

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

TEMA:

Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023.

AUTORES:

Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia

Morales Guachamin, Pedro Luis

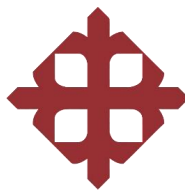
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Heinert Musello, Ana María

Guayaquil, Ecuador

16 de mayo del 2024



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia y Morales Guachamin, Pedro Luis**, como requerimiento para la obtención del título de **médico**.

TUTOR (A)

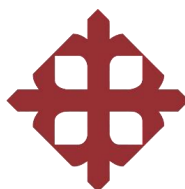
Dra. Heinert Musello, Ana María

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 16 del mes de mayo del año 2024



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

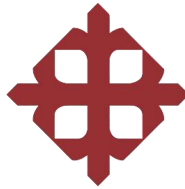
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 del mes de mayo del año 2024

LA AUTORA:

f. Lilibeth Llerena Galarza

Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Morales Guachamin, Pedro Luis**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 16 de mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:

f. _____
Morales Guachamin, Pedro Luis



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 del mes de mayo del año 2024

LA AUTORA:

f. Lilibeth Llerena Galarza

Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Morales Guachamin, Pedro Luis**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:

f. _____

Morales Guachamin, Pedro Luis

REPORTE DE ANTIPLAGIO



TRABAJO FINAL. TESIS

3%
Textos sospechosos



92% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes mencionadas
3% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: trabajo final tesis.docx
ID del documento: 56beeb3a2f83dd50a33cd4e99dec4f60b53a3a93
Tamaño del documento original: 107,05 kB
Autor: Lilibeth Llerena

Depositante: Lilibeth Llerena
Fecha de depósito: 2/5/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 2/5/2024

Número de palabras: 8051
Número de caracteres: 55.612

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	TESIS SEGUNDO BORRADOR LLERENA Y MORALES.docx TESIS SEGUND... El documento proviene de mi biblioteca de referencias 9 fuentes similares	92%		Palabras idénticas: 92% (7402 palabras)
2	TESIS PRIMER BORRADOR LLERENA Y MORALES.docx PREVALENCIA DE ... El documento proviene de mi biblioteca de referencias 6 fuentes similares	55%		Palabras idénticas: 55% (4419 palabras)
3	repositorio.unsch.edu.pe https://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/4023/1/TESIS 0879_Aya.pdf 3 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (289 palabras)
4	revistas.unal.edu.co Factores sociales, demográficos, familiares y económicos rel... https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/34986/ 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)

TUTOR (A)

Dra. Ana María Heinert Musello

AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer a las siguientes personas, sin las cuales no habría podido completar esta investigación y no habría logrado terminar mi carrera.

A mi compañero de tesis, Pedro Morales, quien me ha apoyado y ha tenido que desvelarse conmigo para poder llevar a cabo este trabajo de titulación.

A mi tutora de tesis, Dra. Ana Heinert, cuya perspicacia y conocimiento sobre el tema me guiaron a lo largo de esta investigación y permitió que mis estudios fueran un poco más allá.

A mis colegas futuros médicos, quienes me han apoyado y han tenido que soportar mis tensiones y quejas durante los últimos seis años de estudio.

Y mi más grande agradecimiento a mi familia por todo el apoyo que me han brindado durante esta investigación, la culminación de seis años de aprendizaje en el arte de la medicina. A mi sobrinito, ¡perdón por estar aún más gruñona de lo normal mientras escribía esta tesis! Y a mi gato Louie, gracias por todo tu apoyo, sin el cual habría abandonado estos estudios hace mucho tiempo. ¡Han sido todos increíbles!

Llerena Galarza Lilibeth Hortencia

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mis padres por el acompañamiento, conocimiento y fortaleza que me contribuyó en cada paso de mi carrera universitaria.

Deseo expresar mi gratitud a mi compañera de tesis, Lilibeth Llerena, por acompañarme en este recorrido, por su colaboración, amistad y compañerismo, los cuales han enriquecido notablemente este proceso de investigación.

A mi tutora de tesis, Dra. Ana Heinert, por su orientación experta, paciencia y dedicación, que han sido fundamentales en el desarrollo y éxito de este proyecto.

Finalmente, deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que contribuyeron a mi formación médica. Espero que este trabajo pueda servir como un modesto homenaje a su generosidad y respaldo. ¡Gracias por creer en mí y por ser parte de este importante logro en mi vida!

Morales Guachamin Pedro Luis

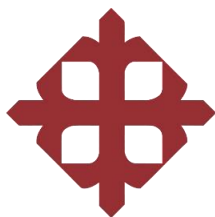
DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi querida y amada madre Adriana Galarza, al igual que mi adorada hermana Angela Endara, familiares y amigos, a todos ustedes, mi eterno agradecimiento. ¡Gracias por creer y no dudar ni un segundo en mí y ser parte de este logro!

Llerena Galarza Lilibeth Hortencia

Este trabajo de investigación está dedicado con profunda gratitud y amor a mis padres Marisol Guachamin y Luis Morales, donde su apoyo y cariño infinito me han servido para terminar esta carrera de sacrificio. ¡Gracias por tanto!

Morales Guachamin Pedro Luis



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

INDICE GENERAL

RESUMEN	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCION	2
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
FORMULACION DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	4
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
JUSTIFICACION	4
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO.....	6
2.1 ABORTO INCOMPLETO.....	6
2.1.1 DEFINICION.....	6
2.1.2 EPIDEMIOLOGIA	6
2.1.3 FIOPATOLOGIA	7
2.1.4 ETIOLOGIA	7
2.1.5 FACTORES DE RIESGO.....	8
2.1.6 CARACTERISTICAS CLINICAS	9
2.1.7 EVALUACION Y DIAGNOSTICO.....	11
2.1.8 TRATAMIENTO.....	11
2.1.9 COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDIAS	12
CAPITULO III.....	13
METODOLOGIA Y ANALISIS DE INVESTIGACION	13
3.1 METODOLOGIA	13
3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	13
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS ...	13
3.4 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	13
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	14
3.5.1 POBLACIÓN.....	14
3.5.2 MUESTRA	14
3.5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	14
3.5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	15
3.6 RESULTADOS.....	17
3.6.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	17
3.6.2 CARACTERISTICAS GINECOOBSTETRICAS	18
3.7 DISCUSIÓN	20
CAPITULO IV.....	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
4.1 CONCLUSIONES	25
4.2 RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27

RESUMEN

Introducción: El aborto incompleto tiene diferentes resultados sobre el futuro de las madres jóvenes, en el que además de la interrupción del embarazo, concebir durante la juventud también supone un mayor riesgo y se correlaciona con resultados adversos del embarazo finalizado. Algunos estudios asocian los embarazos juveniles con hipertensión y resultados del parto con toxemia preecláptica, entre otras complicaciones.

Objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones relacionadas a aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital General Monte Sinaí en el período de tiempo comprendido entre 2020 al 2023.

Metodología: Este fue un estudio descriptivo, de tipo retrospectivo, observacional y transversal realizado en el área de hospitalización del Hospital General Monte Sinaí (HGMS), desde el año 2020 al 2023.

Resultados: entre las variables analizadas se obtuvo de las 94 pacientes estudiadas, el 42.5% presentó algún tipo de complicación gineco-obstétrica, el grupo etario más prevalente fueron adolescente entre 14 y 16 años (61.7%), la mayoría había completado la primaria (70.2%) y tenían estado civil soltera (90.4%), se presentó el aborto entre la semana 9 a 16 (76.6%), la gran mayoría eran primigestas (94.7%) sin antecedentes patológicos (88.3%) donde el tipo de aborto fue predominantemente espontáneo (95.7%), la complicación más frecuentemente registrada fueron las hemorragias posparto (24.5%).

Palabras claves: Aborto incompleto, embarazo en adolescentes, complicaciones

ABSTRACT

Introduction: Incomplete abortion has various implications for the future of young mothers. Besides the pregnancy interruption, conceiving during youth entails higher risks and correlates with adverse outcomes in completed pregnancies. Some studies associate teenage pregnancies with hypertension and childbirth outcomes with preeclampsia, among other complications.

Objective: To determine the prevalence of complications related to incomplete abortion in adolescents aged 11-19 years at the General Hospital Monte Sinai during the period from 2020 to 2023.

Methodology: This was a descriptive, retrospective, observational, and cross-sectional study conducted in the hospitalization area of the General Hospital Monte Sinai (GHMS) from 2020 to 2023.

Results: Among the variables analyzed, it was found that out of the 94 patients studied, 42.5% experienced some type of gynecological-obstetric complication. The most prevalent age group was adolescents between 14 and 16 years old (61.7%), the majority had completed primary education (70.2%), and were single (90.4%). Abortions occurred between weeks 9 to 16 (76.6%), the vast majority were primigravida (94.7%) without pathological antecedents (88.3%), where spontaneous abortion was predominantly recorded (95.7%). The most frequently registered complication was postpartum hemorrhage (24.5%).

Keywords: Incomplete abortion, teenage pregnancy, complications.

INTRODUCCION

La expulsión de un feto del útero antes de su viabilidad se conoce como aborto (alrededor de la semana 20 de gestación). El aborto espontáneo es sinónimo de aborto natural y el aborto inducido es sinónimo de aborto instigado intencionalmente. Aunque se estima que entre el 10% y el 20% de los embarazos terminan en un aborto espontáneo temprano, estas cifras probablemente subestiman la verdadera incidencia de abortos espontáneos. Esto puede atribuirse a que muchos abortos espontáneos ocurren antes del reconocimiento clínico del embarazo y simplemente se confunden con menstruaciones abundantes y retrasadas. Como resultado, la tasa real de aborto espontáneo es del 30%. El proceso de un aborto espontáneo se puede dividir en cuatro etapas: amenazante, inevitable, incompleta y completa. Las cuatro etapas del aborto están interconectadas (1,2).

La pérdida temprana del embarazo puede provocar complicaciones como shock hipovolémico por sangrado profuso y aborto séptico por una infección de espermatozoides u óvulos retenidos. Afortunadamente, estos resultados adversos son poco comunes y sus tasas coinciden con el chirrido médico y quirúrgico anticipado. Como resultado, se prevé que el aborto espontáneo sea notablemente positivo. Por el contrario, en los países de bajos ingresos con acceso limitado a atención obstétrica de primer nivel debido a los determinantes sociales de la salud, las hemorragias y las infecciones provocadas por un aborto espontáneo pueden aumentar la mortalidad materna (1,2).

El embarazo y la maternidad en la adolescencia son una preocupación mundial universal. La OMS estimó que casi 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y alrededor de un millón de menores de 15 años dan a luz cada año. Hoy en día, como la mayoría de los embarazos adolescentes ocurren en países de ingresos bajos y medianos con recursos sanitarios insuficientes, las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son prevalentes y se consideran la segunda causa principal de mortalidad entre las niñas de 15 años. a 19 años, en todo el mundo. Además, se estima que el número de adolescentes que sufren abortos inseguros es de unos tres millones, lo que puede provocar eventos adversos reproductivos consecutivos o incluso la muerte (1,2).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo y la maternidad en la adolescencia son una preocupación mundial universal. La OMS estimó que casi 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y alrededor de un millón de menores de 15 años dan a luz cada año. Hoy en día, como la mayoría de los embarazos adolescentes ocurren en países de ingresos bajos y medianos con recursos sanitarios insuficientes, las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son prevalentes y se consideran la segunda causa principal de mortalidad entre las niñas de 15 años a 19 años, en todo el mundo. Además, se estima que el número de adolescentes que sufren abortos inseguros es de unos tres millones, lo que puede provocar eventos adversos reproductivos consecutivos o incluso la muerte (3,4).

La expulsión de un feto del útero antes de su viabilidad se conoce como aborto (alrededor de la semana 20 de gestación). El aborto espontáneo es sinónimo de aborto natural y el aborto inducido es sinónimo de aborto instigado intencionalmente. Aunque se estima que entre el 10% y el 20% de los embarazos terminan en un aborto espontáneo temprano, estas cifras probablemente subestiman la verdadera incidencia de abortos espontáneos. Esto puede atribuirse a que muchos abortos espontáneos ocurren antes del reconocimiento clínico del embarazo y simplemente se confunden con menstruaciones abundantes y retrasadas. Como resultado, la tasa real de aborto espontáneo es del 30%. El proceso de un aborto espontáneo se puede dividir en cuatro etapas: amenazante, inevitable, incompleta y completa. Las cuatro etapas del aborto están interconectadas (1,5).

El aborto incompleto puede provocar complicaciones como shock hipovolémico por sangrado profuso y aborto séptico por una infección de espermatozoides u óvulos retenidos. Afortunadamente, estos resultados adversos son poco comunes y sus tasas coinciden con el chirrido médico y quirúrgico anticipado. Como resultado, se prevé que el aborto espontáneo sea notablemente positivo. Por el contrario, en los países de bajos ingresos con acceso limitado a atención obstétrica de primer nivel debido a los determinantes sociales de la salud, las hemorragias y las infecciones provocadas por un aborto espontáneo pueden aumentar la mortalidad materna (6,7).

