
3.2. Población y Muestra	42
3.3. Criterios de análisis de datos:	42
3.3.1. Criterios de inclusión:	42
3.3.2. Criterios de exclusión	42
3.4. Procedimientos para la recolección de la información:	43
3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:	43

3.6.	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos	43
3.7.	Operacionalización De Variables	44
4.	Presentación Y Análisis De Resultados	46
4.1.	Características sociodemográficas	46
4.2.	Características Clínicas	49
4.3.	Antecedentes patológicos en las mujeres con amenaza de aborto 51	
4.4.	Complicaciones de las mujeres con amenaza de aborto	52
5.	Discusión	54
6.	Conclusiones	57
7.	Recomendaciones	58
8.	Referencias Bibliográficas	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edades	46
Figura 2	Índice de Masa Corporal.....	47
Figura 3	Semanas de Gestación.....	48
Figura 4	Síntomas	49
Figura 5	Signos.....	50
Figura 6	Antecedentes Patológicos.....	51
Figura 7	Complicaciones.....	52
Figura 8	Tipos de Abortos.....	53

Resumen

La amenaza de aborto constituye una clínica de suma importancia, que reviste especial significado para todas las mujeres en edad reproductiva. En estas últimas, las vivencias relacionadas con la adaptabilidad a la nueva condición pueden contribuir a que la situación clínica se torne más grave que en las mujeres multíparas, influenciando tanto el curso de la enfermedad como su evolución futura. **Objetivo:** Caracterizar clínicamente gestantes con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025. **Diseño:** Descriptivo, cuantitativo, retrospectivo. **Población:** 132 mujeres. **Técnica:** Observación Indirecta. **Instrumento:** Guía de observación indirecta. **Resultados:** Acorde a la edad de las participantes, el 42.4% se centró entre los 26 a 33 años, sobrepeso (25–29,9 kg/m²) con 50,8%, 8–12 semanas (40,2%). Características clínicas: 98.5% fatiga extrema, 97.7% sangrado vaginal, 96.2% cambios en niveles de B-HcG, 66.7% dolor lumbar. Antecedentes patológicos: 60.6% anemia y 43.2% sobrepeso-obesidad. Complicaciones: infección pélvica 19.7% y parto prematuro 12.9%. **Conclusiones:** Existen distintas características clínicas que influyen en la evolución negativa de la amenaza de aborto, como lo son las APP de anemias o alteraciones en el IMC, e incluso, que estén entre edades de los 26 a 33 años que son consideradas edades reproductivas y que el síntoma más común fue el sangrado vaginal y signo la fatiga extrema. Por lo que, se requiere una intervención más exhaustiva en poblaciones que mantenga este perfil para prevenir futuras complicaciones

Palabras Claves: Amenaza de Aborto, Antecedentes Patológicos, Caracterización, Clínica, Complicaciones

Abstract

Threatened abortion is a clinical condition of paramount importance, particularly significant for all women of reproductive age. In these women, the experiences related to adapting to this new condition can contribute to a more severe clinical situation than in multiparous women, influencing both the course of the illness and its future evolution. **Objective:** To clinically characterize pregnant women with threatened abortion treated at the Matilde Hidalgo de Procel Maternity Hospital during the period 2024-2025. **Design:** Descriptive, quantitative, retrospective. **Population:** 132 women. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Indirect observation guide. **Results:** According to the participants' age, 42.4% were between 26 and 33 years old, 50.8% were overweight (25–29.9 kg/m²), and 40.2% were 8–12 weeks pregnant. Clinical characteristics: 98.5% extreme fatigue, 97.7% vaginal bleeding, 96.2% changes in β -hCG levels, and 66.7% lower back pain. Medical history: 60.6% anemia and 43.2% overweight/obesity. Complications: pelvic infection (19.7%) and preterm delivery (12.9%). **Conclusions:** Several clinical characteristics influence the negative outcome of threatened miscarriage, such as a history of anemia or abnormal BMI, and being between 26 and 33 years old, which is considered reproductive age. The most common symptom was vaginal bleeding, and the most common sign was extreme fatigue. Therefore, more comprehensive intervention is required in populations that maintain this profile to prevent future complications.

Keywords: Threatened abortion, Medical history, Characterization, Clinical presentation, Complications

Introducción

La amenaza de aborto (AA) constituye una clínica de suma importancia, que reviste especial significado para todas las mujeres en edad reproductiva (1). En estas últimas, las vivencias relacionadas con la adaptabilidad a la nueva condición pueden contribuir a que la situación clínica se torne más grave que en las mujeres multíparas, influenciando tanto el curso de la enfermedad como su evolución futura (2). El aborto es uno de los diagnósticos más comunes en ginecoobstetricia.

Aproximadamente la mitad de todas las pérdidas tempranas del embarazo resultan de anomalías cromosómicas del embrión en el desarrollo, como la aneuploidía. La edad materna mayor de 35 años aumenta significativamente el riesgo; para aquellos de 45 años o más, el riesgo es casi del 65% (embarazarse a los 20 años suele ser más saludable y con menores riesgos de complicaciones como el aborto, porque la fertilidad femenina se vuelve significativamente más baja a partir de los 30 años) (3). Otros factores de riesgo incluyen un historial de infecciones recurrentes, edad paterna avanzada, extremos del índice de masa corporal, tabaquismo, consumo de alcohol, abortos previos, drogadicción, dislipidemia, anemia, diabetes, estrés psicológico (4).

La amenaza de aborto es uno de los problemas de salud más comunes durante el embarazo. En algunas situaciones, la gestación se puede perder de manera espontánea y esto puede presentar clínica como una pérdida de sangrado a través del cuello uterino antes de las 28 semanas, cambios en los niveles de b-HCG, que esto puede indicar que se está produciendo un aborto que no se puede evitar (5). Por esta razón, los profesionales deben atender, manejar y prevenir sobre cada una de estas situaciones de forma multidisciplinaria para educar sobre los signos de alarma y proveer tratamientos individualizados que se enfocan en las causas que lo originan y la responsabilidad de los efectos, tanto para la madre como para el feto.

Existen formas de prevención desde antes de quedar embarazada, así como terapias médicas, cambios en la rutina diaria y mantener un estilo de vida saludable que ayudan a reducir el riesgo de aborto en personas que, por el lado

de su salud, tienen otras enfermedades que producen abortos espontáneos en las primeras etapas del embarazo. Por lo tanto, el principal objetivo será caracterizar clínicamente la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025

Capítulo I

1. Planteamiento del Problema

La amenaza de aborto es una complicación común en el embarazo, definida como la presencia de sangrado vaginal y/o dolor abdominal en una mujer embarazada. Esto ocurre antes del primer trimestre, sin embargo, en la mayoría de los casos, este cuadro clínico no predice un aborto espontáneo. Esta condición se caracteriza por la continuación del embarazo, aunque con un riesgo muy alto de pérdida fetal, lo que genera una gran preocupación no solo para la mujer, sino también para el equipo médico que la atiende (6).

La amenaza de aborto puede presentarse en cualquier gestación, por lo cual, aproximadamente en el ámbito global, el 25% de las gestantes presenta algún tipo de sangrado o manchado vaginal en el primer trimestre, de la cual el 11% culmina en un aborto espontáneo (7). Actualmente, la causa detrás del aborto espontáneo sigue siendo un misterio, debido a que en la mayoría de los casos ocurren antes de que llegue el siguiente período. Las investigaciones sugieren que la amenaza puede ser el resultado de factores cromosómicos, antecedentes maternos, sistemas endocrinos, consumo de sustancias y estrés mental, entre otras (8).

En relación con los grandes desafíos de la salud pública, se desarrolló un estudio multicéntrico en Asia, específicamente en Japón, con la participación de 553 mujeres post parto, donde se mostró que, entre 2019 y 2020, los problemas más comunes durante la gestación y el parto de los bebés eran la posibilidad de un parto prematuro (17,5%), la amenaza de aborto (7,8%) y el parto prematuro (4%) (9). En Londres se analizó el caso de 946 mujeres con un sólo embarazo, comprendido entre la semana 5 y 14. Los resultados mostraron que 549 pacientes (54%) menores de 17 y mayores de 35 años, presentaron sangrado vaginal durante el primer trimestre. Esto demuestra que la edad materna influye mucho en la posibilidad de aborto (10).

Entre el 20% y el 40% de las mujeres latinoamericanas experimentarán alguna forma de sangrado durante el primer trimestre de su embarazo. Las complicaciones más comunes por no realizar un diagnóstico adecuado a tiempo son la pérdida del embarazo o un diagnóstico erróneo, lo que aumenta la

morbilidad y mortalidad de la madre y el feto. La tasa de amenaza de aborto reconocida entre mujeres de 20 a 30 años es del 9% al 17%; esta tasa aumenta excesivamente al 20% a los 35 años y al 40% a los 40 años, alcanzando el 80% a los 45 años (11).

En Ecuador, acorde al Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2024, de las causas básicas propuestas hasta SE20, las hemorragias consideradas como amenazas de aborto corresponden al 37.5% de los casos en general, y de estos embarazos, el 6.25% terminó en aborto (12). En Guayaquil, maneja una tasa de riesgo de pérdida del embarazo del 31%, lo que significa que, de cada 118 mujeres, 37 enfrentaron la posibilidad de perder el embarazo (13). El riesgo es más significativo en estos casos cuando se encuentra en el primer trimestre (14).

La amenaza de aborto puede tener algunas complicaciones como una infección pélvica, aborto espontáneo, aborto incompleto, inevitable, séptico, aborto diferido y formación de coágulos de sangre en el útero (15). Otras complicaciones como perforación de la pared del útero, parto prematuro, peso bajo en el bebé y preeclampsia. También son comunes la ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta y restricción del crecimiento intrauterino. Además, estas condiciones también pueden originar alteraciones mentales como ansiedad o depresión (1).

En la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, como una institución sanitaria de referencia en el país, atiende diario a más de 200 pacientes en gestación para control, por ser referidas debido alguna patología o porque acuden a emergencia por presentar pérdidas sanguíneas, ya sea, de menor cantidad o considerables pérdidas por vía vaginal. Este problema de salud, que provoca una alta morbimortalidad en una fracción importante de embarazadas, está vinculado a factores de riesgo como los antecedentes de salud de la madre, de no contar con una maternidad puntual (atención prenatal), y otras carencias socioeconómicas que durante la gestación presenta y no se las conocen.

1.1. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características clínicas de las gestantes con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025?
- ¿Cuáles son los antecedentes patológicos personales de las gestantes con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025?
- ¿Qué complicaciones presenta las gestantes con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025?

1.2. Justificación

El embarazo es un evento vital donde cualquier acción tomada debe tener beneficios conocidos y razonables. Debe haber información y directrices basadas en evidencia óptima sobre la derivación clínica y el cuidado prenatal para una mujer sana con un embarazo único y sin complicaciones (16). La amenaza de aborto puede provocar el aislamiento del medio, y aunque la mujer se encuentre “protegida” para el desarrollo del embarazo, cuida el estado de salud de ella y el de su producto.

Por lo tanto, el abordaje de tal situación designa la necesidad de interrogar sus rasgos sociodemográficos, clínicos y de antecedentes patológicos. Esto hace repensar la relevancia y el impacto del soporte psicológico ante las pérdidas, y de entender que todas las variables enunciadas pueden tener un efecto relevante en la aparición de consecuencias como los trastornos afectivos (17).

Las gestantes, por solo estar embarazadas comienza un pensamiento que deberán asumir situación de emergencia, muchas veces se encuentran en un mayor estado de desorientación e inquietud ante estos tipos de situaciones lo que puede provocar ansiedad y estrés (18). A su vez, el riesgo de aborto está presente por enfermedades previas, edad gestacional y circunstancias socioeconómicas que deben ser supervisados cuidadosamente y personalmente (19). A través de este estudio, se buscan obtener información de calidad sobre perfiles clínicos, factores de riesgo, y métodos de intervención más efectivos con lo cual se busca prestar más calidad y mejores resultados a este grupo específico de mujeres.

Aportando gran relevancia científica por estar dirigida a una patología muy frecuente en gineco obstetricia, pero con vacíos en cuanto a los protocolos específicos de manejo en las mujeres con amenaza de aborto (20). Socialmente los casos que se registran de mujeres que están en esta situación no solo representan riesgos para su salud, sino también por el impacto emocional se pierden calidad de vida y deterioran la relación con el entorno familiar.

Al describir clínicamente a estas pacientes, el estudio ofrece apoyo relevante para crear direcciones de atención clínica más efectivas y, personalizadas para

ellas. Por lo que, el público objetivo de este estudio serán las embarazadas donde se mejorará la atención en mayor calidad y en base a evidencia actualizada. Además, el personal del sector sanitario podrá afianzar sus prácticas clínicas y estrategias preventivas (21). Por lo que surge, la posibilidad alta de reducción de complicaciones provocadas por amenaza de aborto y mejoría de los resultados materno-infantil y por ello será de mayor importancia en salud pública y de menor riesgo en el embarazo (22).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Caracterizar de forma clínica a las gestantes con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025
- Describir los antecedentes patológicos personales de las mujeres con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025
- Determinar las complicaciones de las mujeres con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025

Capítulo II

2. Fundamentación Conceptual

2.1. Antecedentes de la Investigación

En Guatemala (2024) establecieron una investigación donde el objetivo fue describir las características clínicas de las pacientes con aborto ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital Nacional Nicolasa Cruz de Jalapa, durante los años 2019 al 2023. Método: Estudio descriptivo transversal con 257 pacientes. Se realizó la revisión de historiales clínicos y se entrenó un formulario de recolección de datos para la documentación de la información personal, antecedentes gineco obstétricos, tipo aborto, tratamiento y antecedentes patológicos de cada paciente. Se realizaron análisis de datos generando gráficas para una mejor reacción e interpretación. Al estudiar lo siguiente: A 257 casos, en el periodo de enero a diciembre 2022, se pudo determinar obtener tendencias sobre los abortos incompletos a nivel local en la actual, lo que se obtuvo fue que el 54 % de los casos, presentaron 30 años o más. Además, fue el 46 % escolaridad primaria. También, 91 % ama de casa. El 67 % católica. Adicionalmente, el 76 % unión de hecho. Otra característica fue el estado del embarazo, donde el 82 % presentó primer trimestre. Sobre el tipo de aborto, el que más había es el aborto incompleto con un 77 %. El 31 % recibió terapia doble con misoprostol y legrado uterino. Por último, el 80 % no tiene antecedentes patológicos. Se concluye, que los porcentajes más altos son mujeres mayores de 30 años, amas de casa, católicas, multíparas, con embarazos en el primer trimestre que presentan abortos incompletos y reciben tratamiento con misoprostol y curetaje uterino sin antecedentes patológicos, pero posiblemente con infección del tracto urinario y/o anemia. El Hospital Nacional debería fortalecer su vigilancia epidemiológica implementando un sistema de registro de casos de aborto detallado, incluyendo seguimiento hasta el alta, para identificar tendencias, evaluar la efectividad del tratamiento e identificar áreas de mejora (23).

En Brazil (2024), el aborto es uno de los motivos frecuentes de morbimortalidad materna, su presentación a nivel regional servirá de panorama a la situación de Salud Pública. El objetivo de esta investigación es determinar las características

sociodemográficas y clínicas del aborto en pacientes gestantes que fueron atendidas en el área de urgencias del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Encarnación, durante el año 2020-2022. Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Tamaño de muestra de 226, con 95% de confianza. Resultados y conclusiones: Contando con 304 muestras, el mayor porcentaje de abortos se presentó en el 2021, con el 81,25% (n:247). La edad media fue de 27,3 años, el 46% se encontraba en unión estable y 52,6% han completado la secundaria. El tiempo promedio de gestación fue de 10,4 semanas. El número de mujeres que presentó la condición de aborto sin haber tenido antecedente de gesta previa y el 73% no había tenido un aborto anterior. Tipo de aborto, por intencionalidad, fue espontáneo en el 98,70%; por forma clínica, fue incompleto en el 88%. Según lo diagnosticado por el médico, la genitorragia con coágulos, en el 89% de los casos, además del dolor abdominal, en el 46%. En el 69% de los pacientes se realizó LUI y en el 30%, AMEU. No se presentó ningún problema después del tratamiento (24).

Reino Unido (2025) la investigación sobre salud mental adolescente se centra en determinantes específicos, subrayando la importancia de identificar factores determinantes. La posibilidad de un aborto espontáneo es una complicación común del embarazo, sin embargo, su efecto en la salud mental es incierto. En este artículo, se analiza la relación entre los embarazos complicados por amenaza de aborto espontáneo y el riesgo de desarrollar como complicación la depresión o ansiedad. Los datos notificados por las madres sobre el peligro de aborto espontáneo y posibles complicaciones, se realizó por medio de un análisis de regresión logística multivariable tras ajustar a diferentes factores maternos, sociodemográficos. Fueron analizados los efectos de interacciones individuales en la amenaza de aborto, hipertensión del embarazo, síndrome de pequeño para la edad gestacional (PEG) y parto prematuro. Los resultados ajustados indicaron que la amenaza de aborto espontáneo se asocia con un aumento del 34 % en las probabilidades de depresión o ansiedad como complicaciones. Se observó un efecto de interacción para la amenaza potencial de aborto espontáneo y el PEG del embarazo (OR: 2.09; IC del 95%: 1.01; 4.36) y para la amenaza potencial de aborto espontáneo y el nacimiento prematuro (OR: 2.23; IC del 95%: 1.26; 3.95). Conclusión La amenaza de aborto espontáneo se asoció con

mayores probabilidades de depresión o ansiedad. La investigación futura debería explorar los posibles mecanismos biológicos que median esta asociación (25).

Ecuador (2023), el aborto se considera una amenaza cuando se presenta hemorragia de origen intrauterino antes de la semana 20 de la gestación, sin expulsión ni de uno ni de múltiples producto de la concepción, con o sin contracciones del útero y sin dilatación cervical. La amenaza de aborto en la actualidad en el embarazo ha suscitado una situación con gran riesgo para la mujer en estado de gestación y el bebé. Por ende, se vuelven importantes la identificación de factores de riesgo materno que influyen en la amenaza de aborto como infección transmitida por sexo, hipertensión, diabetes, estado nutricional, trastorno de salud mental, depresión, ansiedad, consumo de ciertas sustancias, violencia de pareja entre otros. El objetivo del presente estudio se determinarán los factores de riesgo materno que influyen en la amenaza de aborto en gestantes. La metodología usada fue una no experimental, de tipo cuantitativo con alcance descriptivo y un método de investigación inductivo – deductivo. La muestra se ha conformado por 50 mujeres gestantes, el tipo de muestreo fue no probabilístico. Se usaron dos instrumentos que fueron: el formulario de encuesta y el método de observación a aplicar en el área de ginecología. Los resultados mostraron que, el 77% tienen entre 14 a 18 años, el 55% viven en unión libre, el 48% pesa menos de 50 kg, y el 71% tiene un IMC < 18.5, el 45% con instrucción primaria; el 12% posee diabetes, el 25% hipertensión arterial, el 32% tiene obesidad, el 18% presentó preeclampsia, el 84% amenaza de aborto; comprobándose la hipótesis que la desnutrición y la falta de educación son las causas principales de aborto en las mujeres gestantes (26).