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones maternas inmediatas de un aborto incompleto en adolescentes en adolescentes de 11-19 años en el Hospital General Monte Sinaí en el período de tiempo comprendido entre 2020 al 2023?

OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de complicaciones relacionadas a aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital General Monte Sinaí en el período de tiempo comprendido entre 2020 al 2023

1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los Factores Epidemiológicos en las Adolescentes Hospitalizadas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General Monte Sinaí.
- Identificar los antecedentes Gineco-Obstétricos de las Adolescentes Hospitalizadas en el departamento de Gineco-Obstétricos del Hospital General Monte Sinaí.
- Categorizar las complicaciones que se presentan en un aborto incompleto en las adolescentes Hospitalizadas en el departamento de Gineco-Obstétricos del Hospital General Monte Sinaí.

JUSTIFICACION

Consideramos que el espectro de la interrupción del embarazo como resultado de una concepción no deseada o un evento inoportuno asociado a un aborto espontáneo, a más de ser solo un importante problema de índole gineco-obstétrico, se debe valorar las consecuencias que estos acarrear, con posibilidad de diversos daños a nivel tanto físico ginecológico como las implicaciones que afectan la salud mental entre las adolescentes y las mujeres jóvenes que constituyen la mayor parte en grupos de mujeres que experimentan problemas derivados del aborto inseguro debido a su alto riesgo de embarazos no deseados, al déficit de educación sexual en unidades educativas y la falta de acceso a servicios de aborto seguro.

El aumento cada vez mayor de eventos relacionados a interrupción del embarazo, espontáneo o provocado, indica la necesidad de realizar estudios adecuados para confirmar su seguridad en estos grupos en particular, un evento de esta índole en menores

de edad puede llegar a comprometer la vida en el momento en que se produce el aborto incompleto por complicaciones que van desde los propios de la patología hasta las complicaciones relacionadas a el manejo quirúrgico.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ABORTO INCOMPLETO

2.1.1 DEFINICION

Un aborto incompleto es un subtipo de aborto espontáneo, junto con el aborto inevitable y fallido. Otros tipos de aborto espontáneo son la amenaza de aborto y el aborto completo. El aborto incompleto se describe como la pérdida parcial de productos de la concepción dentro de las primeras 20 semanas de embarazo (8). Los productos retenidos pueden ser parte del feto, la placenta, o las membranas. Se caracteriza por cuadro de dolor cólico hipogástrico intenso, metrorragia abundante, modificaciones cervicales (cuello permeable) incluso con palpación de restos ovulares en el canal cervical y con altura uterina levemente menor de la que corresponde a la edad gestacional. La ecografía transvaginal muestra restos en la cavidad endometrial (grosor endometrial ≥ 15 mm). Se produce con mayor frecuencia en abortos mayor a 10 semanas. En contraste, el aborto completo es un sangrado vaginal con el orificio cervical abierto o cerrado con pérdida completa de los productos de la concepción (9).

La incidencia general de aborto espontáneo es del 10% al 15%. Se divide en temprano, <12 semanas, y tardío, >13 semanas. Las causas del aborto generalmente se desconocen, pero lo más común es que se atribuyan a anomalías cromosómicas fetales y el resto a etiologías y factores de riesgo modificables (9).

2.1.2 EPIDEMIOLOGIA

Los abortos incompletos ocurren en mujeres con menos de 20 semanas de embarazo. Ocurren con mayor frecuencia en mujeres con edad materna avanzada y mujeres con un nivel socioeconómico más bajo o que tienen conductas de riesgo. Los factores de riesgo y la población de pacientes más comúnmente afectados imitan los del aborto espontáneo. Las mujeres de países del tercer mundo o aquellas que viven en áreas con escaso acceso a la atención médica también corren un mayor riesgo de sufrir abortos incompletos después de un aborto inducido médica o quirúrgicamente (7,10).

Las mujeres a las que se les ha diagnosticado molas hidatidiformes, generalmente entre 15 y 20 años, tienen un 13% de posibilidades de sufrir un aborto incompleto. No existen datos estadísticos a nivel mundial debido a la legalización del aborto en muchos países y al subregistro de casos en países del tercer mundo (9).

2.1.3 FIOPATOLOGIA

Fisiopatológicamente el aborto incompleto se manifiesta días después de la muerte del embrión o de algún desprendimiento placentario si la madre no tiene los respectivos cuidados durante el primer trimestre de embarazo, si la madre adolescente presenta algún factor de riesgo como infecciones de transmisión sexual o alguna enfermedad crónica es propensa a sufrir de aborto, si se llegara a manifestar un aborto incompleto se presenta por la hemorragia basal, los cambios necróticos, infiltración leucocitaria, desprendimiento parcial o total de las paredes uterinas, contracciones uterinas más fuertes cada 5 minutos dilatación del cuello uterino y la expulsión total o parcial del feto (8,11,12).

Debido a la edad materna, si es adolescente hay más riesgo de padecer de aborto incompleto por la expulsión tardía de los residuos uterinos antes de que se manifieste alguna intervención terapéutica (8,11,12).

2.1.4 ETIOLOGIA

En general, los abortos incompletos no son prevenibles, en los cuales el 50% de los casos son por anomalías cromosómicas. Otros casos se deben a etiologías modificables y factores de riesgo como la edad, enfermedades maternas (diabetes, hipertensión, enfermedades renales, problemas de tiroides, síndrome de ovario poliquístico, lupus, trombofilia), sobrepeso o bajo peso, útero anormal, exposición a teratógenos (medicamentos, alcohol, cafeína, radiación) e infecciones (virus de inmunodeficiencia humana, infecciones de transmisión sexual, *Listeria monocytogenes*). En consecuencia, algunas de las etiologías o factores de riesgo modificables pueden dar lugar a anomalías congénitas, que pueden provocar un aborto incompleto (6,13,14).

Otros casos menos conocidos y reportados provienen de abortos médicos electivos o ilegales previos, atención prenatal deficiente o nula y traumatismos pélvicos o abdominales inferiores. Se reportan casos más altos en países del tercer mundo donde el aborto es frecuente y en mujeres que viven en áreas donde el aborto electivo es ilegal, y en aquellas con escaso acceso a la atención médica (6,13,14).

Cuadro 1. Causas de aborto espontaneo

Causas de aborto (14)	
Etiología	%
Anomalías genéticas	50-60
Anomalías endocrinas	10-15
Separación corio-amniótica	5-10
Incompetencia cervical	8-15
Infecciones	3-5
Placentación anormal	5-15
Anormalidades inmunológicas	3-5
Alteraciones anatómicas uterinas	1-3
Desconocidas	<5

2.1.5 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo más comúnmente identificados entre mujeres que han experimentado aborto espontáneo son la edad materna avanzada y un aborto previo. La frecuencia de aborto clínicamente reconocido en las mujeres de 20 a 30 años es del 9 al 17%, y la tasa aumenta drásticamente al 20% a los 35 años, 40% a los 40 años y 80% a los 45 años (8,12,15).

Cuadro 2. Factores de riesgo de aborto espontaneo

Factores de riesgo de aborto espontáneo (15)
o Edad materna avanzada
o Aborto espontáneo anterior
o Consumo de alcohol
o Uso de gas anestésico (ej. óxido nitroso)
o Consumo excesivo de cafeína
o Enfermedades crónicas maternas: diabetes mal controlada, enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes (particularmente SAF)
o Tabaquismo
o Consumo de cocaína
o Concepción luego de 3-6 meses después de un parto

o Embarazo con DIU
o Infecciones maternas: vaginosis bacteriana, micoplasmosis, virus herpes simple, toxoplasmosis, listeriosis, Clamidia, VIH, sífilis, parvovirus B19, malaria, gonorrea, rubéola, Citomegalovirus
o Medicamentos: Misoprostol, retinoides, Metotrexato, AINES
o Múltiples abortos electivos previos
o Toxinas: arsénico, plomo, etilenglicol, disulfuro de carbono, metales pesados, solventes orgánicos
o Anomalías uterinas: anomalías congénitas, adherencias, leiomioma submucoso

La probabilidad de aborto depende también del número de abortos e hijos previos. Así, la probabilidad de tener un aborto en mujeres sin historia previa de embarazo es de 12%, pero el riesgo va aumentando a medida que aumenta el número de abortos. Después de 3 abortos (aborto recurrente) existe un quiebre en la curva que implica que esa tasa de aborto sea probablemente por alguna alteración orgánica más que por una causa idiopática (8,12,15).

2.1.6 CARACTERISTICAS CLINICAS

Las pacientes pueden esperar sangrado vaginal, dolor abdominal y otros síntomas (p. ej., náuseas, vómitos, fiebre) después de un aborto en el primer trimestre; Si bien son molestos, estos síntomas suelen desaparecer por sí solos, pero pueden ser más graves a medida que aumenta la duración de la gestación. Hay una variedad de presentaciones clínicas como (8,11,16):

- **Sangrado y cólicos no complicados**

El sangrado y los cólicos no complicados, los síntomas más comunes de las personas con pérdida del embarazo, implican que la paciente está hemodinámicamente estable, con bajo riesgo de volverse hemodinámicamente inestable según el volumen de sangrado y sin evidencia de infección. Los síntomas adicionales de la pérdida del embarazo sin complicaciones también pueden incluir una pérdida o reducción de los síntomas del embarazo, como disminución de la sensibilidad en los senos y/o náuseas y vómitos. Si bien el sangrado en el primer trimestre del embarazo es bastante común, no todas las personas con sangrado y/o cólicos en el primer trimestre experimentarán la pérdida del

embarazo; Se deben excluir otras causas de estos síntomas, como el embarazo ectópico (17,18).

Sangrado: el sangrado durante el embarazo es común. El volumen de sangrado vaginal con pérdida del embarazo varía considerablemente, particularmente según la edad gestacional, y las pacientes a menudo informan que expulsan coágulos o tejido. Generalmente, ni el volumen de sangrado ni el paso de tejido autoinformado son suficientes para confirmar la pérdida del embarazo sin una evaluación adicional, que generalmente incluye una ecografía pélvica (17,18).

Se debe determinar la cantidad de sangrado y evaluar si hay sangrado continuo, así como si se ha eliminado tejido o coágulo. Saturar más de una toalla sanitaria por hora sugiere un sangrado abundante y requiere atención de urgencia. Una gran cantidad de coágulos de sangre también es indicativa de sangrado abundante (17,18).

Calambres y/o dolor: el dolor que se produce con la pérdida del embarazo suele ser de naturaleza cólico y puede ser de leve a intenso, especialmente durante el paso del tejido gestacional. El dolor puede ser constante o intermitente y suele estar asociado con sangrado vaginal. Las opciones para el manejo del dolor para personas que experimentan una pérdida del embarazo se analizan en el manejo expectante (17,18).

Un aborto incompleto generalmente se presenta con sangrado vaginal de moderado a severo y frecuentemente se acompaña de dolor abdominal bajo y/o pélvico suprapúbico, que puede irradiarse a la parte baja de la espalda, las nalgas, los genitales y el perineo (17,18).

- **Complicado (hemorragia y/o infección):**

Las complicaciones más comunes asociadas con la pérdida del embarazo son la hemorragia y la infección, que pueden ser graves y, en ocasiones, requieren una intervención de emergencia. El riesgo de ambos generalmente aumenta con el aumento de la edad gestacional de pérdida más allá de las 13 semanas de gestación (17,18).

Hemorragia: si bien el sangrado vaginal es común en pacientes con pérdida del embarazo, la aparición de una hemorragia grave puede requerir una transfusión y una evacuación quirúrgica. Las personas con hemorragia grave suelen presentar sangrado vaginal abundante combinado con signos vitales ortostáticos, anemia y/o taquicardia. El

riesgo general de hemorragia grave que requiera hospitalización es bajo, aproximadamente el 1% (17,18).

Infección: los signos y síntomas de infección incluyen dolor abdominal o pélvico, sensibilidad uterina, secreción purulenta y/o signos sistémicos de infección, como fiebre, taquicardia o hipotensión. La incidencia de infección intrauterina con pérdida del embarazo aumenta a medida que aumenta la edad gestacional; es aproximadamente del 15% en las primeras 12 semanas, luego hasta el 66% para pérdidas entre las 12 y 24 semanas, particularmente para aquellas en quienes ha habido un largo retraso entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico de pérdida del embarazo o entre el diagnóstico de pérdida del embarazo y expulsión del embarazo. La infección intrauterina puede ocurrir espontáneamente o después de intervenciones médicas o quirúrgicas. Aunque la infección puede ser asintomática y no diagnosticarse fuera del entorno del estudio, las pacientes diagnosticadas con infección clínicamente sintomática no son candidatas para un tratamiento expectante o médico de la pérdida del embarazo. Las personas con infección grave que conduce a inestabilidad hemodinámica tienen un aborto séptico y requieren evaluación y tratamiento de emergencia (17,18).