Singapur (2025). en este estudio se busca construir un modelo integral predictivo de riesgo de aborto espontáneo basado en un enfoque multidimensional que considera factores clínicos, bioquímicos y radiológicos. Además, pretendemos analizar el desempeño de distintos modelos que presentan diferentes combinaciones de factores, y que, por ello, sean ajustables a diferentes niveles de recursos. Se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectivo en el que participaron 1080 mujeres que sufrían de amenaza de aborto espontáneo en

cualquier semana entre la 5 y la 12. Se desarrollaron los modelos de regresión logística multivariable y el modelo de puntuación de riesgo utilizando la edad materna, la presencia de náuseas, abortos involuntarios previos, progesterona sérica, edad gestacional y actividad del corazón fetal. La principal consecuencia ocurrió a las 16 semanas y fue un aborto espontáneo. Resultados: La tasa de aborto espontáneo fue de 17,3 %. Se pronosticó una < 35 nmol/L de progesterona (hormona) que calculó una probabilidad 26.3 veces (IC 95 % 16.6: 41.5) de aborto espontáneo y fue el mejor pronosticador, luego fue la falta de latidos fetales (OR 4.05; IC 2.37: 6.92) y la edad materna ≥ 1.05 (IC 1.00- 1.11) y se la mostró un aumento. Un mayor número de semanas de gestación se interpretó como una menor probabilidad de aborto espontáneo (OR 0,57; IC 0,45 – 0,73) (27).

En Rusia (2025), aplicaron un estudio donde investigaron los parámetros de ultrasonido transvaginal, doppler de la arteria uterina y el nivel sérico de progesterona para predecir el resultado de embarazo en mujeres que dieron una amenaza de aborto en nuestra población. Métodos: Estudio de cohortes prospectivo. La ecografía transvaginal (ETV) se realizó para determinar la edad gestacional, viabilidad y los parámetros del saco gestacional, la longitud craneo-caudal (CRL), el hematoma su coriónico (HSC) y la frecuencia cardiaca fetal (FCF). Se estimó la concentración sérica de progesterona en el día de la consulta. A cada paciente se le otorgó un tratamiento conservador y soporte de progesterona de acuerdo con el protocolo del hospital y se les dio seguimiento hasta las 20 semanas de gestación. Resultados: De 120 mujeres, 44 (36,66%) sufrieron un aborto a pesar del adecuado tratamiento conservador con soporte de progesterona y 76 mujeres (63,33%) continuaron con el embarazo. La edad de los participantes, el índice de paridad y el IMC en ambos grupos fueron similares. Aquellas con gestación fallida, presentaron saco gestacional irregular, bradicardia y SCH en la presentación inicial. Entre las mujeres que mantuvieron el embarazo, los niveles de progesterona en suero fueron de $25,70 \pm 18,13$ ng/ml en comparación con las que abortaron que tuvieron un nivel de $13,21 \pm 11,32$ ng/ml (p-value $< 0,001$). Conclusión La media de la progesterona sérica fue mayor en las mujeres que continuaron con el embarazo, en comparación con aquellas que abortaron, incluso en las que presentaron amenaza de aborto (28).

En otro trabajo, la amenaza de aborto es una complicación del embarazo que se da con frecuencia y que habitualmente acaba en aborto. Por los síntomas inespecíficos y por la difícil diferenciación con otras causas de sangrado, no es fácil de predecir. Los métodos actuales de diagnóstico como las ecografías seriadas o el seguimiento clínico son muy tardíos y poco oportunos. Para solucionar la escasez de análisis avanzados para la identificación temprana y estratificación del riesgo, este artículo establece un modelo de aprendizaje automático (AA) basado en datos sanguíneos rutinarios para predecir mejor el peligro de aborto, presenta una referencia para la identificación temprana y la intervención. En este trabajo, se observó el contenido de registros médicos entre enero de 2022 y marzo de 2024. Se analizó 1764 casos de emergencia por amenaza de aborto, así como 1489 casos de controles sanos. Todos los participantes proporcionarán datos de los análisis de sangre. Resultados: En Comparación, el modelo DNN tuvo el máximo rendimiento predictivo entre los ocho modelos analizados, obteniendo el mayor valor de AUC con 96.76% y las mejores métricas de precisión (91.88%), especificidad (91.62), sensibilidad (92.11%), y puntuación F1 (92.48%); el análisis de SHAP, el ancho de distribución de glóbulos rojos-desviación estándar (RDW-SD), el ancho de distribución de plaquetas (PDW), el volumen plaquetario medio (MPV), el ancho de distribución de glóbulos rojos- coeficiente de variación (RDW-CV), el recuento absoluto de basófilos (BAS#), el conteo de plaquetas (PLT), la concentración media de hemoglobina corpuscular (MCHC) y el porcentaje de linfocitos (LYM) fueron las características más influyentes. para predecir la amenaza de aborto, donde PDW, RDW-CV, BAS#, PLT, MCHC y LYM, aportan de forma positiva a la predicción, mientras que RDW-SD y MPV aportan de forma negativa. Se investigó que la edificación de modelo que prediga el aborto empleando análisis de sangre rutinarios y que los algoritmos de aprendizaje de máquina (ML) exhiben un gran potencial para detectar el riesgo de aborto. Se espera que el algoritmo analice la sangre de encuestas sanguíneas de rutina. Para identificar el embarazo de riesgo a tiempo, esto mejoraría significativamente el diagnóstico temprano del embarazo (29).

En la India (2024), el artículo estableció el objetivo de analizar tanto las complicaciones maternas y fetales como los pronósticos del embarazo en

pacientes que presentan una amenaza de aborto. Para este estudio, se obtuvo el consentimiento informado, por escrito, de cada participante que cumplió con los criterios de inclusión, luego de una explicación detallada del protocolo del estudio. Posteriormente, se confeccionó una historia clínica detallada que incluyó edad, paridad, estado de gestación en el registro de RNA, y antecedentes actuales (intensidad de sangrado vaginal, número de episodios, episodios que se asociaron con dolor abdominal, y que incluyeron factores agravantes y/o aliviantes, administración de suplementos de progesterona, así como antecedentes médicos, quirúrgicos y obstétricos). Se realizó una exploración física detallada a cada paciente, que incluyó peso, exploración física general, exploración sistemática, exploración abdominal y vaginal para determinar tamaño del útero, cantidad de sangrado vaginal, causas locales del sangrado y estado del cérvix. Se recogieron de los datos de las pruebas de rutina a las pacientes prenatales, grupo sanguíneo, hemograma completo, VIH, antígeno australiano, VDRL, prueba provocación con glucosa, análisis orina manual rutina/microscopía. Resultados: En 61 casos considerados con amenaza de aborto, donde el embarazo se prolongó más de 20 semanas, se registró en 6 casos (9,8%) ruptura prematura de membranas; en 3 casos (4,9%) extracción manual de placenta; RCIU en 6 (9,8%); 1 caso (1,6%) de muerte intrauterina; 2 casos (3,3%) de muerte fetal; 2 casos (3,3%) de muerte neonatal. En 72 controles (el embarazo se prolongó más de 20 semanas) se registró en 3 (4,2%) controles de ruptura prematura de membranas, RCIU en 3 (4,2%) y 1 caso (1,4%) de muerte fetal. En ninguno de los controles se registró muerte intrauterina ni muerte neonatal. La puntuación media de APGAR al minuto 1 y 5 fue superior en los bebés de las mujeres con amenaza de aborto ($6,71 \pm 1,72$ y $7,64 \pm 1,91$) que en los bebés de las mujeres sin amenaza de aborto ($7,21 \pm 0,75$ y $8,04 \pm 1,25$) sin embargo, esto no fue estadísticamente significativo. Como conclusión de este estudio, podemos considerar que el sangrado durante el primer trimestre puede predecir el resultado del embarazo en el tercer trimestre, ya sea materno o fetal. Por ende, debemos catalogar a estos embarazos como de alto riesgo y se requiere un cuidado prenatal apropiado. Aunque en la mayoría de los casos de amenaza de aborto no se puede establecer la causa, varios estudios han evidenciado el rol del estrés oxidante, y el rol de los antioxidantes

en el manejo de la AB podría ser investigado de forma más intensa en estudios futuros (30).

En China (2025), los abortos maternos y los abortos espontáneos asisten a una parte importante de la carga mundial de enfermedades maternas. La deficiencia de hierro representa un factor de riesgo importante en salud reproductiva, más si se considera que la magnitud subenunciada se ve especialmente incrementada en contextos de IDS bajo. El presente trabajo tiene como objetivo analizar la tendencia a 30 años (1990-2021) en cuanto a incidencia, mortalidad y AVAD por aborto espontáneo y materno, a partir de la CMDE 2021. Se incluye la deficiencia de hierro como no factor de riesgo y se proyecta carga al año 2051. Métodos. El estudio, utilizando los datos del GBD 2021, de 204 países y territorios, realizó un análisis retrospectivo de las tendencias de largo plazo de abortos maternos y abortos espontáneos era de 1990 a 2021. Se llevó a cabo una regresión de puntos de unión con el propósito de identificar las tendencias temporales de la tasa de incidencia estandarizada por edad (TASE), la tasa de mortalidad estandarizada por edad (TASM) y la AVAD estandarizada por edad (AVAD). Se implementó un modelo que usa la edad, el periodo y la cohorte (APC) para observar la influencia independiente de cada una, por otro lado, ql modelo bayesiano de edad-período-cohorte (BAPC) generó proyecciones futuras. En 2021, la mortalidad materna global a causa de aborto y aborto espontáneo fue de 1001,64 por 100.000 habitantes (IC del 95 %: 775,97-1261,67). La mayor incidencia se observó en las zonas con un IDS bajo (IC del 95 %: 1715,1 por 100.000 habitantes). La tasa de mortalidad materna por aborto y aborto espontáneo, que muestra la mortalidad materna por aborto y aborto espontáneo, fue de 0,42 por 100.000 (IC del 95%: 0,36-0,52). La tasa de mortalidad materna por aborto, que incluye la mortalidad y discapacidad de la mujer de forma prematura, fue de 25,73 por 100.000 (IC del 95%: 21,82-31,02). La tasa ASIR global, muestra una disminución, presentando una tasa de cambio porcentual anual (APC) de -2,32% entre 1990 y 1994 y -2,00% entre 2015 y 2019. Conclusión La carga mundial de abortos y abortos espontáneos maternos ha disminuido, y la deficiencia de hierro es un importante factor de riesgo en las regiones con bajo índice de desarrollo social, especialmente entre las mujeres

de 20 a 34 años. Se espera que la tasa de mortalidad materna baje en los próximos 30 años, según las proyecciones (31).

En la India, se aplicó una investigación observacional prospectivo explora cómo la ecografía permite predecir el resultado del embarazo en mujeres con amenaza de aborto. El estudio en cuestión se realizó en un hospital de tercer nivel durante el transcurso de un año. Para realizarlo se seleccionaron 250 pacientes y se realizó la valoración pronóstica de dos marcadores ecográficos. Estos dos marcadores ecográficos fueron hemorragia subcoriónica y frecuencia cardíaca fetal anormal. Los resultados fueron que estos marcadores poseen un elevado poder predictivo de aborto espontáneo, y se observó que, en la población del presente estudio, la tasa general de aborto espontáneo fue 15,2 %. La probabilidad de aborto se ve significativamente relacionada con los hallazgos ecográficos en la regresión logística. Según estudio un estudio destaca la importancia de la ecografía en el primer trimestre de embarazo en mujeres que se encuentran en amenazadas de aborto. El mismo tiene como finalidad de ayudar en la toma de decisiones. Los resultados apoyan la necesidad de incluir controles ecográficos sistemáticos en la atención rutinaria de las pacientes con complicaciones en el inicio del embarazo (32).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Aborto

La amenaza de aborto corresponde a una situación clínica en la que la paciente presenta sangrado y/o dolor abdominal en el primer trimestre de la gestación, y el embarazo se encuentra instaurado en un lugar adecuado con signos de viabilidad (33). La definición del evento incluye, por tanto, el diagnóstico de un embarazo en curso, el reconocimiento de un evento que pone en riesgo su evolución y la identificación de una serie de signos y síntomas que requieren vigilancia porque pueden o no evolucionar hacia el aborto espontáneo.

La clave de esta definición es la identificación del embarazo como una unidad que puede tener un destino gestacional favorable o no. No se debe confundir la amenaza de aborto con el aborto espontáneo, que por definición es un evento que ya ha comenzado. El tamaño del embrión o feto, la presencia o no de latido, y el hecho de que el embrión esté dentro o fuera del útero marcan la línea entre

la amenaza de aborto y el aborto espontáneo (34). En el cuadro clínico de la amenaza de aborto suele haber un antecedente de embarazo viable, y en la exploración ultrasonográfica inicial se observan un embarazo intrauterino, la presencia de latido y/o un embrión o feto en etapa compatible con la duración de la gestación.

2.2.2. Clasificación

El aborto se puede clasificar en diversas categorías, según varios condicionantes como la causa, el momento y la circunstancia que lo rodea. Una de las clasificaciones más frecuentes considera el aborto espontáneo y el aborto inducido. El aborto natural o espontáneo es aquel que se produce sin deseo de interrupción de la gestación. Generalmente está ligado a causas biológicas (malformaciones fetales, trastornos hormonales, infecciones, etc.) (35).

Por su parte, el aborto inducido se define como la terminación de un embarazo no deseado por medio de un acto intencionado (médico o quirúrgico). Dependiendo del país, el aborto puede ser legal o ilegal, de acuerdo con las leyes de cada nación (36). Cuando se habla de aborto legal, se refiere a la interrupción del embarazo de una manera segura, ya que se sigue un protocolo médico. Para el aborto ilegal, hay que tener en cuenta que se practica en un marco de clandestinidad, con lo cual los daños para la salud de la mujer son bastante serios.

Dentro del aborto inducido también se hacen clasificaciones relevantes y se especifican categorías que se describen por motivaciones distintas. En este sentido, el aborto terapéutico se refiere a situaciones en las que la interrupción del embarazo se realiza por causas médicas, como el caso en que hay riesgo a la vida de la madre o el feto tiene graves malformaciones. Este tipo de aborto en la mayoría de los países es legal y se justifica por el principio de respeto a la vida y salud de la madre (37).

El aborto a elección es aquellas que ha realizado a pedido de la mujer en general por razones personales, sociales o económicas. En determinados países se permite el aborto electivo en ciertas condiciones. Sin embargo, en otros países el aborto es ilegal o severamente limitado. Además, hay clasificaciones que se basan en el momento en que ocurre el aborto (38). Así, encontramos el aborto

precoz. Este es el que se lleva a cabo en las primeras semanas de gestación. Después está el aborto tardío, que se lleva a cabo en etapas más avanzadas del embarazo.

2.2.3. Aborto en el Contexto de la Salud Pública

El aborto se relaciona con el acceso a los servicios de salud. Asimismo, esto también se aprecia en el contexto de salud pública. Por otro lado, se suman los efectos que las condiciones socioeconómicas tienen sobre las mujeres. En países o regiones donde hay muy poco acceso a servicios de salud, el aborto se realiza cada vez más en malas condiciones, lo cual puede complicar mucho más la salud de las mujeres. Las desigualdades socioeconómicas como la pobreza, la falta de educación y la mala cobertura de salud, son factores que afectan a las mujeres y su capacidad de acceder a un servicio seguro y legal (39).

La pobreza y falta de recursos que se convierten en barreras para acceder a la atención afecta no solo la calidad de la atención, sino que también las condiciones de salud pública, ya que las mujeres en situaciones de vulnerabilidad son las que más sufren las consecuencias de un aborto realizado en forma clandestina y/o de manera insalubre (40).

La interconexión que existe entre el aborto y la mortalidad materna es uno de los motivos que hace que el aborto sea relevante en salud pública. Según la OMS, el aborto inseguro es una de las mayores causas de muerte materna en diversas partes del mundo. La mortalidad materna relacionada con el aborto es la muerte de una mujer a raíz de un aborto; los abortos que no se llevan a cabo en condiciones médicas adecuadas pueden generar infecciones hemorragias o lesiones en sus órganos (41).

Las mujeres que enfrentan condiciones de pobreza extrema, así como aquellas que se encuentran en países donde se prohíbe o se restringe severamente la práctica del aborto, sufren riesgos aún mayores, porque se ven obligadas a recurrir a métodos de terminación del embarazo altamente riesgosos. La inequitativa mortalidad materna que exhiben diferentes poblaciones, se debe a la falta de políticas públicas que garanticen el acceso a la atención en salud reproductiva y a la atención integral en salud (42). La urgentísima despenalización del aborto y el acceso a una atención segura en salud

reproductiva permiten que las mujeres ejerzan su derecho a decidir sobre su salud y sobre su vida.

2.2.4. Antecedentes patológicos personales de las mujeres con amenaza de aborto

- **Infecciones vaginales**

Alteraciones en este equilibrio y bacteria normal de la vagina, que dan lugar al crecimiento excesivo de un patógeno. Estas infecciones pueden ser provocadas por gérmenes, hongos o parásitos, y sus síntomas son secreciones anormales, picazón, ardor y mal olor. Entre las infecciones vaginales más difíciles de nos han analizado la vaginosis bacteriana, la candidiasis vaginal y las tricomonas. Las infecciones vaginales pueden ser recurrentes y, si no se tratan bien, pueden causar ulteriores problemas (43). Afectan a las partes sexuales internas y de manera más intensa a las estructuras menos visibles, lo que puede ser peligroso. Mujeres con antecedentes de vaginitis podrían tener mayor riesgo de complicaciones tras un aborto. Estas infecciones favorecen la aparición de endometritis o sepsis postabortos, que pueden ser complicaciones mortales. En ocasiones, suben al aumento de la vaginosis por retraso de la cicatrización vaginal. Esto se conoce comúnmente como un aumento en las infecciones vaginales. También, en algunos casos, las infecciones vaginales pueden dificultar la reparación de los tejidos vaginales, lo que provocaría un aumento en las infecciones. Esto se conoce comúnmente como un aumento en las infecciones vaginales (44). Por lo que, los antecedentes de infecciones vaginales deben analizarse a cabalidad como parte de la evaluación de la mujer antes del aborto y la planificación de los riesgos que se asumen durante y después del aborto.

- **Infección de vías urinarias**

Las infecciones de vías urinarias (IVU) son infecciones que pueden comprometer cualquier parte del sistema urinario como los riñones, la vejiga, los uréteres y la uretra. Las IVU son provocadas, en la mayoría de los casos, por bacterias, en especial *Escherichia coli*, que entran al sistema urinario por la uretra. Entre los síntomas más comunes están el dolor y ardor al orinar, la orina turbia y/o con un olor desagradable y el dolor en la parte baja del vientre (45). Si una IVU no se

trata como se debe, puede extenderse hasta los riñones, y provocar complicaciones severas como la pielonefritis, que es una infección renal potencialmente mortal.

Las IVU recurrentes pueden aumentar el riesgo y complicaciones por aborto. También, pueden hacer que durante o después del aborto una mujer tenga infecciones, dado que el procedimiento puede crear condiciones que favorecen el ascenso de bacterias hacia los riñones o la vejiga y alterar temporalmente la flora del tracto urinario. Además, las mujeres que han tenido antecedentes de IVU, pueden ser susceptibles a las infecciones postaborto. Como las cistitis y las infecciones renales. Esto ocurre porque el aborto puede no hacerse en condiciones estériles y puede no haber la atención suficiente. La historia clínica, en otras palabras, datos relativos a tu salud y anticonceptivos (46). Así como las complicaciones en el sistema urinario que se pudo haber padecido, enfermedades venéreas tras la acción sexual que se mantiene, y posible reacción alérgica a alguno de los fármacos propuestos.

Tener antecedentes de infecciones de vías urinarias recurrentes puede influir significativamente en el riesgo y las complicaciones asociadas a un aborto (47).

- **Drogodependencia**

Se trata de un trastorno que se manifiesta como actividad compulsiva hacia una o varias drogas. También es conocido por el nombre compulsividad sobre el uso de drogas, por lo que su dependencia será más elemental y menos insuficiente. Las drogas son sustancias que afectan el modo en que una persona se comporta. Pueden ser desde sustancias legales como el alcohol o el tabaco hasta drogas ilegales como la cocaína, la heroína o las metanfetaminas (48). La drogodependencia se define por la tolerancia, o sea, un incremento de cantidades requeridas para la obtención de un mismo efecto; un síndrome de abstinencia, que ocasiona efectos adversos al no consumo de la sustancia; y la dependencia psicológica que ocasiona un deseo de búsqueda y consumo.

Un proceso de aborto y la recuperación posterior puede ser afectado por la drogodependencia de manera negativa. Las personas adictas a las drogas presentan un riesgo mayor a padecer complicaciones derivadas de un aborto por diversos motivos (49). El consumo de drogas puede provocar una alteración en

el funcionamiento de los sistemas inmunológicos, que puede generar una mayor probabilidad de sufrir infecciones posteriores al aborto, como endometritis o septicemia.

Las drogas también pueden interferir en el proceso de coagulación de la sangre, aumentando así el riesgo de hemorragia durante el aborto. Las mujeres embarazadas con drogodependencia, tras la interrupción del embarazo, pueden presentar efectos más graves que aquellos por la misma acción, como complicaciones emocionales y psicológicas, intensificados por el síndrome de abstinencia o el deseo compulsivo de droga (50). Por tal motivo, se considera de suma importancia que se tenga en cuenta lo anterior, de manera que reciba atención médica especializada que minimice riesgos a su salud general, como a la física y psíquica.

- **Anemia**

Esto consiste en tener insuficiente sangre, lo que da lugar a tener pocos glóbulos rojos en su organismo, la que posea los nutrientes que son necesarios para estar en un buen estado. Esta alteración puede ser provocada por distintos aspectos, como algún tipo de deficiencia (por ejemplo, de hierro, vitamina B12 o ácido fólico), pérdida de sangre, enfermedades crónicas o trastornos genéticos. Los síntomas más frecuentes de una persona con anemia son: el cansancio, la palidez, la dificultad para respirar, el mareo, y la debilidad en general. Las complicaciones que pueden surgir si la anemia no se trata son de gran gravedad y pueden afectar el funcionamiento de los órganos (51).

La anemia, en el caso de una mujer que sufre de un aborto, puede ser un factor que agrava el caso, ya que una mujer con anemia tiene una menor capacidad para soportar las hemorragias que se producen durante el aborto, y puede la salud de la mujer comprometerse debido al riesgo de sangrado postoperatorio o porque las heridas no cicatricen debidamente. Además, la anemia interfiere con la oxigenación de los tejidos, lo que podría interferir con la recuperación postaborto e incrementar el riesgo de infecciones (52). Las mujeres con anemia severa son más vulnerables a los efectos del impacto físico y emocional, por lo que necesita un manejo más cuidadoso y estricto control médico.

- **Dislipidemia**

Se clasifica como un trastorno relacionado con los niveles de lípidos (grasas) en la sangre y se caracteriza por la presencia de colesterol total elevado, colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) (considerado colesterol 'malo') o triglicéridos, y/o niveles bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) (considerado colesterol 'bueno'). Esta condición puede ser heredada o adquirida como resultado de una mala alimentación, falta de actividad física, obesidad y condiciones subyacentes como la diabetes (53). Las personas padecen alteraciones que lo hacen más propenso a tener enfermedades cardíacas, lo que puede ser problema durante el embarazo; de igual forma afecta la madre y al feto.

La dislipidemia sin tratamiento puede dar lugar a la formación de placas de ateroma en las arterias maternas. Esto, a su vez, dificulta la circulación sanguínea. También provoca alteraciones en la oxigenación o en los nutrientes del feto. Esto puede predisponer a un aborto espontáneo o a un embarazo fuera de la cavidad uterina.

Asimismo, la dislipidemia afecta negativamente el desarrollo de la placenta. En sus formas más severas, puede provocar mayor cantidad de trombos, que incrementen el riesgo trombótico o de interrupciones en el flujo sanguíneo hacia la placenta. La placenta puede quedar insuficiente, lo que puede resultar en un aborto espontáneo o en el desarrollo de complicaciones en el embarazo, como el parto prematuro.

- **Diabetes**

En particular el tipo 1 y el tipo 2, es una enfermedad metabólica que se caracteriza por la presencia de más de 180 miligramos de glucosa en sangre en estado de reposo. La madre o el feto puede verse afectado por esta condición durante el embarazo. En las mujeres embarazadas con diabetes no controlada, las complicaciones pueden ser bastante graves, ya que la glucosa en la sangre puede interferir en el desarrollo normal del embarazo y puede llevar al aborto espontáneo.

Si no se lleva un control adecuado de la diabetes se pueden generar muchas complicaciones. Un caso de macrosomía fetal se presenta indefectiblemente en el caso de un bebé que presenta un tamaño desproporcionado debido a

hiperglucemia materna (54). El envejecimiento placentario se produce como resultado de un mayor índice de parto traumático, complicaciones respiratorias del recién nacido y aborto.

Los niveles elevados de la glucosa en sangre de una madre pueden afectar los vasos sanguíneos, así como también a la placenta. Esto, a su vez, puede provocar la disminución del flujo del oxígeno y de nutrientes. También puede provocar un aborto espontáneo o las alteraciones del feto.

La DM también incrementa el riesgo de otras condiciones que impactan el embarazo. Un ejemplo es la preeclampsia, que afecta la presión arterial de la madre. Si la presión se eleva durante el embarazo, se presenta un problema. Este trastorno puede mermar el paso de la sangre a la placenta (55). Por igual, puede llevar a complicaciones graves. Esas pueden ser arrebatarse la vida de ambos o provocar un aborto espontáneo. Además, se ha observado que las infecciones pueden provocar abortos y que las mujeres que son diabéticas o tienen diabetes durante el embarazo pueden tener más probabilidad de sufrir infecciones.

- **Hipertensión**

Se define como una afección médica donde se registra una elevación sostenida de la presión arterial, lo cual puede causar una serie de complicaciones en diferentes sistemas del organismo, en particular, el sistema cardiovascular. En el embarazo, la HTA es considerada una de las complicaciones más serias, dado el potencial daño que puede causar en la madre y el crecimiento del feto. Durante el embarazo, la HTA que no es controlada puede aumentar de manera significativa la posibilidad de un aborto espontáneo, debido a que la hipertensión crónica obstaculiza el flujo sanguíneo y la oxigenación del útero y la placenta (56).

Cuando la PA no es suficiente, aparece la hipertensión, pero si no trata le puede generar un problema severo que incluso puede convertirse en preeclampsia, que sería un tipo de hipertensión que afecta a la otra parte del cuerpo, como riñón hígado, etc. La preeclampsia provoca un desarrollo defectuoso de la placenta, lo cual puede ocasionar que no esté preparado por falta de oxígeno y nutrientes, lo que de paso aumenta el riesgo de aborto espontáneo (57). Por otra parte, la

hipertensión grave también puede causar hemorragias, separación prematura de la placenta o parto prematuro, que aumentan el riesgo de aborto.

La HTA puede causar desequilibrios en las hormonas que son esenciales para lograr un embarazo y mantenimiento de un embarazo saludable, para el correcto funcionamiento de la placenta, y puede causar complicaciones como el crecimiento intrauterino retrasado (CIR) y restricción del crecimiento fetal. Estas complicaciones pueden provocar un aborto espontáneo porque la placenta no puede nutrir y oxigenar al feto. Esto explica, en parte, el aumento de riesgo de abortos espontáneos que presentan las mujeres embarazadas con hipertensión.

- **Sobrepeso**

Se considera cuando una persona tiene más masa corporal que lo que la estatura de esa persona considera 'normal', lo que se traduce a un sobrepeso que se puede calcular con el IMC, o índice de masa corporal. Las embarazadas que clasifican como sobrepeso tienen un riesgo más alto que el de las mujeres que no tienen sobrepeso, lo que se traduce a más complicaciones durante el embarazo. Esto se considera de alto riesgo porque el sobrepeso afecta un alto número de sistemas del cuerpo y complejizan el desarrollo de un embarazo (58). También se considera que el sobrepeso, de manera comprensible, aumenta el riesgo de sufrir abortos espontáneos, porque esto se considera tener problemas de forma normal y de tejido de la persona, o de la persona embarazada, que se traduce a alterar el sistema y el metabolismo de la persona, lo que puede llevar a afectar la viabilidad del embarazo.

El sobrepeso en el embarazo también incrementa el riesgo de desarrollar hipertensión gestacional y diabetes, que afectan de forma negativa a la madre y el feto. Adicionalmente, incrementa la preeclampsia. Estos conflictos pueden obstaculizar la circulación sanguínea y el envío de oxígeno y nutrientes al feto, lo que repercute en el problema, sin embargo, aborto espontáneo (57). El sobrepeso puede provocar también inflamación crónica de bajo grado, lo que afecta a la placenta y favorece el aumento del riesgo de no llegar a término o provocar un feto que no se desarrolla adecuadamente.

La obesidad se relaciona a un aumento de la susceptibilidad a infecciones, enfermedades cardiovasculares y una respuesta inmune deteriorada que

dificultan la adecuada implantación del endometrio y resulta en mayor tasa de aborto espontáneo precoz (58). Las mujeres obesas tienen mayor riesgo de otros problemas obstétricos como el parto distócico o por vía abdominal, necesarios para preservar la vida del feto.

- **Obesidad**

Es una condición médica en la que hay exceso de grasa. Que se haya hecho evidente la obesidad puede tener repercusiones sobre la salud en general y la salud reproductiva de la mujer. La obesidad en el embarazo se acompaña de múltiples complicaciones, algunas de las cuales pueden dar lugar a abortos espontáneos. Las mujeres que padecen de obesidad tienen una alta posibilidad de presentar desequilibrio hormonal. Este desequilibrio es el incremento de insulina y la resistencia a la misma (59). Por lo previo informado puede interferir al momento de que se implante el embrión y este logre o no evolucionar la gestación, lo que favorecería la pérdida precoz

Asimismo, incrementa las probabilidades de padecer enfermedades relacionadas que pueden hacer más complicado el embarazo: hipertensión gestacional, diabetes gestacional y preeclampsia. Estos desajustes pueden afectar el riego sanguíneo hacia la placenta, lo que limitaría el oxígeno y los nutrientes al feto, afectando el crecimiento y aumentando la probabilidad de aborto espontáneo.

Además, el exceso de grasa corporal está asociado con un aumento de la inflamación sistémica, lo que puede afectar la función placentaria y alterar la implantación adecuada y el desarrollo fetal, aumentando las posibilidades de pérdida del embarazo (60).

2.2.5. Características sociodemográficas

Edad

La edad de la gestante tiene un impacto significativo en el riesgo de aborto espontáneo. Las mujeres mayores de 35 años tienen una probabilidad aumentada de experimentar complicaciones durante el embarazo, incluido el aborto espontáneo. La calidad y la cantidad de los óvulos disminuyen con la edad y aumentan las posibilidades de alteraciones cromosómicas en el embrión (ej. síndrome de Down) (1).

Las anomalías son una de las causas principales de aborto espontáneo en el 1er trimestre de gestación. Además, el mayor número de patologías en las mujeres mayores, como HTA, DM o dislipidemia, aumentan el riesgo de complicaciones en el embarazo y ponen en peligro la viabilidad del mismo.

El aborto espontáneo es poco probable en las mujeres de menos de 20 años. Sin embargo, estas también presentan complicaciones en el embarazo. Las féminas embarazadas que son muy jóvenes tienden a experimentar mayor riesgo de alteraciones hormonales que comprometen la implantación del embrión. Otras causas de AE son la falta de madurez del organismo para llevar a término el embarazo, la carencia de determinados nutrientes esenciales y el incremento del riesgo de infecciones durante el embarazo. Así, la edad, tanto en mujeres más jóvenes como en mayores, juega un papel significativo en la probabilidad de un aborto espontáneo, y es fundamental que haya una supervisión médica adecuada en ambas situaciones para prevenir complicaciones (10).

Índice de Masa Corporal

Es la medida que determina el peso respecto a la altura, para saber si está dentro del rango saludable. Un IMC por debajo de 18.4 significa que la persona tiene un bajo peso. Esto indica que esta persona tiene poco peso para su estatura. Esto puede ser provocado por malnutrición, enfermedades crónicas o trastornos de la alimentación, así como puede también estar asociado con un mayor riesgo de problemas de salud, como un sistema inmunológico debilitado o dificultad para mantener la suficiente energía para el adecuado funcionamiento de los cuerpos. Un IMC entre 18.5 y 24.9 se considera que está en el rango normal (61). Esto significa que el peso de la persona es apropiado para su altura y no hay riesgos. Se ha demostrado que un peso normal reduce la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión y otras condiciones.

El Instituto Nacional de Salud Pública establece que el peso normal es un factor de salud positivo y el exceso de peso es un determinante de salud negativo. El sobrepeso se considera cuando el IMC está entre 25.0 a 29.9. No es tan negativo como la obesidad, pero tampoco es positivo: a mayor sobrepeso, mayor riesgo de enfermedades isquémicas del corazón, diabetes tipo 2, hipertensión,

complicaciones en el embarazo como preeclampsia o diabetes gestacional, entre otras (62).

Un IMC superior a 30 denota obesidad y tiene un alto riesgo de enfermedades crónicas en la madre. También un riesgo superior de aborto espontáneo, malformación fetal y complicaciones en el momento del parto. La diabetes y la hipertensión, así como que la persona no alcanza el peso ideal y demás enfermedades.

El riesgo de aborto espontáneo en las gestantes está relacionado con el IMC alterado. Las mujeres cuyo índice de masa corporal es muy bajo (inferior a 18.4) tienen más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo. El peso inferior a lo que es adecuado puede afectar el balance hormonal que se necesita para tener un embarazo sano. Si el cuerpo no tiene las concentraciones adecuadas de nutrientes no solo afectará la calidad de los óvulos. También generará problemas para que el embrión se instale en el útero. De esta manera, tendrá un aumento en las complicaciones. El embarazo hace que el cuerpo de una mujer reaccione de modo diferente, cosa que no ocurre con las mujeres de peso bajo, que por lo cual, puede que no sean capaces de mantener reservas energéticas suficientes, lo que puede poner en riesgo la viabilidad del feto (48).

El porcentaje de aborto espontáneo es también más alto entre mujeres con sobrepeso u obesidad (IMC >25). El exceso de peso es un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, DMG, HTA e insuficiencia de los sistemas que proveen sangre y oxígeno al feto. Estas condiciones son documentadas como un factor de riesgo para una insuficiencia funcional de la placenta, que aumenta el riesgo de aborto espontáneo por fallas en el aporte nutritivo de la placenta. Por otro lado, la obesidad implica mayor riesgo de inflamación crónica, la cual impacta de forma negativa el equilibrio hormonal que se requiere para que el embarazo se logre, y, por lo tanto, puede resultar en dificultades para la implantación y el desarrollo del feto (63).

Semanas de gestación

La gestación se divide en distintas etapas que tiene característica particular que influye en el embrión o feto. Primeras semanas y antes de la cuarta semana, el embrión se halla en una etapa muy temprana. Durante este periodo empieza la formación de sistemas básicos como el sistema cardiovascular y nervioso. No obstante, en la semana cuatro a la semana ocho se sientan las bases fundamentales de los órganos y sistemas. En esta etapa fundamental, cualquier alteración o alteración del desarrollo incrementa el riesgo de aborto espontáneo o malformaciones. El embrión empezó a latir, pero requiere de un sistema circulatorio que se va formando en los días siguientes (64).

Durante las semanas 8 a 12 de la gestación, el embrión alcanza el desarrollo de un feto y un aspecto más estructural definido. En esta etapa, el desarrollo de los órganos del sistema nervioso central, los riñones y el corazón entre otros, se encuentran en un proceso de desarrollo y en el inicio de la semana 12 los órganos vitales se encuentran en su estado básico de estructura. El desarrollo de los dedos de las manos y los pies, la diferenciación de las cavidades faciales y la diferenciación de los sexos son los acontecimientos más relevantes en esta etapa.

El desarrollo de la gestante entre la semana 16 a 20, la gestante puede sentir los primeros movimientos del feto y los órganos continúan su proceso de desarrollo. Esta etapa presenta un estado más estable de la gestación, el riesgo de que se produzca un aborto espontáneo es menor, pero si la existencia de riesgo a la gestante por anomalías o problemas en la placenta (42).

La probabilidad de sufrir un aborto espontáneo depende de las semanas de gestación. El riesgo de aborto es más alto en las primeras semanas de embarazo y se debe sobre todo a que se presentan muchas más alteraciones cromosómicas o mala formación del embrión antes de la semana 12. El cuerpo de la madre todavía está adaptando a los cambios hormonales y biológicos que necesita el cuerpo para sustentar el embarazo, así que cualquier cambio puede dar paso a un aborto. Conforme pasan las semanas del embarazo el riesgo se va disminuyendo. Sin embargo, infecciones, enfermedades crónicas de la madre o exposición a sustancias de toxicidad, pueden maximizar el riesgo de aborto en cualquier momento de este.