2.1.7 EVALUACION Y DIAGNOSTICO

El método ideal para diagnosticar un aborto incompleto es obtener un nivel cuantitativo de gonadotropina coriónica humana (hCG) y una ecografía transvaginal o transabdominal. La ecografía generalmente revelará la presencia de algunos productos de la concepción en el útero. Los niveles de hCG serán bajos y no habrá latidos del corazón fetal. Un examen bimanual generalmente revelará un útero grande pero blando. Otros laboratorios incluyen un hemograma completo, tipo y compatibilidad cruzada, factor Rh y perfil de coagulación (1,19).

2.1.8 TRATAMIENTO

Los abortos incompletos suelen tratarse de manera expectante con seguimiento obstétrico frecuente y niveles cuantitativos seriados de beta-hCG. La mayoría de estas mujeres expulsarán los fragmentos de la concepción por sí solas sin necesidad de tratamiento médico o quirúrgico adicional. Sin embargo, en algunos casos, es posible que se requiera hidratación intravenosa y analgésicos. Si el sangrado es intenso, es posible que sea necesario realizar transfusiones de sangre. Los pacientes deben ser ingresados por pérdida de sangre continua y monitoreados para detectar shock y posible evacuación quirúrgica (19–21).

En pacientes con fragmentos de concepción en el orificio cervical, un médico puede extraer los fragmentos con fórceps para ayudar a iniciar el proceso de hemostasia, facilitar las contracciones uterinas y disminuir la estimulación vagal. Esto evitará el shock cervical (19–21).

Es importante recordar que las mujeres Rh negativas requieren RhoGAM. Algunos obstetras manejan médicamente los abortos incompletos con oxitocina para ayudar a controlar el sangrado y misoprostol para ayudar al útero a contraerse y completar el proceso del aborto. El tratamiento quirúrgico con dilatación y legrado es otra modalidad de tratamiento que puede utilizarse, pero normalmente se reserva para pacientes inestables (19–21).

2.1.9 COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDIAS

Las complicaciones incluyen hemorragia grave o sepsis por un aborto séptico incompleto. El tratamiento quirúrgico inmediato está indicado cuando el paciente está inestable. También es importante descartar un embarazo ectópico, que se presenta con sangrado vaginal y dolor abdominal bajo y/o pélvico. Hay varias otras complicaciones que pueden surgir después del tratamiento del aborto incompleto, incluyendo muerte, rotura uterina, perforación uterina, histerectomía posterior, insuficiencia orgánica multisistémica, infección pélvica, daño cervical, vómitos, diarrea, infertilidad y/o efectos psicológicos (1,6,8,22,23).

Los pacientes pueden presentar diferentes formas de shock, incluidos hemorrágico, séptico y cervical. La infección después de un aborto incompleto es baja. En los países de bajos ingresos donde las mujeres recibieron tratamiento quirúrgico del aborto incompleto, la tasa de infección fue del 0,1% al 4,7%, mientras que en los países de altos ingresos fue solo del 0,1% al 0,5%. La infección es secundaria a la retención de productos de la concepción y puede ser el resultado de diversas bacterias, siendo la más común la flora genital (estreptococo del grupo B, B. fragilis y E. coli) (1,6,8,22,23).

CAPITULO III

METODOLOGIA Y ANALISIS DE INVESTIGACION

3.1 METODOLOGIA

La investigación realizada es observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Tuvo lugar en el Hospital General Monte Sinaí (HGMS), localizado en Guayaquil, Guayas. El HGMS es un centro de especialidades de segundo nivel de referencia a nivel nacional.

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Este estudio de investigación se clasifica como descriptivo y observacional, con un enfoque retrospectivo y transversal. Se etiqueta como "observacional" ya que no involucra ninguna intervención en las variables bajo análisis. Es "retrospectivo" porque la información se recopiló a partir de historias clínicas de pacientes adolescentes de 11 a 19 años con aborto incompleto tratadas en el Hospital General Monte Sinaí durante el período 2020-2023. Además, se considera "transversal y descriptivo" porque las variables/factores asociados a complicaciones en pacientes adolescentes con aborto incompleto fueron medidas solo una vez.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para lograr el acceso a los datos contemplados en las historias clínicas se redactó la solicitud dirigida al área de docencia del Hospital General Monte Sinaí para la obtención de la base de datos correspondiente a las pacientes adolescentes de 11 a 19 años con aborto incompleto atendidos durante el periodo 2020-2023, posterior a este paso se revisó de manera individual y detallada cada una de las historias clínicas que fueron recolectadas a partir del programa institucional "Oracle" usado en el hospital, consecutivamente se aplicaron nuestros criterios de inclusión y exclusión para recolectar la información necesaria para las variables que fueron: grupo etario, grado de instrucción, estado civil, semanas de gestación, gravidez, tipo de aborto, antecedentes patológicos, complicaciones.

3.4 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

La información recopilada de manera sistemática y organizada se ingresó en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, versión 2305. Luego, se realizaron selecciones de datos que cumplieran con los criterios de inclusión y se llevaron a cabo análisis utilizando

el software estadístico SPSS Statistics 26.0. En este proceso, se generaron tablas de acuerdo con los objetivos de la investigación. Se llevó a cabo un análisis detallado de las frecuencias y porcentajes para todas las variables pertinentes.

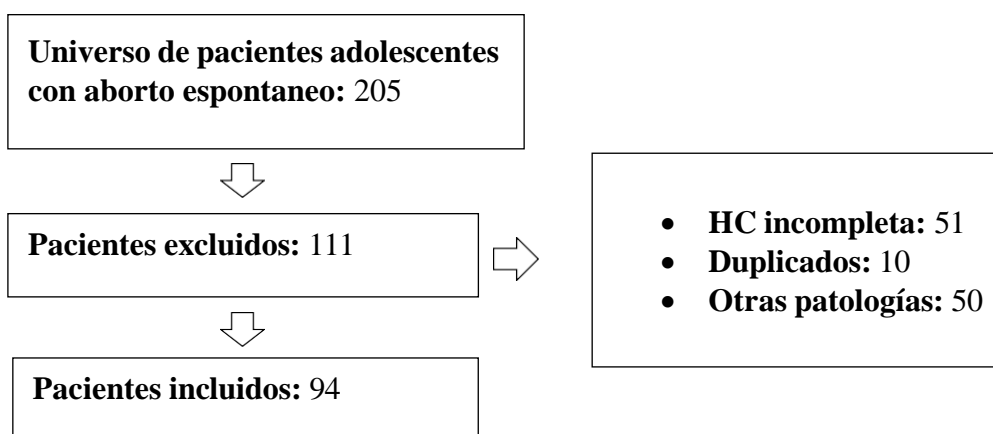
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 POBLACIÓN

Durante el período comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2023, se examinaron los registros de pacientes adolescentes entre 11 a 19 años atendidos por aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí. Se identificaron un total de 205 pacientes que recibieron diagnósticos de ingreso relacionados con aborto, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), que incluyen los códigos O060, O061, O062, O063, O064, O081, O088, O089, O420, O421, O470, Z351, Z356.