2.2.6. Manifestaciones Clínicas

2.2.6.1. Signos

- **Sangrado vaginal**

Uno de los síntomas más comunes de la amenaza de aborto espontáneo es el sangrado vaginal. Ocurre en momentos no especificables y puede ser ligero o fuerte, y en algunos casos puede estar ausente o presente, y no significa que el aborto sea inevitable. En la mayoría de los casos, el sangrado se debe a un desprendimiento parcial de la placenta y puede crear una sensación de amenaza para el embarazo (35).

Esta clínica, aunque puede ser muy preocupante para la mujer que está en embarazo, no siempre termina en un aborto espontáneo, y el diagnóstico clínico del sangrado debe ser complementado por un examen más exhaustivo que debe ser ecografía y pruebas cuantitativas de beta hCG, con el fin de determinar el estado del útero y el feto.

La hemorragia es la pérdida de sangre superior a 500 mL y que en el parto por cesárea es la que supera 1.000 mL. En el contexto clínico, cualquier pérdida de sangre que pueda dar lugar a un estado de inestabilidad hemodinámica debe catalogarse como HPP (65)

- **Expulsión de tejido**

Es una amenaza de aborto que refiere a la salida de partes del feto, la placenta o el saco gestacional del útero antes de finalizar el embarazo. Este fenómeno se presenta cuando el embarazo no progresa de manera adecuada, pudiendo ser indicativo de una situación donde el aborto espontáneo se está presentando o es inminente (66).

La expulsión de tejido está acompañada o no de sangrado vaginal y dolor abdominal. Puede incluir pequeños fragmentos de tejido de la placenta, del feto o del saco gestacional. Y es indicativo de que el cuerpo de la mujer está teniendo un esfuerzo para eliminar los productos del embarazo que no han evolucionado, lo que generalmente requiere atención médica urgente para poner en evaluación el estado de salud de la mujer y auscultar para que no se presenten complicaciones (53).

- **Contracciones uterinas**

Los episodios de contracción involuntaria del músculo uterino que se producen en las etapas iniciales del embarazo son llamados contracciones uterinas, que en ocasiones pueden significar que el cuerpo intenta deshacerse del embarazo. En general, estas contracciones van acompañadas de molestia en el abdomen o de calambres, y pueden ser episódicas o continuas.

En una amenaza de aborto, la contracción del útero indica que el útero se está contrayendo porque este se está separando de la placenta o se sugiere que el embarazo no va a buen camino. Si las contracciones son frecuentes o se asocian a un leve sangrado o expulsión de un pequeño tejido, es de riesgo para el aborto espontáneo, así que la mujer debe ser atendida por el médico lo antes posible (67).

- **Cérvix dilatado**

Es aquel que presenta una apertura antes de tiempo en el que el organismo lanza una señal para que inicie el rechazo y posterior expulsión por parte de la madre. En un aborto espontáneo en curso o inminente, el cérvix se empieza a abrir y a acortar para permitir que se expulsen los productos del embarazo, como el feto o la placenta (52).

El comienzo de la dilatación cervical, sobre todo antes de alcanzar la semana 20 de la gestación, es una señal potencialmente agravante, ya que puede conllevar la pérdida del embarazo sin una pronta intervención. Este síntoma demanda atención médica de inmediato. La dilatación que se considere relevante debe ser atendida, ya que, puede significar que el aborto es irreversible y se debe actuar para salvaguardar la salud y la vida de la gestante (13).

- **Disminución de movimientos fetales**

La disminución de los movimientos fetales en una amenaza de aborto se refiere a una reducción notable o ausencia de la actividad del feto dentro del útero, lo cual puede ser un indicio de que el embarazo está en riesgo. Durante un aborto espontáneo o una amenaza de aborto, el feto puede no moverse con la misma frecuencia o intensidad que se esperaría en etapas normales del embarazo, lo que puede reflejar problemas en su desarrollo o bienestar (41).

Una reducción de los movimientos fetales es una señal de alerta. A través de un ultrasonido y otros estudios es posible determinar el estado del embarazo y actuar para el bienestar de la madre y el feto.

- **Cambios en los niveles de b-HCG**

Las alteraciones en la hormona beta-hCG (gonadotropina coriónica humana) en una amenaza de aborto se refieren a cambios en la concentración de esta hormona en la sangre de la gestante. La beta-hCG, producida por la placenta, se considera un indicador positivo del estado de un embarazo, ya que la hormona en niveles altos es una de las primeras señales que se detectan (3). En una amenaza de aborto, la beta-hCG puede presentar niveles anormalmente bajos, lo que indica que el estado del embarazo posiblemente no se esté desarrollando de manera adecuada, ya sea porque se trate de un aborto espontáneo inminente o de un embarazo que no es viable.

Se emplea la medición en sangre de los niveles de beta-hCG para determinar la evolución del embarazo y para confirmar la viabilidad fetal. Una caída importante o la ausencia de un aumento adecuado de esta hormona indica que un aborto puede estar produciéndose o es muy probable que se produzca y que debe ser controlado (68).

2.2.6.2. Síntomas

- **Dolor abdominal**

Se refiere a la sensación de malestar o dolor localizado en la zona del abdomen que puede ser agudo, punzante o tipo cólico. Este síntoma, en general, se asocia a contracciones del útero y a la expulsión de embarazos. El dolor abdominal en una amenaza de aborto es más evidente y puede asociarse a sangrado vaginal y otros signos de complicación (36).

El dolor puede ser la manifestación de que el útero está intentando expulsar los productos de la concepción, que puede ser el feto o la placenta, o puede ser producido por una mayor presión y tensión en la cavidad del abdomen. La intensidad, la duración del dolor abdominal y otros signos son determinantes para evaluar la probabilidad de un aborto espontáneo, y es un síntoma que se debe evaluar por un médico para intervenir o tomar correctivos (11).

- **Dolor lumbar**

Dolor en la parte baja de la espalda (lumbago). Es un síntoma que se presenta por el daño en la zona lumbar. Este tipo de dolor es uno de los síntomas que se presentan con las contracciones, así como también puede ser un síntoma en el que tu cuerpo comienza a expulsar los productos del embarazo. En la amenaza de aborto, el dolor en la zona lumbar normalmente va asociado a cólicos abdominales, siendo más punzante a ciertas horas del día o al activar la movilidad física (69).

- **Fatiga extrema**

Es el cansancio y debilidad desmesurados que no remiten con el simple reposo. Puede ser debido al estrés físico y psicológico del riesgo de aborto espontáneo y/o por la desregulación hormonal producida en un aborto espontáneo inminente. La fatiga extrema es un signo de mal manejo del embarazo por parte del organismo o puede deberse a hemorragias considerables o fallo placentario.

La fatiga es uno de los síntomas clásicos del embarazo, pero cuando se manifiesta bruscamente o de forma intensa y va acompañada con otros síntomas como sangrado vaginal o dolor abdominal es indicativo de atención médica urgente por lo que sugiere riesgo y tratamiento inmediato (70).

- **Náuseas y mareos**

Suelen ser consecuencia de factores hormonales, mecanismos reflejos o alteraciones hemodinámicas que restan bienestar a la gestante. Estos son frecuentes en las primeras semanas del embarazo, pero en el contexto de una amenaza de aborto son de aparición súbita o empeoran con la situación clínica y pueden estar indicando complicaciones como: hemorragia importante o disminución crítica de la oxigenación y aporte de nutrientes al feto (37).

Además, se acompañan de otros signos como: palidez, debilidad, sudoración, entre otros, que indican el estrés físico y emocional que se encuentra padeciendo la gestante a partir de la situación del embarazo.

2.2.7. Complicaciones

- **Infección Pélvica**

Es consecuencia principalmente de la inoculación bacteriana ocasionada por el procedimiento. Estudios diversos evidencian que el aborto espontáneo o inducido altera la integridad del cuello uterino y de las membranas, lo que facilita la colonización bacteriana (71). El uso de instrumental no esterilizado o la manipulación inadecuada del útero favorece la inoculación de microorganismos patógenos como *Escherichia coli*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, agentes etiológicos comunes en las infecciones pélvicas.

Estos patógenos ingresan a las estructuras intraútero, a las trompas de Falopio y ovarios ascendiendo por vía endocervical dando paso a una infección pélvica aguda o crónica. Un artículo sobre las complicaciones post-aborto publicado en la revista *The Lancet* reconoce que la infección pélvica es una de las principales causas de morbilidad post-aborto no seguro (72).

También hay factores que la duración del embarazo y el tipo de aborto que se realicen que pueden determinar la probabilidad de que se presente una infección. En una de las publicaciones de la revista especializada *Obstetrics & Gynecology* se determinó que existían más infecciones pélvicas después de un aborto, en el caso de los abortos tardíos, lo que se explica por la mayor intervención en el útero, así como la mayor posibilidad de que queden productos de la gestación, lo cual se ha evidenciado como un factor determinante del riesgo de infección (73).

La presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) previas y de infecciones vaginales recurrentes previa se relacionan con mayor riesgo de padecer una infección pélvica después del aborto. Estas infecciones previas provocan una mayor colonización bacteriana, lo que dificulta la recuperación y aumenta las posibilidades de complicaciones postoperatorias, como la salpingitis o endometritis (74). Así, la prevención de infecciones pélvicas tras un aborto se basa en la práctica de un aborto seguro, la esterilización de los instrumentos utilizados y la provisión de antibioterapia profiláctica si corresponde.

- **Aborto Espontáneo**

Por razones biológicas y clínicas que afectan el desarrollo del embarazo, el aborto espontáneo puede desarrollarse como complicación de una amenaza de aborto. Diversos estudios indican que, en una amenaza de aborto, cuyo cuadro

incluye sangrado vaginal y contracciones uterinas, puede existir un desajuste en la viabilidad del embarazo. La principal causa de aborto espontáneo en estos casos es el mal funcionamiento placentario o la presencia de un defecto cromosómico en el embrión que imposibilita su desarrollo (6).

Según el artículo de la revista médica *The New England Journal of Medicine*, la mujer con embarazo de AB presenta un incremento del riesgo de aborto espontáneo conforme aumentan o persisten los signos de amenaza. La placenta puede no insertarse correctamente en la pared uterina, provocando una insuficiencia placentaria que origina un escaso aporte sanguíneo al feto, provocando insuficiencia fetal y aborto en más casos. Otra causa asociada a ABE es el comportamiento fisiológico del organismo ante la amenaza del embarazo. Como indica un estudio de *The Lancet*, las contracciones uterinas y el sangrado pueden ser provocados por una liberación hormonal que desencadena el parto prematuro, resulta prematuro para el estadio de madurez del embarazo. El estrechamiento del cuello uterino, que puede suceder como parte de una amenaza de aborto espontáneo, incrementa el riesgo de expulsión del feto y de perder el embarazo (75). Asimismo, los desajustes en el sistema hormonal, como, por ejemplo, la insuficiencia en los niveles de progesterona, pueden afectar de forma significativa la capacidad del organismo para conservar el embarazo.

- **Aborto Incompleto**

Sucede cuando una mujer tiene un AE pero no expulsa la totalidad de la masa fetal o de los productos del embarazo. Por lo tanto, se pueden quedar restos de tejido fetal o placentario en el útero, lo que puede provocar sangrado, dolor en el abdomen e incrementar el riesgo de una infección (76).

El aborto incompleto puede ser diagnosticado por ecografía, donde se aprecia tejido retenido. Según un estudio en *Obstetrics & Gynecology*, el aborto incompleto necesita tratamiento médico en algunos casos (legrado uterino o tratamiento médico para la evacuación del tejido restante). La retención de productos de la concepción puede dar lugar a infecciones importantes y complicaciones (77).

- **Aborto Inevitable**

Ocurre cuando el embarazo se está interrumpiendo y no es posible que se detenga incluso con intervención médica. En estas circunstancias, el cérvix está dilatado, y las membranas que rodean al feto pueden haber roto, señal que un aborto es inminente. Con frecuencia, se acompaña de sangrado moderado a abundante y contracciones uterinas progresivas, siendo nulo el pronóstico de continuidad del embarazo. Según un artículo, la dilatación cervical y la ruptura de membranas son signos de que el embarazo es inviable, y la intervención médica se limita al tratamiento sintomático del dolor y la profilaxis de las infecciones hasta la expulsión (69).

- **Aborto Séptico**

Es una complicación que se presenta por la presencia de una infección bacteriana en el útero tras un aborto espontáneo o inducido. Se presenta por la retención de los productos del embarazo que generan un ambiente propicio para el crecimiento bacteriano (cervicitis o corioamnionitis) y cuando se realiza un aborto sin la debida asepsia. La *Escherichia coli*, *Streptococcus* y *Staphylococcus aureus* son bacterias que suelen estar detrás de infecciones que pueden propagarse rápida y peligrosamente al útero y órganos de la pelvis y que pueden poner en riesgo la vida de la paciente. El aborto séptico requiere tratamiento inmediato con antibióticos y, en algunas ocasiones, un legrado o una evacuación quirúrgica del útero (78).

- **Aborto Diferido**

También llamado aborto retenido, se da cuando el feto muere dentro del útero, pero no se expulsa de inmediato. Cuando un feto muere, el cuerpo de la mujer no tiene ninguna manifestación del aborto (contracciones, pérdida de líquido). Este tipo de aborto se puede detectar a través de ecografías donde se observa que el embarazo sigue activo, pero el feto no tiene actividad (79).

El aborto diferido puede producir retención de los productos de la muerte fetal intrauterina y ruptura del líquido amniótico. Esto se traduce en mayor riesgo de infección e inflamación.

El tratamiento post-abortivo médico-quirúrgico debe incluir: eliminar los restos postaborto mediante legrado, limpieza manual con aspiración o evacuación

instrumental; tratar la septicemia si aparece, y administrar una dosis de oxitocina (80).

- **Formación de coágulos de sangre en el útero**

La trombosis del útero como complicación de la AB se debe a alteraciones en la hemostasia. En la AB se presentan hemorragias por daño a los vasos sanguíneos uterinos debido a la separación parcial de la placenta o contracciones uterinas. Un artículo en The Lancet comenta que cuando el cuerpo presenta sangrado, el mecanismo que se presenta es la formación de coágulos que intentan tapar los vasos dañados para controlar la hemorragia. Sin embargo, estos coágulos pueden acumularse en el útero e interferir con la expulsión de los productos del embarazo, lo que incrementa el riesgo de infecciones y complicaciones adicionales, como un aborto espontáneo incompleto (81).

El riesgo de trombosis aumenta cuando se presenta un mal manejo de la hemorragia obstétrica por retención de productos o por demora en la atención médica. El coágulo altera la dinámica del útero impidiendo el vaciamiento total del mismo, favorece el crecimiento bacteriano y puede favorecer al aumento de la infección pélvica, como en el caso de la endometritis (82).

El artículo de Obstetrics & Gynecology señala que la formación de coágulos en el útero puede interferir con la evaluación clínica de los abortos espontáneos, lo que lleva a la necesidad de intervenciones médicas como el legrado o la aspiración, a fin de evitar que esos coágulos se conviertan en un foco de problemas, como infecciones o sangrados persistentes (82). Del mismo modo, el útero colector de coágulos puede ser la causa de dolor en el abdomen y el responsable de incrementar el riesgo de presentar una hemorragia de gran gravedad.

- **Perforación de la pared del útero**

Se puede producir por la manipulación del útero durante maniobras quirúrgicas (legrado, aspiración) en el manejo del aborto incompleto o amenaza de aborto. Para el caso, los instrumentos que se usan para llevar a cabo la evacuación del útero, pueden perforar el útero, ya sea, por un mal posicionamiento, por un exceso de fuerza al ser utilizados, o por la presencia de un estado patológico

que predisponga el útero a ser perforado, como el caso de infecciones o escarificaciones (83).

La perforación puede ocasionar hemorragia interna, infección pélvica y lesión a vísceras adyacentes, siendo necesaria una atención inmediata y adecuada para evitar complicaciones mayores. Se presentan ciertas condiciones que sugieren un aumento en la probabilidad de esta complicación; en embarazos posteriores, cuando el cuello uterino presenta mayor grado de dilatación o en pacientes con antecedentes de cirugías uterinas previas (84).

- **Parto prematuro**

Resultado de una amenaza de aborto se produce por un mal progreso del embarazo y por causas fisiológicas que activan el proceso de parto prematuro. Según trabajos publicados, la AB con sangrado vaginal activo y contracciones uterinas podría ser una expresión clínica precoz del desprendimiento de placenta o debilidad cervical e inducir al parto antes de las 37 SG (85).

Las prostaglandinas, que son unas hormonas que se encargan de regular el proceso de parto, pueden activarse de forma prematura por el proceso de sangrado, por contracciones y por la inflamación y estrés que se produzcan en los tejidos de los genitales (86). Esto se da en el útero y acelera el parto prematuro.

Este riesgo se eleva en los embarazos que tienen un cuadro más complicado por infecciones o alteraciones en la regulación hormonal. En estos casos es importante que se produzcan maniobras médicas de forma precoz que permitan tratar de distender el parto y aumentar las probabilidades de sobrevivida que tiene el RN.

- **Preeclampsia**

La alteración de la función placentaria puede afectar la forma en que se suministran el oxígeno y los nutrientes al feto. En el caso específico, en la preeclampsia se evidencia hipertensión y proteinuria en la embarazada, se cita bibliográficamente deficiencia de formación del sistema vascular placentario (87).

Además, las mujeres que tienen antecedentes de trastorno placentario o factores de riesgo preexistentes como sobrepeso u otras enfermedades hipertensivas tienen mayor riesgo de desarrollar una preeclampsia durante episodios de amenaza de aborto, lo que aumenta las complicaciones maternas y fetales (88).

- **Depresión**

La mujer puede desarrollar esta enfermedad por el estrés emocional y psíquico que sostiene por el riesgo de perder el embarazo (89). En otros artículos han publicado que las mujeres con riesgo de aborto ya sufren esos estados de ansiedad, miedo y tristeza, que incluso pueden provocar una depresión.

La incertidumbre sobre el futuro del embarazo, la sintomatología orgánica dolorosa generada y la alteración en los niveles hormonales permiten suponer que podrían existir situaciones proclives para el desarrollo de trastornos psicológicos, en especial episodios depresivos (90). Se supone también que situaciones relacionadas con el contexto social, como la escasez o ausencia de grupos de apoyo o la falta de atención emocional oportuna a la mujer durante el proceso, incrementan el riesgo de padecer depresión, lo cual podría tener efectos negativos en el estado de salud mental y en la condición general de la mujer (90).