3.5.2 MUESTRA

No se requirió el uso de técnicas de muestreo ya que la población de estudio se definió mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión. Esto resultó en un total de 94 pacientes con aborto incompleto, con los cuales se llevó a cabo la investigación. Dado el tamaño limitado de la población, no fue factible utilizar una muestra obtenida a través de cálculos estadísticos.



Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

3.5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes en un rango de edad entre los 11 y 19 años.
- Pacientes con diagnóstico por CIE-10 de aborto incompleto.
- Pacientes con complicaciones reportadas asociadas al aborto incompleto
- Pacientes con diagnóstico CIE-10 de O060, O061, O062, O063, O064, O081, O088, O089, O420, O421, O470, Z351, Z356.

Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínica incompleta

3.5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro. Variables del estudio

NOMBRE VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN			
GRUPO ETARIO	Grupo etario	Cuantitativa Ordinal Politómica	Adolescencia temprana: 11 - 13 años. Adolescencia media: 14 - 16 años. Adolescencia tardía: 17 - 19 años.
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel escolaridad presentan pacientes de que las	Categoría Ordinal Politómica	Sin instrucción Primaria completa Secundaria completa
ESTADO CIVIL	Estado civil	Categoría Nominal Politómica	Soltera Casada Unión libre Separada Divorciada Viuda
VARIABLES GINECOOBSTETRICAS			
SEMANAS DE GESTACION	Estado del embarazo	Cuantitativa Ordinal	1-8 semanas 9-16 semanas

		Politémica	17-22 semanas
GRAVIDEZ	Número de veces que una mujer está o ha estado embarazada	Catégorica Ordinal Politémica	Primigesta Secundigesta Multigesta
TIPO DE ABORTO	Clasificación del aborto según su origen	Catégorica Nominal Dicotémica	Espontáneo Inducido
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Lectura de frecuencia respiratoria al ingreso del paciente	Catégorica Nominal Politémica	Sin antecedentes patológicos Hipertensión arterial Diabetes mellitus Abuso de sustancias Abortos anteriores
VARIABLE DE INTERES			
COMPLICACIONES	Complicaciones del aborto incompleto	Catégorica Nominal Politémica	Sin complicaciones Hemorragia postparto Shock hipovolémico Sepsis

3.6 RESULTADOS

3.6.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Tabla 1.- Distribución de la edad en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por complicaciones relacionadas al aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	Adolescencia temprana: 11 a 13 años	11	11,7%
	Adolescencia media: 14 a 16 años	58	61,7%
	Adolescencia tardía: 17 a 19 años	25	26,6%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 1, se analiza la distribución del grupo etario, se aprecia que del 100% (94) de las pacientes adolescentes que fueron atendidas por aborto incompleto, el grupo etario más frecuentemente registrado fueron adolescentes entre 14-16 años con el 61,7% (58), seguido de las adolescentes de 17-19 con el 26,6% (25), finalmente el grupo entre 11-13 años con el 11,7% (11).

Tabla 2.- Presencia de grado de instrucción (escolaridad) en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por complicaciones relacionadas al aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCION			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado de instrucción	Sin instrucción	18	19,1%
	Primaria completa	66	70,2%
	Secundaria completa	10	10,6%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 2, se analiza el grado de instrucción/escolaridad en pacientes atendidas por aborto incompleto, se observó que el 70,2% (66) habían completado la primaria, seguido del 19,1% (18) sin instrucción escolar, finalmente un 10,6% (10) habían completado la secundaria.

Tabla 3.- Distribución del estado civil en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por complicaciones relacionadas al aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023

TABLA DE DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado civil	Soltera	85	90,4
	Unión libre	9	9,6
	Casada	0	0%
	Separada	0	0%
	Divorciada	0	0%
	Viuda	0	0%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 3, se evaluó la distribución del estado civil en pacientes adolescentes atendidas por aborto incompleto, los resultados obtenidos mediante frecuencia y porcentaje nos muestran que el grupo de pacientes con estado civil soltera fue el predominante con 90,4% (85), seguido del estado civil unión libre con 9,6% (9).

3.6.2 CARACTERISTICAS GINECOOBSTETRICAS

Tabla 4.- Distribución de la duración de la gestación (semanas) en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por complicaciones relacionadas al aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEMANAS DE GESTACION			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Semanas de gestación	1 a 8 semanas	20	21,3%
	9 a 16 semanas	72	76,6%
	17 a 22 semanas	2	2,1%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 4, se evaluó la distribución de la duración de la gestación en semanas en pacientes adolescentes atendidas por aborto incompleto, la revisión de datos muestra que el 76,6% (72) de los abortos fue entre las 9-16 semanas de gestación, seguidas por 21,3% (20) entre las 1-8 semanas de gestación, finalmente el 2,1% (2) de los abortos fue entre las 17-22 semanas de gestación.

Tabla 5.- Distribución según la gravidez en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por complicaciones relacionadas al aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRAVIDEZ			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gravidez	Primigesta	89	94,7%
	Secundigesta	4	4,3%
	Multigesta	1	1,1%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 5, se analiza la distribución según la gravidez en pacientes adolescentes atendidas por aborto incompleto, de los expedientes revisados, el 94,7% (89) corresponde a pacientes primigestas, el 4,3% (4) Secundigesta y solo el 1,1% (1) era multigesta.

Tabla 6.- Prevalencia del tipo de aborto en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por complicaciones relacionadas al aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ABORTO			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tipo de aborto	Espontaneo	90	95,7%
	Inducido	4	4,3%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 6, se analiza la prevalencia del tipo de aborto en pacientes adolescentes atendidas por aborto incompleto donde el 95,7% (90) correspondieron a abortos espontáneos y el 4,3% (4) a abortos inducidos.

Tabla 7.- Presencia de comorbilidades en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por complicaciones relacionadas al aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023.

TABLA DE DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE COMORBILIDADES			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comorbilidades	Sin antecedentes patológicos	83	88,3%
	Hipertensión arterial	4	4,3%

	Diabetes mellitus	2	2,1%
	Abuso de sustancias	1	1,1%
	Abortos anteriores	4	4,3%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 7, se evaluó la presencia de comorbilidades en pacientes adolescentes atendidas por aborto incompleto, donde el 88,3% (83) del total no presentaron antecedentes patológicos personales, seguido en frecuencia por la hipertensión arterial y abortos anteriores con el 4,3% (4) respectivamente, diabetes mellitus con el 2,1% (2) y finalmente abuso de sustancias 1,1% (1).

Tabla 8.- Prevalencia de complicaciones en pacientes adolescentes de 11-19 años atendidas por aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2020-2023.

TABLA DE PREVALENCIA DE COMPLICACIONES			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Complicaciones	Sin complicaciones	55	58.5%
	Hemorragia postparto	23	24.5%
	Shock hipovolémico	4	4.2%
	Sepsis	12	12.8%
	Total	94	100,0%

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 8, se valoró la prevalencia de complicaciones en pacientes adolescentes atendidas por aborto incompleto, donde se observó que el 58,5% (55) del total de pacientes no presento ninguna complicación luego del aborto incompleto. Por otro lado, dentro de las complicaciones se observó que la más frecuente fue la hemorragia posparto con el 24,5% (23), seguida de la sepsis 12,8% (12) y finalmente el shock hipovolémico 4,2% (4).

3.7 DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo de investigación fue determinar la prevalencia de las complicaciones gineco-obstétricas por aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinaí en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023. Se revisaron las historias clínicas de 94 pacientes con aborto incompleto, de los cuales 39 (42.5%) presento algún tipo de complicación gineco-obstétrica. Este hallazgo es casi consistente con el estudio realizado por Madziyire (24) donde el 40% de las pacientes

tuvieron complicaciones por aborto incompleto que fueron clasificadas entre moderadas y severas. Identificamos varias características que están asociadas a un aumento en la frecuencia y presentación de las complicaciones por aborto incompleto como embarazo en adolescencia temprana, sin instrucción educativa, estado civil soltera, multiparidad y una edad gestacional tardía.

Dentro de las variables analizadas en nuestro estudio estuvo el grupo etario, donde se evidencio que la población de adolescencia media (14-16 años) fue el más frecuente con 58 pacientes (61,7%) del total y a su vez registro la mayor tasa de complicaciones. Por otro lado, en el estudio realizado por Acho en un estudio nacional en el Perú (25), la edad promedio registrada correspondió a adolescencia tardía donde se reporta un promedio de 17,4 años. Sin embargo, según Gómez Mercado (26), en países como Cuba, donde el aborto es legal hay un mayor porcentaje de abortos registrados en adolescentes entre 14 y 15 años, lo cual representa un 46% de los casos.

En relación con el grado de instrucción, nuestros resultados demuestran que la mayor proporción de adolescentes con abortos habían completado la primaria correspondió a 66 pacientes (70,2%) seguido del 19,1% sin instrucción escolar. Nuestros hallazgos concuerdan con lo publicado por Gomez Mercado (26) donde reporta que el 60% de mujeres tenían estudios secundarios incompletos, 31.3% estudios superiores, el 2.7% era analfabeta. El nivel de instrucción tiene una relación directamente proporcional con el acceso a la información y orientación acerca de la planificación familiar y la salud reproductiva, en tal sentido, las adolescentes que tienen estudios del nivel superior y que quieren abortar, acuden con mayor frecuencia a profesionales para cortar su embarazo; pero, a pesar de ello, aún un grupo significativo de ellas sufren de complicaciones (27). En tanto que la mayor frecuencia de abortos fue en mujeres que tuvieron estudios de primaria y sin instrucción escolar, quienes generalmente acuden a personas empíricas o al uso tradicional de abortivos.

En cuanto al estado civil, nuestros resultados permiten afirmar que la mayor proporción de adolescentes con aborto incompleto estuvo integrada por el estado civil soltera con 85 pacientes (90,4%). De igual manera, el estudio realizado por Espinoza (28), en Colombia, en el análisis de los registros de promoción y prevención del hospital La Candelaria, los factores que incidieron en el incremento de casos de abortos en las adolescentes, reportó que, de 73 mujeres con diagnóstico de aborto, el 31,5% eran solteras, así mismo este estudio señalo una asociación estadística, es decir, que el aborto en adolescentes está

influenciado por el estado civil. Según nuestro estudio, se observa que la misma condición de ser soltera, hace que las adolescentes no planeen quedar embarazadas, a menudo cuando sucede sienten miedo y decepción ya que generalmente no cuentan con el apoyo de sus parejas por ser jóvenes y no estar aptos para enfrentar responsabilidades de ser padres. En este sentido, estas adolescentes se encuentran con más probabilidad de tener un embarazo no deseado y, por consiguiente, recurren con mayor frecuencia al aborto inducido o llevan un mal control del embarazo resultando con aborto incompleto y complicaciones asociadas al mismo.

Ahora bien, en nuestro estudio se analizó la duración de la gestación en semanas al momento de la atención por aborto incompleto, la mayor proporción de los abortos se produjeron entre las 9 y 16 semanas con 72 pacientes (76,6%). Esto concuerda con la literatura (1,4) donde la mayoría de los abortos espontáneos ocurren temprano, con un 80 % en las primeras 12 semanas y el 20 % restante entre las semanas 12 y 22. También se analizó la relación de las complicaciones asociadas al aborto incompleto y las semanas de gestación; donde las hemorragias postparto fueron la complicación mas frecuente en las primeras semanas de gestación, la sepsis que fue la segunda complicación mas frecuente a partir de la semana 17. En el estudio de Gonzales (25), se encontró que las complicaciones mas graves como shock hipovolémico o sepsis se presentan cuando el aborto ocurre en embarazos más avanzados.