- **Ansiedad**

La ansiedad por una AB se debe a la incertidumbre y temor sobre la posible continuidad del embarazo. Investigaciones publicadas, señalan que las mujeres que presentan AB, sufren una carga emocional importante, ya que sangrado y contracciones, generan un temor permanente sobre la pérdida del embarazo. La incertidumbre dada por el diagnóstico y el cuadro clínico de aborto espontáneo, junto con el estrés físico y hormonal generado por la amenaza de aborto, activarían la respuesta del sistema nervioso autónomo y aumentaría los niveles de ansiedad (91).

Además, la preocupación por el estado del feto, la incertidumbre sobre el riesgo futuro de abortos espontáneos, la preocupación acerca de las posibles secuelas a largo plazo sobre su salud mental y reproductiva y la productividad contribuyen al desarrollo de trastornos ansiosos (92). Esto podría afectar el estado mental y la adaptación a la situación gestacional.

2.3. Marco Legal

La normativa internacional también afecta el manejo de la amenaza de aborto. En este sentido, la OMS ha dado orientaciones sobre la posibilidad de la atención prenatal de calidad, el manejo de las complicaciones de embarazo y el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres. En su informe sobre la atención materna, la OMS menciona que las mujeres que sufren complicaciones de la amenaza del aborto, deben ser atendidas en entornos donde se pueda garantizar la atención médica especializada y el acceso a los servicios que permitan la disminución de los riesgos a su salud y la de su bebé (93).

El marco normativo relacionado a los derechos y a la atención en salud a las gestantes se sustenta en las siguientes disposiciones legales nacionales e internacionales:

1. El artículo 45 de la Constitución de la República del Ecuador, expresa que "El Estado garantizará el acceso a la salud, atención médica y protección integral durante el embarazo como derecho irrenunciable".
Esto es, que toda gestante tiene derecho a la atención médica oportuna y de calidad en caso de riesgo, ya sea por amenaza de aborto o cualquier otra condición médica, garantizándole diagnóstico y tratamiento (94).

En el ámbito nacional, la Ley Orgánica de Salud (LOSA) y el Código Orgánico de la Salud (COS) reconocen el derecho de las mujeres a recibir atención integral durante el embarazo, parto y post parto respetando la autonomía de la paciente (95). En este sentido, los profesionales de la salud deben brindarle atención médica basada en la evidencia, asegurando la salud de la madre y el feto. La atención a mujeres con amenaza de aborto, debe cumplir con la normatividad vigente y el manejo clínico, que comprende la evaluación de síntomas, el diagnóstico y el seguimiento adecuado (96).

A pesar de que el Código Penal del Ecuador regula los derechos reproductivos y la interrupción voluntaria del embarazo solo en tres casos:

- a) Cuando la vida de la mujer esté en peligro por causa del embarazo.
- b) Cuando el embarazo sea resultado de una violación.
- c) Cuando el producto de la concepción presente malformaciones congénitas o adquiridas que comprometan su viabilidad extrauterina,

existiendo una restricción adicional que implica que no se considerara amenaza de aborto como indicación para la práctica médica que otorga la ley, sino más bien un derecho a recibir atención médica que prevenga el aborto y/o proteja la salud.

Es por eso que, aunque existan restricciones desde las leyes para practicar ILE, el marco jurídico garantiza a las mujeres que se encuentran en los tres casos mencionados el manejo integral y humanizado en caso de amenaza de aborto según se interpreta desde la teoría general del delito bajo el principio de bien jurídico protegido, según el cual importa más proteger a la mujer por sobre el posible aborto (97).

La Ley para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer en Ecuador incluye implicaciones legales para gestantes en amenaza de aborto, cuando se detectan factores de violencia de género que influyan sobre el cuadro clínico. Establecer en los casos anteriores: asistencia médica integral a la mujer, asistencia psicológica, protección a la mujer frente a situaciones de violencia y atención integral a la mujer (98).

El Módulo de Atención de Salud Integral de la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel deberá ajustar sus servicios a lo indicado en la normativa de gestión hospitalaria que regula la asistencia a gestantes con riesgo obstétrico, lo cual implica tener protocolos de atención acordes con las guías clínicas internacionales y nacionales en lo referente a prevención y tratamiento de la amenaza de aborto. En este sentido, el hospital debe contar con recursos y personal capacitado para el manejo de estos casos, con base en la normativa MSP de Ecuador, que recomienda la formación continua de los profesionales de la salud para el manejo de la atención (76).

Finalmente, el acceso a la información y el consentimiento informado. Ley Orgánica de Derechos de las Personas en el Ámbito de la Salud (99). La gestante deberá estar informada respecto al diagnóstico, alternativas de tratamiento y eventuales complicaciones relacionadas a cada alternativa, respetando su derecho a la toma de decisiones respecto a su salud. Respetar los derechos fundamentales: derecho a la confidencialidad, dignidad y

autonomía durante el proceso asistencial de la amenaza de aborto, entre otros (100).

Capítulo III

3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo que permitirá describir las variables del estudio

Método: Cuantitativo se expresarán los resultados a través de porcentajes

Diseño

- **Según el Tiempo:** Retrospectivo recolección de datos en tiempos pasados con relación al actual.

3.2. Población y Muestra

La población está conformada por gestante, que se encuentren entre la primera y 20 semanas de gestación, y que se presentan en la maternidad con diagnóstico de amenaza de aborto. Entre ellas estarán 132 mujeres que cumplan los criterios de exclusión e inclusión.

3.3. Criterios de análisis de datos:

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Gestantes desde 10 hasta los 50 años
- Pacientes que acudan a emergencia y sean diagnosticadas de amenaza de aborto
- Gestantes internadas con diagnóstico de amenaza de aborto
- Pacientes que acudan a control por antecedentes de amenaza de aborto
- Embarazadas que presenten clínica compatible con amenaza de aborto

3.3.2. Criterios de exclusión

- Mujeres primigestas, secundigestas o multigestas
- Gestantes con otro diagnóstico médico
- Mujeres que acudan a control con riesgo bajo de embarazo
- Gestantes que no presenten clínica compatible con amenaza de aborto

3.4. Procedimientos para la recolección de la información:

Técnica: Observación Indirecta

Instrumento: Guía de observación indirecta compuesta por características sociodemográfica como edad en años que se calculará por medio de la escala sturges (K: $1+3, 3 \cdot \log N$) donde se escogerá la edad mínima de 10 años y máxima de 50 años, agrupándola entre 5 grupos. Por ende, se adaptó rangos de edad, con frecuencia de 8, es decir 10 a 17 años, 18 a 25 años y así sucesivamente. También, edad gestacional (semanas), IMC, signos y síntomas, antecedentes patológicos personales como tabaquismo, alcoholismo, infecciones vaginales recurrentes, abortos previos, drogadicción, anemia, dislipidemia, diabetes, hipertensión y complicaciones como infección pélvica, aborto espontáneo incompleto, inevitable, etc.

3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:

Se procesará cada guía de observación por medio de Excel, comenzando con una base de datos que será enlazada con el programa spss para el análisis cuantitativo de cada dimensión

3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos

- Anteproyecto
- Permisos de hospitales y universidad
- Revisiones

3.7. Operacionalización De Variables

Variable General: Caracterizar clínicamente las mujeres con amenaza de aborto

Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica Instrumento
Sociodemográficas	Edad	10 a 17 años	Guía
		18 a 25 años	Observación
		26 a 33 años	Indirecta
		34 a 41 años	
		42 a 50 años	
IMC		Peso Bajo (Menor a 18.4)	
		Peso normal (18.5 a 24.9)	
		Sobrepeso (25 a 29.9)	
		Obesidad (Mayor a 30)	
Semanas de gestación		< 4ta semana	
		4 semana-8 semana	
		8 semana -12 semana	
		12 semanas -16 semanas	
		16 semana-20 semanas	
Signos y Síntomas	Signos	Sangrado vaginal	Guía
		Expulsión de tejido	Observación
		Contracciones uterinas	Indirecta
		Cérvix dilatado	

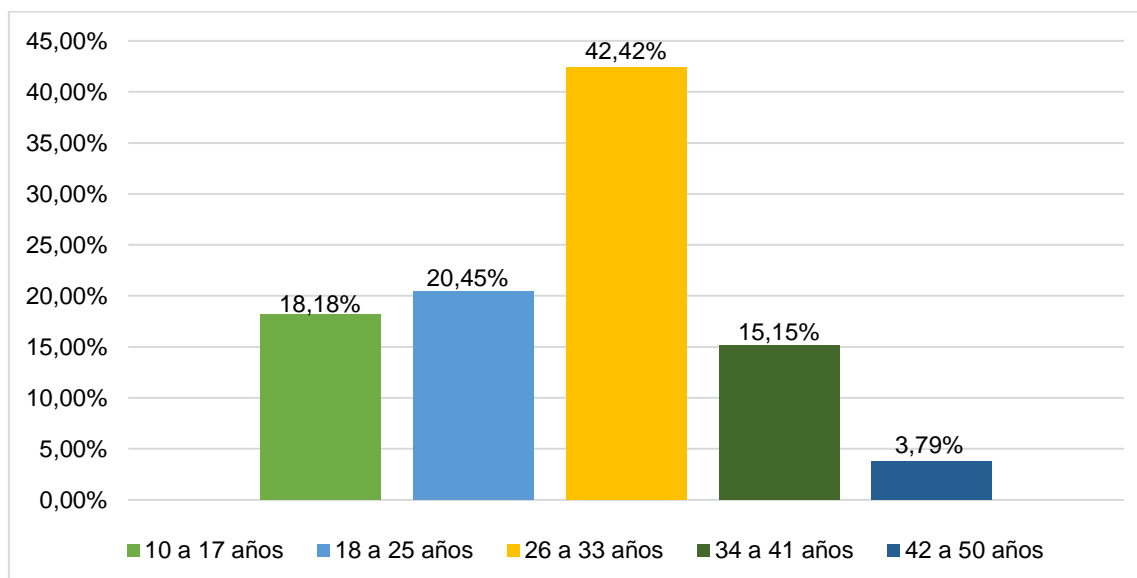
		Disminución de movimientos fetales		
		Cambios en los niveles de b-HCG		
	Síntomas	Dolor abdominal Dolor lumbar Fatiga extrema Náuseas y mareos		
Antecedentes patológicos personales	Infecciones vaginales Infección de vías urinarias Drogodependencia Anemia Dislipidemia Diabetes Hipertensión Sobre peso Obesidad Otras	Presente Ausente	Guía de Observación Indirecta	de
Complicaciones	Infección Pélvica Aborto Espontáneo Aborto Incompleto Aborto Inevitable Aborto Séptico Aborto Diferido Formación de coágulos de sangre en el útero Perforación de la pared del útero Parto prematuro Preeclampsia Depresión Ansiedad	Sí No	Guía de Observación Indirecta	de

4. Presentación Y Análisis De Resultados

4.1. Características sociodemográficas

Figura 1

Edades



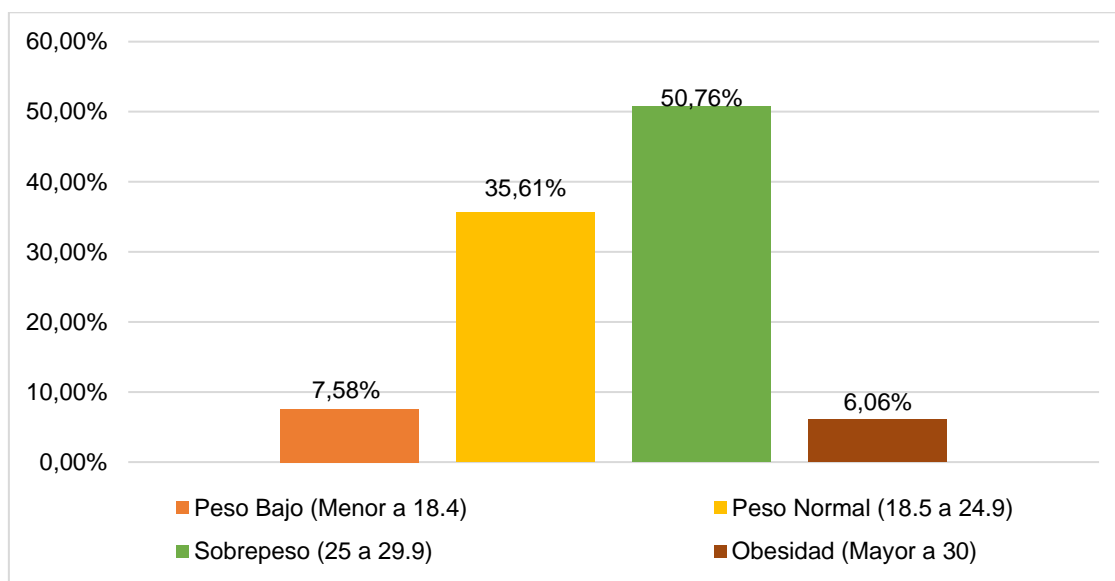
Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad

Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

Acorde a la edad de las participantes, el 42.4% se centró entre los 26 a 33 años, explicando esta concentración como un factor contribuyente a la amenaza de aborto, debido a las condiciones reproductivas, biológicas, contextuales del ciclo de vida. Es decir, entre esta etapa, la mayoría de mujeres, están en plena actividad laborales y por ende alto nivel de estrés, lo que influye a los cambios hormonales que afectarían a la estabilidad de la gestación (101).

Figura 2
Índice de Masa Corporal

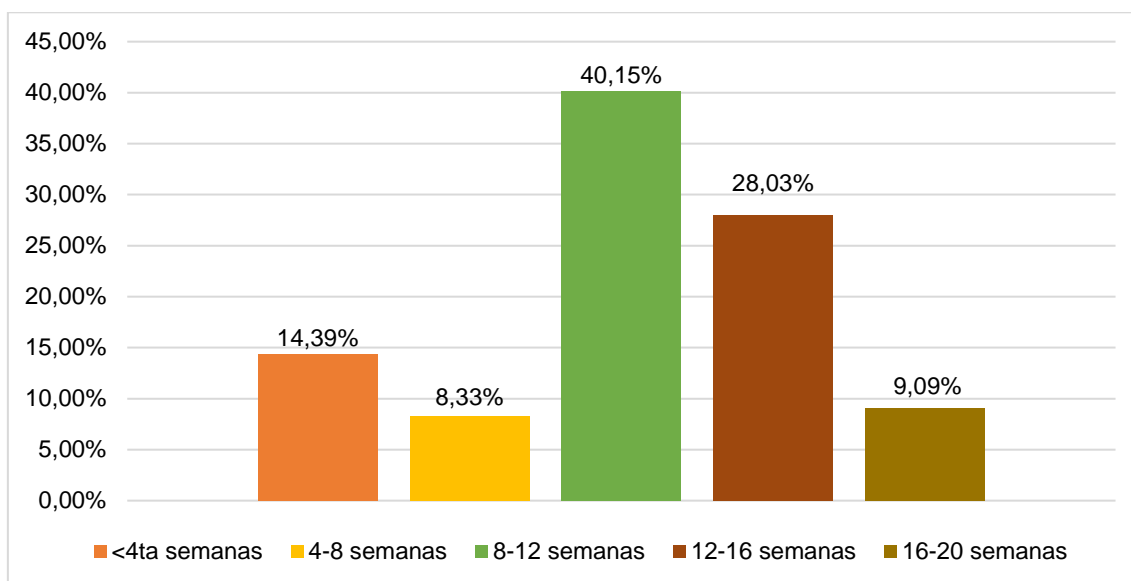


Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad
Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

El sobrepeso (25–29,9 kg/m²) aparece tan alto (50,7%) en mujeres con amenaza de aborto por una mezcla de “volumen poblacional” y mayor susceptibilidad biológica. En muchos contextos de América Latina el exceso de peso en adultos se ha incrementado de forma sostenida, por lo que una parte grande de mujeres en edad fértil inicia el embarazo ya en rango de sobrepeso (y, por simple frecuencia, también se “concentran” allí los casos que llegan al hospital). Asociándolo así a una alteración metabólica e inflamatoria que favorecería al sangrado temprano (102).

Figura 3
Semanas de Gestación



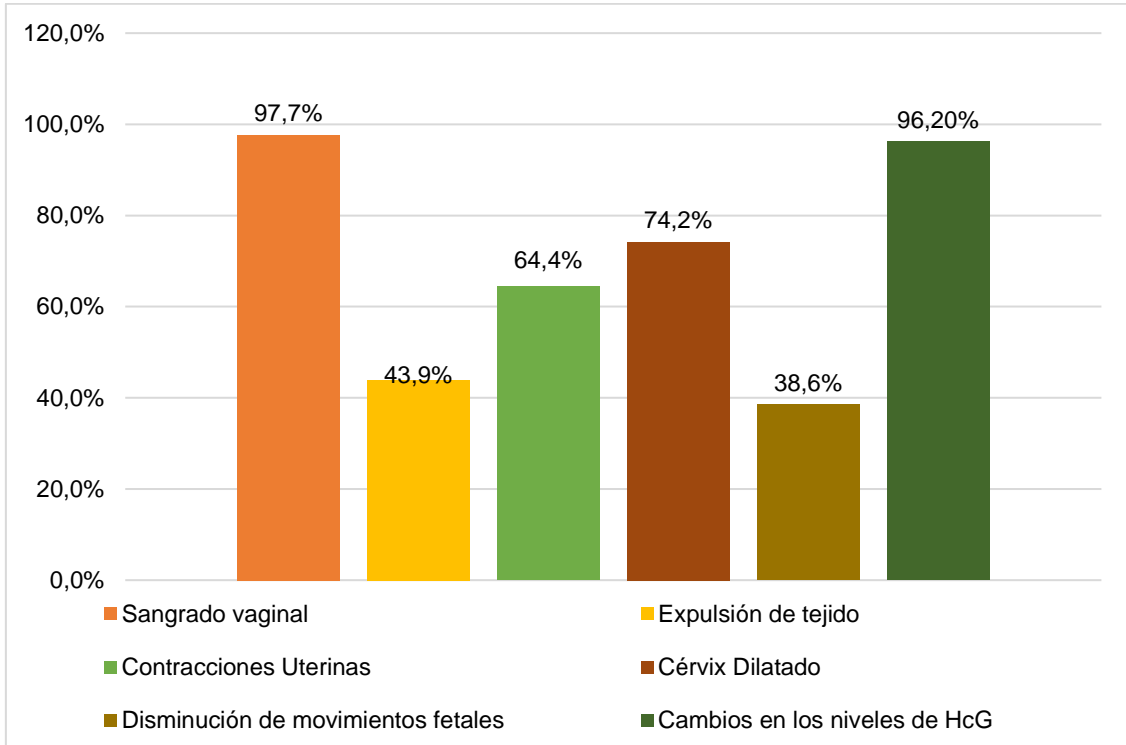
Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad
Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

El pico en 8–12 semanas (40,2%) se presenta como amenaza de aborto, sobre todo, porque es considerado como un cuadro de sangrado del primer trimestre, y la literatura señala que este tipo de sangrado con embarazo aún viable ocurre con relativa frecuencia (10–30%) y que el riesgo/impacto clínico se concentra especialmente dentro de las primeras 12 semanas (103).

4.2. Características Clínicas

Figura 4
Síntomas

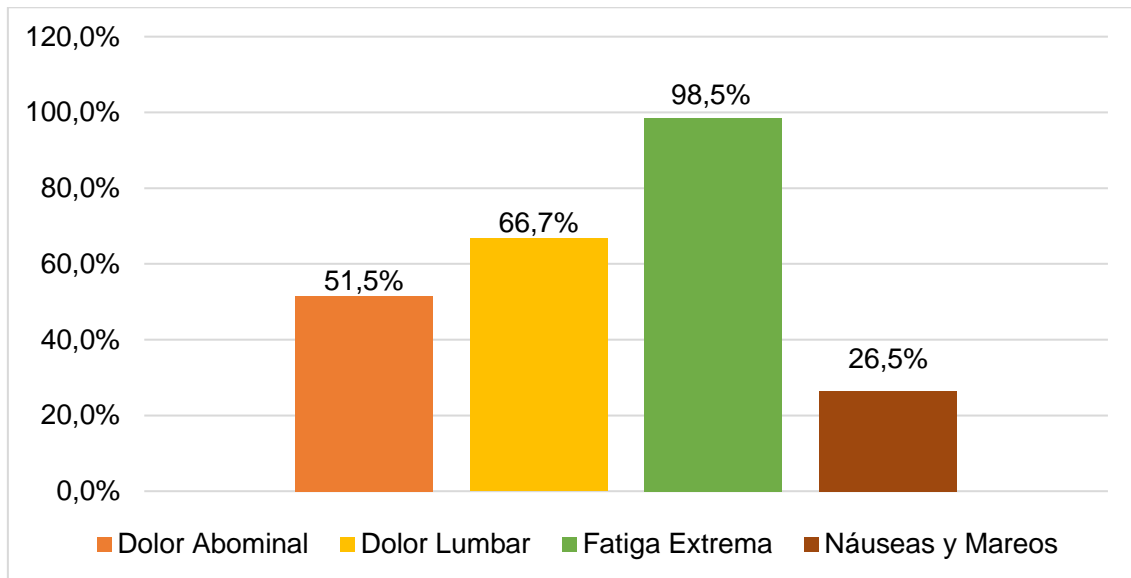


Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad
Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

El análisis de los datos presentados en el cuadro refleja una tendencia en el sangrado vaginal, la mayoría de los casos (97,7%) reportaron su presencia debido a que es el síntoma cardinal de la AB por las alteraciones tempranas en la implantación o desarrollo embrionario y en el tejido decidual, reflejando ruptura o desprendimiento parcial de vasos sanguíneos maternos en la interfase uterina (105).

Figura 5
Signos



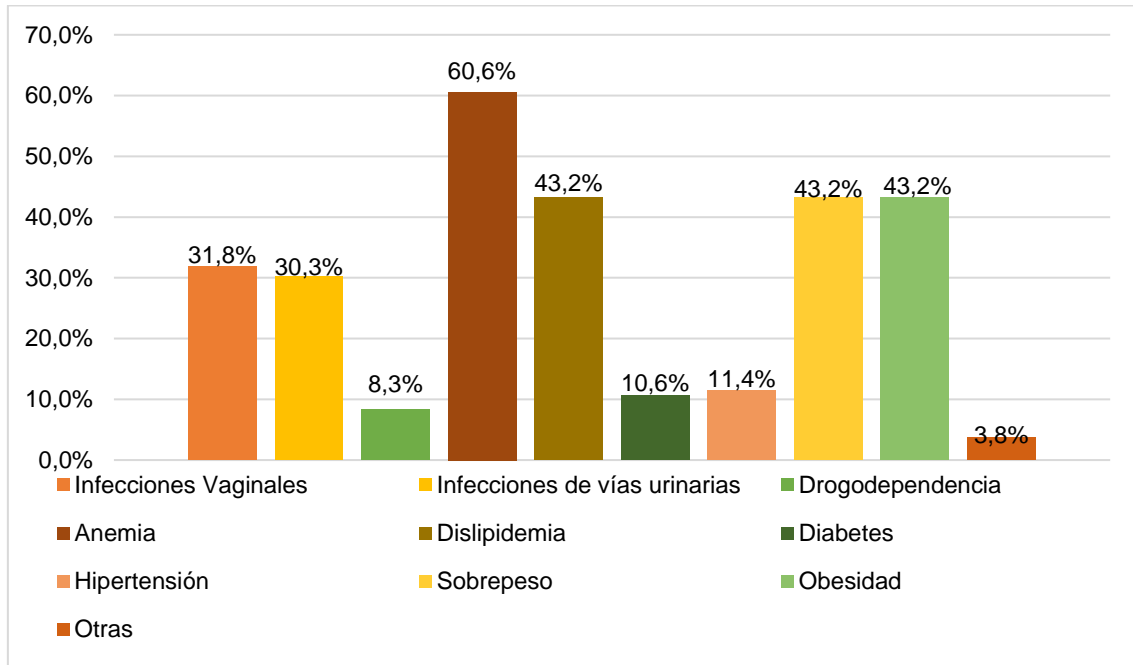
Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad
Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

El análisis del cuadro revela una clara predominancia de la fatiga extrema, con una abrumadora presencia en el 98,5% de los casos, sugiriendo que casi todos los casos reportaron este signo porque en el primer trimestre el cuerpo materno está sometido a cambios fisiológicos intensos, como el incremento de hormonas como progesterona, aumento del volumen sanguíneo y adaptación metabólica para sostener el embarazo, etc, que consumen grandes cantidades de energía y se manifiestan como somnolencia profunda y falta de energía (106).

4.3. Antecedentes patológicos en las mujeres con amenaza de aborto

Figura 6
Antecedentes Patológicos



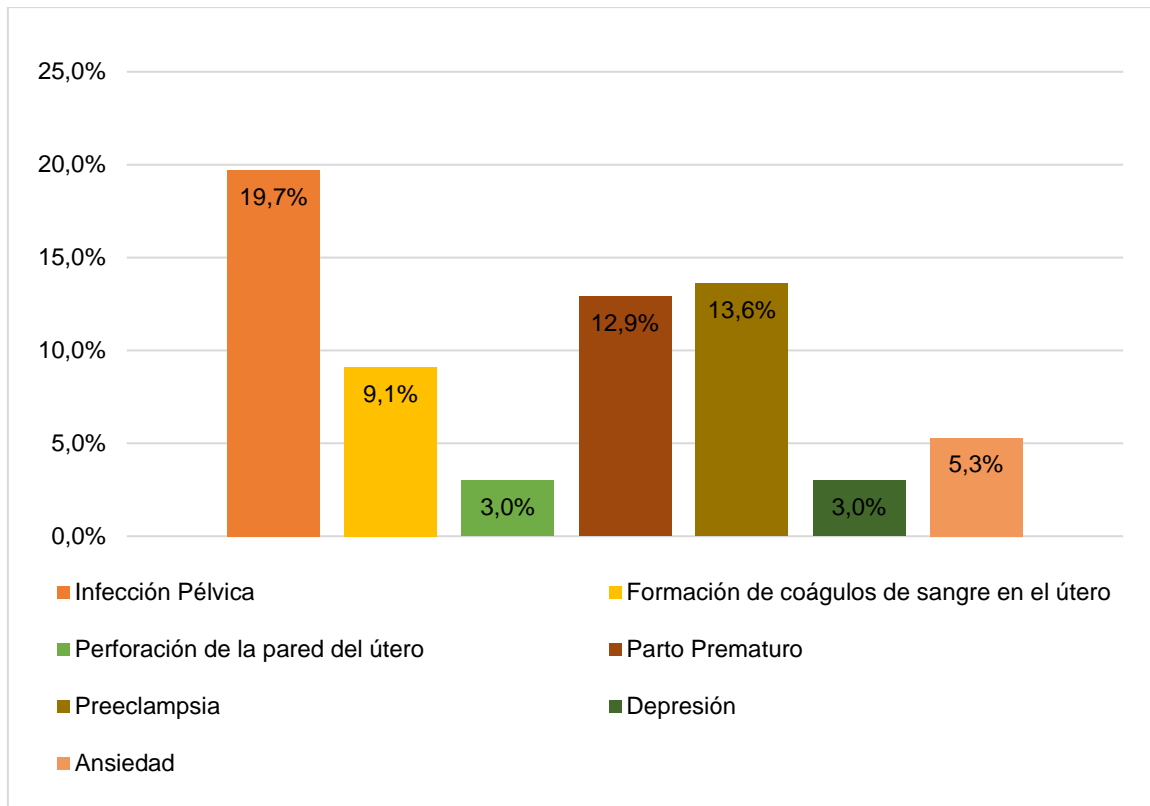
Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad
Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

En la tabla refleja una prevalencia significativa de anemia, la presencia fue reportada en 60,6% de los casos, lo que resalta una preocupación clínica e influencia en los casos de amenazas de abortos debido a la reducción de hemoglobina y la capacidad de transporte de oxígeno altera el aporte de oxígeno y nutrientes al embrión (77).

4.4. Complicaciones de las mujeres con amenaza de aborto

Figura 7
Complicaciones

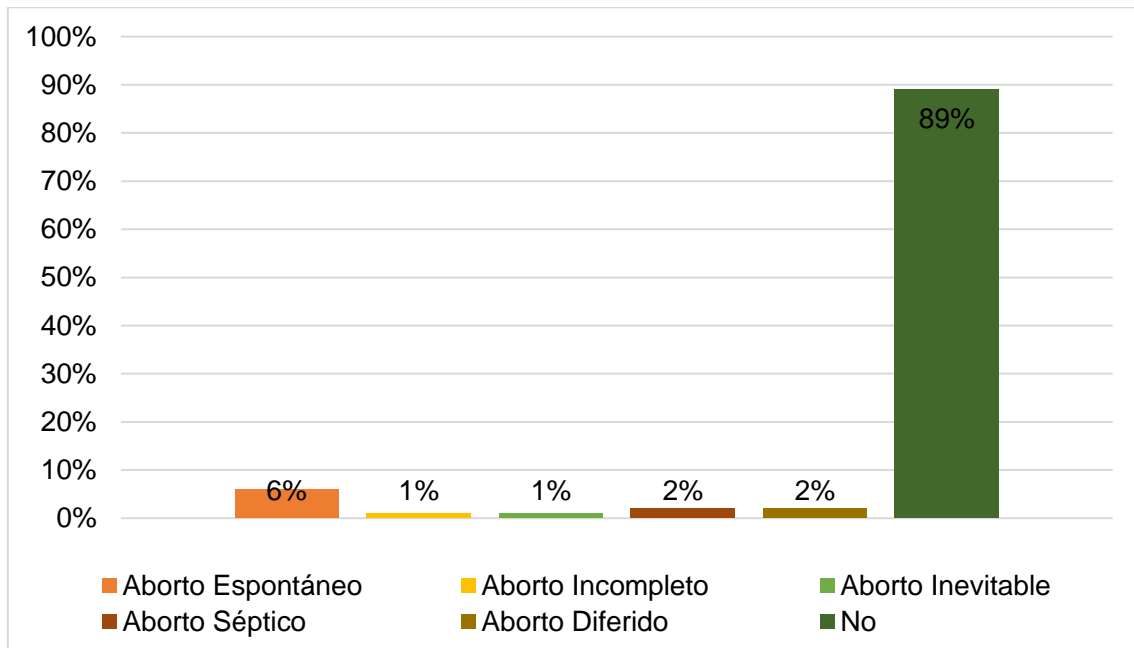


Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad
Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

El cuadro revela que las condiciones relacionadas con complicaciones más graves, de 132 pacientes, 31 presentaron complicaciones y de aquellas, ocupa el primer lugar el 19.7% la infección pélvica por los procesos fisiopatológicos que comprometen la estabilidad del embarazo temprano, como alteraciones en el endometrio, respuesta inflamatoria o antecedentes de sangrado en gestación temprana, etc, que están vinculados a una mayor probabilidad de activación uterina temprana y cambios cervicales que desencadenan un nacimiento antes de las 37 semanas (107).

Figura 8
Tipos de Abortos



Realizado por: Muñoz Acosta Nathalia Daleska y Pérez Lozada Nayelli Natividad
Obtenido de: Guía de observación indirecta

Análisis:

El gráfico muestra los diferentes tipos de aborto, donde de 132 gestantes, 31 presentaron complicaciones, de las cuales, el 6% culminó en aborto espontáneo debido a gestaciones tempranas, anomalías cromosómicas fetales, disrupciones en la implantación o insuficiencia del desarrollo placentario interrumpen la viabilidad embrionaria, desencadenando la pérdida gestacional sin intervención médica (68).

5. Discusión

De acuerdo a las características sociodemográficas de mujeres con AB en el actual estudio, se encontró que la mayor concentración se presentó en mujeres de 26 a 33 años (42.4%). Así mismo, el 50.8% de las participantes presentaron sobrepeso. En adición, el 40.2% de las mujeres se encontraban en una gestación de 8 a 12 semanas. Al comparar con estudios previos, esta muestra también refleja que la edad materna se centra en edades intermedias y que representa un riesgo para una mayor prevalencia de complicaciones gestacionales (108). Sin embargo, en cuanto al dato de sobrepeso hay discordancia, pues algunos trabajos evidencian una menor proporción de mujeres con sobrepeso entre las amenazadas por aborto (109). La concentración en la acumulación de casos concuerda con la literatura que documenta que las primeras semanas de gestación son fundamentales para la aparición de complicaciones (110). Estos resultados resaltan la importancia de priorizar el manejo de factores de riesgo como el IMC y la edad en las mujeres con AB, ya que tienen mayor riesgo de complicaciones. Es fundamental poner en marcha acciones preventivas y de atención temprana y en concreto una adecuada vigilancia en las primeras semanas de gestación y el manejo del sobrepeso para reducir riesgos en estas mujeres.

En este estudio, entre los síntomas y signos más comunes en mujeres embarazadas con AB, el sangrado vaginal fue el síntoma más frecuente con el 97,7%. Este síntoma es fundamental en el AB, ya que indica la posibilidad de cambios tempranos en la implantación o por la parte embrionaria, e incluso, alteraciones en el tejido decidual. Puede sugerir la ruptura o desprendimiento parcial de los vasos sanguíneos maternos en la interfaz útero-decidual. Adicionalmente, la fatiga extrema fue el signo más prevalente, visto en el 98,5% de las mujeres, seguido por el dolor lumbar en el 66,7%. Estos resultados concuerdan con otros autores como Turesheva (111), que también hallaron sangrado vaginal como el síntoma principal en mujeres con amenaza de aborto. Por el contrario, difieren en la prevalencia de la fatiga extrema, ya que en su estudio solo el 78% de las participantes reportaron este síntoma (112). Al igual que, un estudio desarrollado en Brasil observó que el dolor lumbar fue reportado por el 80% de las mujeres con amenaza de aborto, posiblemente indicando que

en esta investigación subestimamos este síntoma (113). Los resultados obtenidos manifiestan la importancia de plantear una evaluación clínica integral, considerando síntomas típicos y atípicos en el abordaje de las gestantes con AB, como la presencia de fatiga. La identificación de estos síntomas es clave para la intervención y la prevención de complicaciones severas teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y las comorbilidades.

En relación a los APP en mujeres con AB, se encontró una gran prevalencia de anemia en este estudio, siendo 60.6% de estos casos, lo cual podría ser un factor determinante por la disminución de hemoglobina y capacidad de transporte de oxígeno, que modifique el adecuado aporte de Oxígeno y nutrientes al embrión. Este hallazgo coincide con estudios previos, como el de Eguez (67), donde la anemia también se identificó como una comorbilidad prevalente en mujeres con complicaciones en el embarazo, aunque con una frecuencia ligeramente inferior (52%) . En contraste, otros estudios, como el de Hierrezuelo (114), reportaron una menor prevalencia de anemia en mujeres gestantes con amenaza de aborto, con solo un 35% de casos. Además, el sobrepeso y la obesidad fueron reportados en un 43,2% de los casos, lo cual afecta no solo la calidad ovocitaria y el desarrollo endometrial, sino también la función placentaria, como se ha indicado en investigaciones previas sobre la influencia de estas condiciones en el embarazo (115). La existencia de estas enfermedades se puede asociar a más riesgos por interrumpir el embarazo y/o comprometer su evolución. Así que, debe realizarse un tratamiento integral que contemple las comorbilidades y la amenaza de aborto, esto es fundamental para mejorar el pronóstico de las gestantes.

En el estudio poblacional con gestantes con amenaza de aborto, la frecuencia de infección pélvica 19.7%, seguido del 12.9% de parto prematuro. Estos factores están vinculados a una mayor probabilidad de activación uterina temprana y cambios cervicales, que son desencadenantes comunes del parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación. Este hallazgo es consistente con lo reportado, quienes también encontraron una prevalencia similar de parto prematuro (25%) en mujeres con amenaza de aborto, destacando la influencia de las alteraciones endometriales y la inflamación en el proceso (61). Pero, Becerra y Huamaní (2025) reportaron un menor porcentaje de parto prematuro,

en su caso fue 14%, lo que sugiere una variación en la tasa de complicaciones por factores sociodemográficos y clínicos (63). La diferencia puede ser por lo mencionado anteriormente y por el tipo de estudio analizado, comparado con el trabajo de Cunalata y Sánchez (66), en donde se informa una tasa de parto prematuro del 30%, por lo que, resaltan la importancia del diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo como claves para disminuir la tasa de parto prematuro y mejorar perinatólogicamente. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias preventivas y de monitoreo cercano en las mujeres con amenaza de aborto, considerando las diferentes características clínicas y sociodemográficas de la población.

6. Conclusiones

- En las características sociodemográficas de las mujeres con amenaza de aborto la concentración de casos fue desde los 26–33 años, con sobrepeso y se encontraban entre las 8–12 semanas de gestación.
- En las características clínicas, el síntoma más frecuente estuvo el sangrado vaginal considerado como un síntoma cardinal de la AB por las alteraciones tempranas en la implantación o desarrollo embrionario y en el tejido decidual, reflejando ruptura o desprendimiento parcial de vasos sanguíneos maternos en la interfase uterina. En el signo más común, estuvo la fatiga extrema con una abrumadora presencia, seguido del dolor lumbar.
- En los antecedentes patológicos personales muestra una prevalencia significativa de anemia debido a la reducción de hemoglobina y la capacidad de transporte de oxígeno altera el aporte de oxígeno y nutrientes al embrión. Seguido, del sobrepeso y obesidad afectando la calidad ovocitaria, el desarrollo endometrial y la función placentaria.
- Las complicaciones de las mujeres con amenaza de aborto, revela que las condiciones relacionadas como la infección pélvica y el parto prematuro a un porcentaje importante por los procesos fisiopatológicos que comprometen la estabilidad del embarazo temprano, como alteraciones en el endometrio, respuesta inflamatoria o antecedentes de sangrado en gestación temprana, etc, que están vinculados a una mayor probabilidad de activación uterina temprana y cambios cervicales que desencadenan un nacimiento antes de las 37 semanas.

7. Recomendaciones

- Fortalecer la educación e intervención prenatal a gestantes especialmente a aquellas en edades de mayor riesgo (26–33 años) con factores de riesgo sobrepeso u obesidad, mediante a controles periódicos anticipados en el primer trimestre con signos y síntomas como sangrado vaginal, fatiga excesiva y dolor de espalda, para poder realizar manejo médico preventivo ante signos de amenaza de aborto.
- La identificación y el abordaje integral de los antecedentes patológicos personales de las gestantes, como anemia, dislipidemia, diabetes, hipertensión, infecciones recurrentes y drogodependencia, son otra recomendación.
- De la mano, la aplicación de protocolos clínicos estandarizados permitirá que estas condiciones sean evaluadas tempranamente y el tratamiento personalizado favorecerá la oxigenación y nutrición del embrión, disminuyendo el riesgo de aborto espontáneo. Esto implica el oportuno uso de estudios complementarios como ecografías seriadas, monitoreo de beta-hGC y de la frecuencia cardiaca fetal para decisiones médicas a tiempo y evitar desenlaces adversos.
- De igual forma, se requiere la formación del personal de salud para la atención de emergencias obstétricas y en la intervención oportuna ante la presencia de signos de alarma, así como asegurar la disponibilidad de recursos clínicos.
- Del mismo modo, la recomendación es que se debe educar al paciente sobre la prevención de infecciones, control metabólico y ejecución de la terapéutica; además, debe ser por un equipo multidisciplinario que incluya nutricionistas, psicólogos y médicos materno-fetales.

8. Referencias Bibliográficas

1. Akpan U, Akpanika C, Asibong U, Arogundade K, Nwagbata A, Etuk S. The Influence of Threatened Miscarriage on Pregnancy Outcomes: A Retrospective Cohort Study in a Nigerian Tertiary Hospital. *Cureus*. 21 de noviembre de 2022;14(11):31-4. doi:10.7759/cureus.31734
2. Inocente A. Factores asociados y su influencia en el aborto espontáneo en gestantes del Hospital de Tingo María 2024 [Internet]. Universidad de Huanuco; 2025. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/6075/Inocente%20Duran%2C%20Advencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Gaitán WAG. Caracterización clínica de las pacientes con aborto en el Hospital Nacional de Jalapa. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*,. 8 de septiembre de 2024;8(2):1-15. doi:10.36314/cunori.v8i2.277
4. Mehra V, Farooqi S, Sriram P, Tunde M. Diagnosis and management of early pregnancy loss. *Cmaj*. 2024;196(34):E1162-8. doi:10.1503/cmaj.231489 PubMed PMID: 39406415.
5. MedlinePlus enciclopedia médica. Aborto espontáneo [Internet]. 2023 [citado 7 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm>
6. Zhang F. Clinical value of chorionic gonadotropin and progesterone combined with transvaginal ultrasound in the diagnosis of threatened abortion. *Journal of Radiation Research and Applied Sciences*. 1 de junio de 2024;17(2):100913. doi:10.1016/j.jrras.2024.100913
7. Mouri M, Hall H. Amenaza de aborto espontáneo [Internet]. Vol. 2. 2024;2(5):33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/>
8. Li W, Wu X, Wu X, Zhang R. Clinical value of lncRNA CARMN expression in threatened abortion and its effect on cell function of HTR-8/SVneo.

Revista Turca de Bioquímica. 24 de marzo de 2025;10(2):88-100.
doi:10.1515/tjb-2024-0369

9. Okawa S, Hosokawa Y, Nanishi K, Zaitso M, Tabuchi T. Threatened abortion, threatened premature labor, and preterm birth during the first state of emergency for COVID-19 in 2020 in Japan. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2022;48(5):1116-25. doi:10.1111/jog.15203
10. Al-Memar M, Vaulet T, Fourie H, Bobdiwala S, Farren J. First-trimester intrauterine hematoma and pregnancy complications [Internet]. Vol. 55. 2020;55(4):536-45. doi:10.1002/uog.20861
11. Gobierno de México, Sedena. Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>
12. MSP. Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 20 [Internet]. 2024. p. 8. Report No. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Gaceta-MM-SE-20.pdf>
13. Daquilema K, Jaya T. Alteraciones hormonales en pacientes embarazadas con amenaza de aborto [Especialidad] [Internet]. Nacional de Chimborazo; 2024. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/12876/1/Albuja%20Daquilema%2C%20K.%20-%20Jaya%20Abarca%2C%20T.%20%282024%29%20Alteraciones%20hormonales%20en%20pacientes%20embarazadas%20con%20amenaza%20de%20aborto..pdf>
14. Reyes A, Aárevalo A, Ariño R. Niveles de progesterona y amenaza de aborto en pacientes que cursan el primer trimestre de gestación [Internet]. Vol. 8. 2014;8(2):20-5. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/02c9c9f8-cedd-4a5f-9e4c-72bb677e0795/content>

15. Rodríguez C, De los Ríos M, González A, Quintana D, Sánchez I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed [Internet]*. 2020 [citado 12 de agosto de 2025];24(6):1349-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182020000601349&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Mansour F, Yousif A, Farag D. Predicting Adverse Maternal and Neonatal Outcome in Women with Threatened Abortion and Patient Compliance to Its Management [Internet]. Vol. 6. 2019;6(6):562-7. doi:10.12691/ajnr-6-6-26
17. MSP. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [Internet]. 2013. p. 41. Report No. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Aborto%20espont%C3%A1neo,%20incompleto,%20diferido%20y%20retenido.pdf>
18. Iqbal M, Zubair M, Saeed A, Khan Y, Ali T. Consensus Statements for Assessment and Management of Threatened Miscarriage in the First Trimester in Pakistan: A Three-Step Modified Delphi Approach [Internet]. Vol. 16. 2024;16(7):65-79. doi:10.7759/cureus.65079
19. Glick I, Kadish E, Rottenstreich M. Management of Pregnancy in Women of Advanced Maternal Age: Improving Outcomes for Mother and Baby. *IJWH*. 2021;13(3):751-9. doi:10.2147/IJWH.S283216
20. Vandana Y, Busi K. Navigating Threatened Miscarriage: Insights Into Maternal and Fetal Health Outcomes [Internet]. Vol. 30. 2024;30(2):627-32. doi:10.53555/kuey.v30i2.1673
21. Tan T, Ku C, Kwek L, Lee K, Tan NS. Novel approach using serum progesterone as a triage to guide management of patients with threatened miscarriage: a prospective cohort study. *Sci Rep*. 2020;10(1):9153. doi:10.1038/s41598-020-66155-x

22. Kidd C, O'Driscoll D, O'Byrne L, Maher G. The association between threatened miscarriage in early pregnancy and depression or anxiety in offspring in late adolescence. *Journal of Affective Disorders*. 2025;382(22):48-54. doi:10.1016/j.jad.2025.04.060
23. Gaitán WAG. Caracterización clínica de las pacientes con aborto en el Hospital Nacional de Jalapa. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*. 8 de septiembre de 2024;8(2):1-15. doi:10.36314/cunori.v8i2.277
24. Dosantos AG, Riveros CAG. Características sociodemográficas y clínicas del aborto. Hospital Regional de Encarnación, 2020-2022. *Rev Med*. 9 de julio de 2024;2(3):1-10.
25. Kidd C, O'Driscoll D, O'Byrne LJ, O'Keeffe GW, Khashan AS, Maher GM. The association between threatened miscarriage in early pregnancy and depression or anxiety in offspring in late adolescence. *Journal of Affective Disorders*. agosto de 2025;382:48-54. doi:10.1016/j.jad.2025.04.060
26. Reyes Tigrero GN. Factores de riesgo materno que inciden en la amenaza de aborto en gestantes. Hospital básico Manglaralto, Santa Elena, 2022 [Internet]. 12 de mayo de 2023 [citado 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/9587>
27. Ku CW, Tan YB, Tan MMT, Tan SI, Ng CST, Ramakrishna J, et al. A risk prediction model of spontaneous miscarriage in women with threatened miscarriage: a prospective cohort study. *Front Med*. 11 de noviembre de 2025;12. doi:10.3389/fmed.2025.1669594
28. Nayak KD, Poojari VG, Pai MV, Mundkur A, Adiga P. Prediction of Pregnancy Outcomes in Women with Threatened Abortion Using Ultrasound Parameters, Uterine Artery Doppler, and Serum Progesterone Levels: A Prospective Cohort Study. *J Obstet Gynecol India*. 1 de abril de 2025;75(1):414-21. doi:10.1007/s13224-024-02029-w
29. Zhu Z, Wei N, Guo J, Yue C, Chen C, Zhang Z, et al. Predicting the risk of threatened abortion using machine learning methods: a comparative

- study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 30 de agosto de 2025;25(1):901. doi:10.1186/s12884-025-08030-z
30. Mirza DHA. Maternal and Fetal Complications And Outcome Of Pregnancy In Patients Presenting With Threatened Abortion. *International Journal of Life Sciences, Biotechnology and Pharma Research [Internet]*. 2024;13(1). Disponible en: https://ijlbpr.com/uploadfiles/83vol13issue1pp475-484.20240205114311.pdf?utm_source=chatgpt.com
 31. Wang Q, Ma J, Lan Y. Long-term trends in the global burden of maternal abortion and miscarriage from 1990 to 2021: joinpoint regression and age-period-cohort analysis. *BMC Public Health*. 26 de abril de 2025;25(1):1554. doi:10.1186/s12889-025-22716-1
 32. Singh K, Kumari S. Ultrasonography and Pregnancy Outcome in Threatened Abortion: A Prospective Observational Study. Vol. 16. 2024;16(4):1296-9.
 33. Dienerowitz FM, David M. On the history of abortion from antiquity to the present day, with a focus on Central Europe and Germany. *Arch Gynecol Obstet*. 2026;313(1):12. doi:10.1007/s00404-025-08300-3 PubMed PMID: 41493590; PubMed Central PMCID: PMC12774936.
 34. OMS. Aborto [Internet]. 2025 [citado 24 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
 35. Chaquiriand V, Larroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto. *Sociedad de Medicina Interna del Uruguay*. 2021;6(2):22-6. doi:10.26445/06.02.2
 36. Lopez D, Morales M, Ramos G. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo [Internet]. Vol. 9. 2024;9(2):r1-7. doi:10.47784/rismf.2024.9.2.193
 37. Martínez G. Injusticias epistémicas, aborto y bioética, una revisión de la literatura. *Estudios Políticos [Internet]*. 2024 [citado 31 de marzo de

- 2026];(69):155-86. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9651682>
38. Ituarte M, López A. Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00235219. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00235219>
39. Ipas México. El aborto como un asunto de salud pública [Internet]. enero de 2021 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1365>
40. Pérez B, Sagner-Tapia J, Elgueta HE. Despenalización del aborto en Chile: una aproximación mixta desde la percepción del aborto en población comunitaria. *Gac Sanit*. 3 de marzo de 2021;34:485-92. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.004>
41. Dulbecco P, Cunial S, Jones D, Calvo E, Aruguete N, Moragas F, et al. El aborto en el Congreso: Argentina 2018-2020 [Internet]. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); 2021 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4632>
42. Burton J. Los estudios sobre aborto en Argentina. Un estado de la cuestión. *Cad Pagu*. 2021;e216314. doi:<https://doi.org/10.1590/18094449202100630014>
43. Petracchi F, Forestieri O, Uranga A. Aborto espontáneo y recurrente [Internet]. Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2022 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147961>
44. Pinheiro K, Carvalho J, Garcia L, Silva M, Mameri P, Baiense T. REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE FATORES RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÂNEO. *RECIMA*. 2023;4(1):e412576. doi:10.47820/recima21.v4i1.2576

45. Pérez AP, González DG, García YP, González MM. Caracterización clínica y epidemiológica de gestantes con infección del tracto urinario. Vol. 30. 30 de marzo de 2023;30(1):59-66.
46. Saenz V, Paucar T. Diagnóstico y manejo terapéutico actualizado del aborto espontáneo recurrente. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(2):1301-24. doi:10.37811/cl_rcm.v7i2.5402
47. Doria C. Factores de riesgo modificables en pacientes con aborto espontáneo [Internet]. 2025 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/12141>
48. Barrientos Z, Chocce R. Aborto espontáneo en mujeres que acuden al Hospital de apoyo San Miguel Ayacucho 2022 [Internet]. 2024 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/8423>
49. Ibarra R. Consecuencias de la exposición fetal al consumo de alcohol o cocaína durante el embarazo [Internet]. 2022 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/29225>
50. Yagual M. Factores sociales que inciden en el consumo de drogas en adolescente gestantes centro de salud materno infantil Venus de Valdivia 2020 [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6566>
51. Orellana M, Tandazo M. Rol de Enfermería en la Prevención de la Anemia Ferropénica durante el Embarazo. Polo del Conocimiento. 2023;8(8):1943-57. doi:10.23857/pc.v8i8.5950
52. Condori L. Anemia en gestación. Revista Médica La Paz [Internet]. 2025 [citado 31 de marzo de 2026];31(1):57-64. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582025000100057&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Davidson M. Manual MSD versión para público general [Internet]. 2025 [citado 31 de marzo de 2026]. Dislipidemia (dislipemia) - Trastornos

- hormonales y metabólicos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-hormonales-y-metabólicos/trastornos-relacionados-con-el-colesterol/dislipidemia-dislipemia>
54. Rogers WK, Chugaieva I, Moheet A, Wernimont S. Diabetes Mellitus in Pregnancy: Implications for Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2025;143(2):424-43. doi:10.1097/ALN.0000000000005534 PubMed PMID: 40626748; PubMed Central PMCID: PMC12227212.
 55. Medina E, Sánchez A, Hernández A, Martínez M. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México [Internet]*. 2022 [citado 31 de marzo de 2026];33(1):91-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0186-48662017000100091&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 56. Norman S, Fontus G, Forestier C, Hiba R, Colon S, Osondu M, et al. The Protective Effect of Abortion on Preeclampsia: An Analysis of Current Research. *Cureus*. 16(2):e54131. doi:10.7759/cureus.54131 PubMed PMID: 38496185; PubMed Central PMCID: PMC10942113.
 57. UTAH. Hipertensión arterial y embaraz [Internet]. 2022 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://healthcare.utah.edu/the-scope/health-library/all/2018/04/high-blood-pressure-and-pregnancy>
 58. OPS. Prevención de la obesidad [Internet]. 2026 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
 59. Mejia J, Reyna E. Obesidad, complicaciones del embarazo y salud femenina a largo plazo. *RSOGV*. 2021;81(02):162-9. doi:10.51288/00810210
 60. vitafertilidad. Las complicaciones relacionadas con la obesidad y la gestación [Internet]. 2025 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en:

<https://www.vitafertilidad.com/blog/embarazo/complicaciones-obesidad-y-gestacion.html>

61. Alarcón A. Factores de riesgo maternos y obstétricos asociados a amenaza de aborto en gestantes atendidas por emergencia del servicio de ginecología y obstetricia del Centro Materno Infantil de Salud Virgen del Carmen en el periodo 2021-2022 [Internet]. Universidad Ricardo Palma - URP; 2023 [citado 24 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/6245>
62. Americas. The coexistence of obesity and hunger in Latin America and the Caribbean [Internet]. Vol. 28. 2023;28:2-10. doi:10.1016/j.lana.2023.100653
63. Becerra L, Huamaní M, Cabanillas J. Complicaciones maternas y embarazo adolescente en América Latina y el Caribe (ALC): una revisión sistemática [Internet]. Vol. 6. 2026;6(1). doi:10.5281/zenodo.15455144
64. Bunce E. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2025 [citado 23 de marzo de 2026]. Sangrado vaginal durante la primera parte del embarazo - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/síntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-durante-la-primera-parte-del-embarazo>
65. MSP. Hemorragia [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
66. Chicaiza M, Andrade C. Complicaciones en el primer trimestre del embarazo en adolescentes: una investigación sistemática. [Internet]. Vol. 5. 2026;5(9):1422-1422. doi:10.59282/reincisol.V5(9)1422
67. Eguez J, Navarro M, Cotto J, Arias A, Franco H. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames [Internet]. Vol. 34. 2022 [citado 24 de marzo de 2026];34(1). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/373>

68. European Journal of Human Genetics. Abstracts from the 57th European Society of Human Genetics (ESHG) Conference: Oral Presentations [Internet]. Vol. 32. 2024;32(2):799-903. doi:10.1038/s41431-024-01732-6 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC11627198.
69. Márquez R, González N, Corona C, Arias I, Sánchez P, García A. Aborto Espontáneo primer trimestre [Internet]. 2024. Disponible en: <https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/abortodefinitivo.pdf>
70. Wang R, Deng Z, Chen G, Dai F, Xia L. Obesity and recurrent spontaneous abortion: the crucial role of weight management in pregnancy. *Reprod Biol Endocrinol*. 2025;23(1):10. doi:10.1186/s12958-024-01326-3
71. CDCespanol. Pelvic Inflammatory Disease (PID) [Internet]. 2025 [citado 13 de marzo de 2026]. Acerca de la enfermedad inflamatoria pélvica. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pid/es/about/acerca-de-la-enfermedad-inflamatoria-pelvica.html>
72. MedlinePlus enciclopedia médica. Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) [Internet]. 2025 [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000888.htm>
73. Miranda V, Jaramillo P. Estudio citobacteriológico de infecciones vaginales en mujeres embarazadas y su relación con abortos. *Polo del Conocimiento*. 2023;8(4):362-84. doi:10.23857/pc.v8i4.5369
74. Salmanov A, Baksheev S, Kuflovskiy D, Manzhula L, Voloshyn O, Korniyenko S, et al. Healthcare Associated Infection After Legal Induced Abortions In Ukraine: Results A Multicenter Study. *Wiad Lek*. 2021;74(7):1559-65. doi:10.36740/WLek202107103
75. Yoseph E, Taiwo R, Kiapour A, Touponse G, Massaad E, Theologitis M, et al. Pregnancy-Related Spinal Biomechanics: A Review of Low Back Pain and Degenerative Spine Disease [Internet]. Vol. 12. 2025;12(8). doi:10.3390/bioengineering12080858

76. Wilma C, Gabriela Q, Diana B. Equipo de revisión y validación [Internet]. 2020. Disponible en: <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2023/03/Lineamientos-para-la-Atencion-Integral-y-Acceso-Efectivo-a-Interrupcion-Voluntaria-del-Embarazo-por-violacion-1.pdf>
77. Wang R, Xu S, Hao X, Jin X, Pan D, Xia H, et al. Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Front Glob Women's Health*. 31 de enero de 2025;6. doi:10.3389/fgwh.2025.1502585
78. Stanford Medicine Children's Health. Aborto [Internet]. 2023 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=chorioamnionitis-90-P05551>
79. CUN. <https://www.cun.es> [Internet]. 2025 [citado 31 de marzo de 2026]. Aborto retenido: definición médica. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/aborto-retenido>
80. Lemmers M, Verschoor M, Mol B, Neilson J. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2020 [citado 31 de marzo de 2026]. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002253.pub4> doi:10.1002/14651858.CD002253.pub4
81. Alvarado C, Celis A, Guevara E, García P, Lovato P. Complicaciones hemorrágicas y trombóticas del embarazo: diagnóstico, prevención y tratamiento. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2023;84(1):86-96. doi:10.15381/anales.v84i1.23547
82. Muñoz M, Stensballe J, Ducloy-Bouthors AS, Bonnet MP, De Robertis E, Fornet I, et al. Patient blood management in obstetrics: prevention and treatment of postpartum haemorrhage. A NATA consensus statement. *Blood Transfus*. marzo de 2019;17(2):112-36. doi:10.2450/2019.0245-18 PubMed PMID: 30865585; PubMed Central PMCID: PMC6476742.

83. Tunçalp O, Gülmezoglu A, Souza J. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2026]. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001993.pub2>
doi:10.1002/14651858.CD001993.pub2
84. MedlinePlus. Aborto [Internet]. 2026 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002912.htm>
85. Asgharnia M, Varasteh T, Pourmarzi D. Inter-Pregnancy Interval and the Incidence of Preterm Birth. JFRH. 2020;(4). doi:10.18502/jfrh.v14i1.3788
86. content [Internet]. [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/3e04fa05-8aa5-4892-a6f8-8f9bb5ef887d/content>
87. GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>
88. Rodríguez M, Egaña G, Márquez R, Bachmann M, Soto A. Preeclampsia: mediadores moleculares del daño placentario. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2022;77(1):72-8. doi:10.4067/S0717-75262012000100014
89. Robayo C, Almache M. Alteraciones de la salud mental y aborto espontáneo en mujeres. [bachelorThesis] [Internet]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2025 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14652>
90. Ayala Basto J, Rodríguez A, Vásquez E. Salud mental de las mujeres con pérdida gestacional [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, Bucaramanga; 2022 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/45092>

91. Vélez K. Ansiedad y riesgo obstétrico producida en mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Isidro Ayora [Internet]. Loja; 2024 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/30721>
92. Quituisaca R. Efectos de la ansiedad en la labor de parto de las adolescentes de 15 a 19 años [Internet]. Quito: UCE; 2025 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/www.dspace.uce.edu.ec>
93. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. 2023 [citado 24 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
94. Constitución. Constitución de la República [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2017/DIJU/octubre/LA2_OCT_DIJU_Constitucion.pdf#:~:text=%2D%20Las%20personas%20adultas%20mayores%20recibir%C3%A1n%20atenci%C3%B3n,y%20econ%C3%B3mica%2C%20y%20protecci%C3%B3n%20contra%20la%20violencia.
95. Congreso Nacional. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia [Internet]. 2006. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf
96. MSP. MSP garantiza los derechos de las mujeres embarazadas y en período de lactancia – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-garantiza-los-derechos-de-las-mujeres-embarazadas-y-en-periodo-de-lactancia/>

97. MSP. Ministerio de Salud aclara los alcances de memorando sobre atención de mujeres que llegan con abortos en curso y secuelas de abortos – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 24 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-aclara-los-alcances-de-memorando-sobre-atencion-de-mujeres-que-llegan-con-abortos-en-curso-y-secuelas-de-abortos/>
98. ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
99. Documento_00005316-Apruébese-y-expídese -Modelo-Gestión- Aplicación-del-Consentimiento-Informado-en-Práctica-Asistencial.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-11/Documento_00005316-Apru%C3%A9bese-y-exp%C3%ADdese%20-Modelo-Gesti%C3%B3n-Aplicaci%C3%B3n-del-Consentimiento-Informado-en-Pr%C3%A1ctica-Asistencial.pdf
100. Asamblea Nacional. Mujer será informada antes, durante y después del parto. Podrá estar acompañada | Asamblea Nacional del Ecuador [Internet]. 2016 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/45779-mujer-sera-informada-antes-durante-y-despues-del-parto>
101. Osterman M, Brady H, Valenzuela P. National Vital Statistics Reports [Internet]. Vol. 72. 2021;72(1):11-23. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr72/nvsr72-01.pdf?utm_source
102. Rechkemmer A. Obesidad y su impacto en medicina reproductiva [Internet]. Vol. 71. 2025 [citado 5 de marzo de 2026];71(1):10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10118113>
103. Sammut L, Bezzina P, Gibbs V, Baron B, Calleja J. First-trimester bleeding: Can ultrasound and biochemical developmental markers deepen

- our understanding of threatened miscarriage? *Radiography*. 2025;31(5):12. doi:10.1016/j.radi.2025.103024 PubMed PMID: 40618657.
104. Terasik J. MDPI [Internet]. [citado 5 de marzo de 2026]. Luteal Phase and Luteoplacental Shift: Physiology, Pathology, and Clinical Implications | *Reprod. Med.* Disponible en: <https://www.mdpi.com>
 105. Salas A, Gastón B, Barrenetxea J, Sendino T, Jurado M, Alcázar JL, et al. Valor predictivo de la hCG hiperglosilada para predecir resultado de la gestación en amenaza de aborto de primer trimestre en gestación viable. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2021;44(1):23-31. doi:10.23938/assn.933
 106. Guamán V, Heredia F, Webster A, Campoverde CEL. Complicaciones y factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(1):2790-803. doi:10.34119/bjhrv6n1-219
 107. Mitrogiannis L, Evangelou E, Efthymiou A, Kanavos T, Birbas E, Makrydimas G, et al. Risk factors for preterm birth: an umbrella review of meta-analyses of observational studies [Internet]. Vol. 21. 2023;21(1):494. doi:10.1186/s12916-023-03171-4
 108. León-Jacobo RA, Sánchez-Vidal KJ. Características clínicas y epidemiológicas de gestantes COVID-19 positivo, Hospital Marino Molina Scippa, 2020-2021. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 15 de junio de 2023;8(3):o7-15. doi:10.47784/rismf.2023.8.3.283
 109. Vides Torres SJ, Delcid Morazán AF, Barcan Batchvaroff M, Barahona Zelaya WP. Caracterización sociodemográfica clínica de adolescentes embarazadas. *Archivos de medicina*. 2017;13(1):4.
 110. Chajón MGM. Caracterización clínica de pacientes adolescentes con aborto. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*. 15 de junio de 2025;9(1):1-12. doi:10.36314/cunori.v9i1.334

111. Turesheva A, Aimagambetova G, Ukybassova T, Marat A, Kanabekova P, Kaldygulova L, et al. Recurrent Pregnancy Loss Etiology, Risk Factors, Diagnosis, and Management. Fresh Look into a Full Box. Journal of Clinical Medicine. 14 de junio de 2023;12(12). doi:10.3390/jcm12124074
112. Molino S, Sáenz M. Caso clínico: amenaza de aborto [Internet]. XX. 2025;XX(23):1075-1075. doi:10.64396/23-1075
113. Hernandez A. Características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con amenaza de aborto atendidas en el hospital regional Huacho 2019 - 2021 [Internet]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2023 [citado 24 de marzo de 2026]. (5). Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/8017>
114. Hierrezuelo N, Jhonson S, Hernández A, Rodríguez F, Cordovi M, Neira N. Factores predictivos de anemia en gestantes de un área de salud [Internet]. Vol. 27. 2023 [citado 24 de marzo de 2026];27(2):e9681-e9681. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9681>
115. Panduro J, Barrios E, Pérez J. Obesidad y sus complicaciones maternas y perinatales [Internet]. Vol. 89. 2021;89(7):530-9. doi:10.24245/gom.v89i7.4561



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad de Ciencias
de la Salud

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 17 de diciembre del 2025

Srta. Nayelli Pérez Lozada
Srta. Nathalia Muñoz Acosta
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, **"Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel periodo 2024-2025"** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Olga Muñoz Roca.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vines
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



cc. Archivo

Guayaquil, 23 de marzo del 2026

Hospital Especializado Matilde Hidalgo de Procel

AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

RESOLUCIÓN NO. 039/2026/MSP-DDEIHMHP-GYE

Una vez revisado el proyecto de investigación titulado: "Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel período:2024-2025 un estudio descriptivo, presentado en calidad de autoras por las Srtas. Estudiantes de Enfermería Nayelli Pérez Lozada y Nathalia Muñoz Acosta de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

El Comité de Ética Institucional, con el Código No. 039/2026/MSP-DDEIHMHP-GYE, de fecha 23 de marzo de 2026, en el que se refleja nuevo aporte teórico- práctico, relevancia social y científica a las Ciencias de la Salud, en vista a una de las políticas de salud pública que repercute en el bienestar materno fetal, con énfasis en los factores de riesgo, diagnóstico y pautas futuras que permitan reducir la morbimortalidad materno y perinatal.

El protocolo cumple con los estándares éticos establecidos en las normas internacionales. La metodología es apropiada en los términos de investigación correspondiente a aspectos éticos, legales y jurídicos. Las investigadoras cuentan con la formación y experiencia para el desarrollo del proyecto anteriormente citado. No existe manipulación de los sujetos de estudio y la investigación cumple con los aspectos de discrecionalidad con la institución objeto de estudio, respetando la privacidad y considerando los datos recolectados para efectos estrictamente académicos sin mencionar los datos de identidad de las personas.

Por lo tanto, una vez constatado el cumplimiento de las consideraciones bioéticas establecidas para investigaciones en seres humanos, el Comité de Ética Institucional de

Investigaciones Científicas **AUTORIZA y APRUEBA** la realización y ejecución del proyecto. Siendo 14:20 horas, del día 23 de marzo del dos mil veintiséis y da por concluido el acto y dando conformidad se procedió a firmar el presente dictamen por parte del presidente del comité de ética para investigaciones.



DR. KEVIN CABRERA NAVARRETE
Presidente. CI: 0951832864
Comité de Ética Institucional



GUÍA DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

Sociodemográficas		
Edad		
10 a 17 años		
18 a 25 años		
26 a 33 años		
34 a 41 años		
IMC		
Peso Bajo (Menor a 18.4)		
Peso normal (18.5 a 24.9)		
Sobrepeso (25 a 29.9)		
Obesidad (Mayor a 30)		
Semanas de Gestación		
< 4ta semana		
4 semana-8 ava semana		
8 semana -12 semana		
12 semanas -16 semanas		
16 semana-20 semanas		
Signos y Síntomas		
Sangrado vaginal		
Expulsión de tejido		
Contracciones uterinas		
Cérvix dilatado		
Disminución de movimientos fetales		

Cambios en los niveles de b-HCG		
Dolor abdominal		
Dolor lumbar		
Fatiga extrema		
Náuseas y mareos		
Antecedentes patológicos personales		
Infecciones vaginales		
Infección de vías urinarias		
Drogodependencia		
Anemia		
Dislipidemia		
Diabetes		
Hipertensión		
Sobrepeso		
Obesidad		
Otras		
Complicaciones		
Infección Pélvica		
Aborto Espontáneo		
Aborto Incompleto		
Aborto Inevitable		
Aborto Séptico		
Aborto Diferido		
Formación de coágulos de sangre en el útero		

Perforación de la pared del útero		
Parto prematuro		
Preeclampsia		
Depresión		
Ansiedad		







UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

GUÍA PARA EVALUAR OPONENCIA TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO: Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025

AUTORES: Muñoz Acosta Nathalia Daleska - Pérez Lozada Nayelli Natividad

FECHA: 30 de Abril de 2026

COMPONENTES	CRITERIOS					OBSERVACIONES (desglose y explique debajo)
	5	4	3	2	1	
El título expresa la idea principal de la investigación, en forma concisa y concreta, con el número suficiente de palabras y pertinente con la Carrera.	X					
El resumen contiene breve descripción del problema, objetivo general, metodología y resultados esperados, redactado claramente en no más de 250 palabras. Contiendo de 3 a 5 palabras clave.	X					
El planteamiento del problema: Hace referencia al objetivo formal teórico y material, descripción del problema local y/o situacional.	X					
Objetivos: Objetivo general: Expresa lo que se espera lograr con el estudio en términos de conocimientos o resultados. Está en relación con el problema y las variables.	X					
Objetivos específicos: Expresan la descomposición y secuencia lógica del objetivo general.	X					
Fundamentación conceptual: Descripción literaria del problema, objeto de investigación en coherencia con los objetivos.	X					
Las variables Son operacionalizadas adecuadamente en cuanto a su concepto, dimensión, indicador y escala y guardan coherencia con problema y objetivos.	X					
En la metodología: Describe el tipo de estudio y diseño Población y muestra, es representativa. Técnicas e instrumentos utilizados, son coherentes con el tipo de estudio.	X					
Presentación y análisis de resultados: Las tablas o gráficos contiene los títulos y el respectivo análisis con respuestas a los objetivos propuestos.	X					
Referencias bibliográficas: Están elaboradas de acuerdo con las normas de Vancouver o en APA 6ta. edición y por lo menos un 80% actualizadas con los últimos 5 años	X					

ESCALA PUNTUACIÓN
5 = EXCELENTE
4 = MUY BUENO
3 = BUENO
2 = REGULAR
1 = MALO

Firma del revisor:



Escanea el código QR para
verificar la autenticidad de la
firma digitalizada por:
FLORENA RAQUEL GAONA
LOPEZ



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 27 abril del 2026

INFORME DOCENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Certificó que, una vez revisado el trabajo de titulación, con el tema: **Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025, elaborado por las siguientes estudiantes:** Muñoz Acosta Nathalia Daleska & Pérez Lozada Nayelli Natividad, del nivel preprofesional de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cumplieron con las actividades que a continuación se detallan:

- **Título:** claro, específico tiene relación con las rotaciones de su práctica preprofesional.
- **Planteamiento del problema:** incluye pertinencia y está delineado en relación a las líneas de investigación de la carrera.
- **Objetivos:** Los objetivos coherentes de acuerdo al problema planteado.
- **Fundamentos conceptuales:** Coherentes con el problema de investigación.
- **Metodología:** estuvo basado en la estructura propuesta por la carrera.
- **Discusión:** realiza una comparación de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación con los publicados por otros autores.
- **Conclusiones y Recomendaciones:** hacen hincapié en la relación de la realidad del problema con la fundamentación conceptual y coherentes con los objetivos planteados.
- **Bibliografía:** cumplió con la norma Vancouver y con el número de libros solicitados.

Por lo anteriormente descrito, se considera **APTO** para pasar al oponente, habiendo cumplido con las 400 horas de entorno estudiantil.

Atentamente

Lic. Olga Muñoz Roca, Msc
TUTORA



**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

Yo, **Muñoz Acosta, Nathalia Daleska**, con C.C: **#0926933250**, autora del trabajo de titulación: **Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** 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, a los 4 días del mes mayo del año 2026



Validez únicamente en Firmadot.
Firmado electrónicamente por:
**NATHALIA DALESKA
MUNOZ ACOSTA**

f. _____

Muñoz Acosta, Nathalia Daleska

CC: 0926933250



**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

Yo, **Pérez Lozada, Nayelli Natividad**, con C.C: **#0955824578**, autora del trabajo de titulación: **Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** 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, a los 4 días del mes mayo del año 2026



Validar únicamente en Firma@E.
firmado electrónicamente por:
**NAYELLI NATIVIDAD
PEREZ LOZADA**

f. _____
Pérez Lozada, Nayelli Natividad

CC: 0955824578

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización clínica de la amenaza de aborto en gestantes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025.		
AUTOR(ES)	Muñoz Acosta, Nathalia Daleska Pérez Lozada, Nayelli Natividad		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Muñoz Roca, Olga Argentina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de mayo de 2026	No. DE PÁGINAS:	83 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud de la mujer, materno infantil, Obstetricia, Complicaciones del embarazo, Factores de riesgo.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Amenaza de Aborto, Antecedentes Patológicos, Caracterización, Clínica, Complicaciones.		
<p>La amenaza de aborto constituye una clínica de suma importancia, que reviste especial significado para todas las mujeres en edad reproductiva. En estas últimas, las vivencias relacionadas con la adaptabilidad a la nueva condición pueden contribuir a que la situación clínica se torne más grave que en las mujeres multíparas, influenciando tanto el curso de la enfermedad como su evolución futura. Objetivo: Caracterizar clínicamente gestantes con amenaza de aborto atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, periodo 2024-2025. Diseño: Descriptivo, cuantitativo, retrospectivo. Población: 132 mujeres. Técnica: Observación Indirecta. Instrumento: Guía de observación indirecta. Resultados: Acorde a la edad de las participantes, el 42.4% se centró entre los 26 a 33 años, sobrepeso (25–29,9 kg/m²) con 50,8%, 8–12 semanas (40,2%). Características clínicas: 98.5% fatiga extrema, 97.7% sangrado vaginal, 96.2% cambios en niveles de B-HcG, 66.7% dolor lumbar. Antecedentes patológicos: 60.6% anemia y 43.2% sobrepeso-obesidad. Complicaciones: parto prematuro afecta al 23,5%. Conclusiones: Existen distintas características clínicas que influyen en la evolución negativa de la amenaza de aborto, como lo son las APP de anemias o alteraciones en el IMC, e incluso, que estén entre edades de los 26 a 33 años que son consideradas edades reproductivas y que el síntoma más común fue el sangrado vaginal y signo la fatiga extrema. Por lo que, se requiere una intervención más exhaustiva en poblaciones que mantenga este perfil para prevenir futuras complicaciones</p>			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0994017498 0963996606	E-mail: nayelli.perez@cu.ucsg.edu.ec Nathalia.munoz01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda Geny Margoth Rivera Salazar Mgs	Teléfono: +593 0993095069	
	E-mail: geny.rivera@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):			