Se encontró que, en cuanto al antecedente de gestaciones/gravidez, las primigestas correspondieron al 94,7% que fueron atendidas por aborto incompleto. Hallazgos similares se encuentran en el estudio de Niinimäki (7), donde de las 346 pacientes adolescentes que incluyeron en su estudio el 46% correspondía a primigestas, también destacaron que hubo mayor riesgo de eventos adversos especialmente hemorragia entre este grupo de mujeres. De manera similar, en el estudio realizado por Avilez (29), en Ecuador con primigestas adolescentes se concluyó que el 43% de pacientes presentaba al menos un factor de riesgo de presentar complicaciones después del aborto, entre ella el bajo peso, la falta de acceso a información, la edad, entre otros.

En cuanto a la variable de tipo de aborto, nuestro estudio reportó que 90 (95,7%) pacientes atendidas por aborto incompleto correspondieron a abortos espontáneos. Así mismo, en el estudio realizado por Fusco (30), se halló que el 68.6% fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico. Los abortos espontáneos se presentaron en adolescentes de 14 a 17 años (81.4%), solteras (85.7%),

proceden de la zona urbanomarginal (40.0%) y urbana (38.6%), secundaria (77.1%), con antecedente de aborto (14.3%), primigesta (76.8%), entre 10 a 20 semanas de gestación (68.6%).

Otro de los factores estudiados, es la presencia de comorbilidades asociados a pacientes con aborto incompleto, donde 83 (88,3%) de pacientes no tuvieron antecedentes, seguido de la hipertensión arterial (4,3%) y la presencia de abortos anteriores (4,3%). En la literatura (31) se destaca que, en la mayoría de los casos, la madre presenta pubertad precoz. El pronóstico generalmente es malo en estas pacientes y se consideran embarazos de alto riesgo, debido a que se presenta un incremento franco en la incidencia de patologías relacionadas al embarazo como son la hipertensión inducida por el embarazo, trabajo de parto pretérmino y abortos espontáneos.

Por último, al analizar las complicaciones presentes en las adolescentes atendidas por aborto incompleto, se obtuvo que el evento adverso mas frecuente fue la hemorragia posparto con 23 (24,5%) pacientes, seguida de la sepsis con 12 (12,8%) pacientes, y shock hipovolémico con 4 (4,2%) pacientes. En la investigación realizada por Gonzales (25), la anemia aguda por perdida sanguínea represento la mayor complicación donde se reportaron 63,8%, seguida de las infecciones como enfermedad inflamatoria pélvica con el 12% y las infecciones urinarias 20% que ocasionaban aumento de hospitalización de estas pacientes. Así mismo, diversas investigaciones han abordado esta problemática, al respecto, dentro de las principales complicaciones asociadas al aborto incompleto en mujeres durante la adolescencia se encuentran las alteraciones en cuanto a la calidad de vida, esterilidad, muerte, discapacidad. Además, el estudio de Guamán (6), determinó otras complicaciones como hipertermia, secreciones vaginales fétidas y hemorragia.

Fortalezas del estudio

Se llevó a cabo una investigación en el Hospital General Monte Sinaí, un centro de especialidades de segundo nivel reconocido a nivel nacional por su amplia gama de casos médicos. Se examinaron diversos factores, incluidos los sociodemográficos y los relacionados con la patología, que podrían estar vinculados a las complicaciones en pacientes adolescentes que recibieron tratamiento por aborto incompleto. Se recopilaron los datos de manera meticulosa y sistemática, utilizando un método sencillo. Además, toda la información fue extraída y verificada a partir de los registros médicos.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones identificadas en el estudio se encuentra la falta de estandarización de los datos en el ámbito de Gineco-obstetricia, lo que resultó en la exclusión de varios casos potenciales. Además, se observó una considerable cantidad de datos faltantes en las historias clínicas de las pacientes, lo que impidió disponer de información completa y requirió la exclusión de esas pacientes del análisis. Además, los datos basados en registros carecían de detalles precisos, ya que los diagnósticos se realizaron principalmente sobre la base de información clínica, lo que podría haber afectado la precisión en la evaluación de la gravedad de los eventos adversos. Otra limitación importante es la incapacidad para establecer conclusiones sólidas sobre la relación estadística entre los factores estudiados y las complicaciones del aborto incompleto en las adolescentes, más allá de la caracterización de la población.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y considerando los objetivos planteados llegamos a las siguientes conclusiones:

- En el periodo comprendido entre el 2020-2023 se atendieron un total de 94 pacientes con aborto incompleto en el Hospital General Monte Sinaí, donde se reportó que el 42.5% presento algún tipo de complicación gineco-obstétrica.
- El factor epidemiológico como la edad, se evidencio que el grupo etario mas prevalente fueron adolescente entre 14 y 16 años.
- Los factores sociodemográficos; nivel de escolarización y estado civil. El grupo de adolescentes que había completado la primaria en cuanto a escolaridad y tenían estado civil soltera fue el más frecuentemente registrado entre las pacientes atendidas por aborto incompleto.
- Entre los factores clínicos; semanas de gestación, gravidez, tipo de aborto, presencia de comorbilidades y complicaciones. Se hallo que las pacientes atendidas por aborto incompleto se presento repetidamente entre la semana 9 a 16; la gran mayoría eran primigestas sin antecedentes patológicos donde el tipo de aborto fue predominantemente espontaneo. Finalmente, la complicación más frecuentemente registrada fueron las hemorragias posparto.

4.2 RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el tema abordado en este estudio reciba mayor atención por parte del personal sanitario, y se anima a llevar a cabo futuras investigaciones prospectivas que examinen la asociación directa entre factores sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos con las complicaciones y posiblemente la mortalidad después de un aborto incompleto. Además, se alienta a explorar medidas terapéuticas que puedan mejorar el pronóstico de estos pacientes.
- En términos generales, se alienta a completar de manera exhaustiva las historias clínicas, incluyendo todos los parámetros sociodemográficos, etiológicos y clínicos relevantes conocidos según la literatura disponible, específicamente en el contexto de las pacientes adolescentes con aborto incompleto.

- Se propone que este estudio sirva de base para la realización de otros similares que incluyan una población más amplia y un período de estudio más extenso, ya que nuestras investigaciones se vieron limitadas en este aspecto.

REFERENCIAS

1. Abortion Complications: Background, Pathophysiology, Etiology. 17 de marzo de 2022 [citado 8 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/795001-overview?form=fpf#a5>
2. Wellisch L, Chor J. Adolescent Girls and Abortion. *Pediatric Annals*. septiembre de 2015;44(9):384-92.
3. Adolescent pregnancy [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Arizona State University [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Adolescent childbirth, miscarriage, and abortion: associations with changes in alcohol, marijuana, and cigarette use. Disponible en: <https://asu.elsevierpure.com/en/publications/adolescent-childbirth-miscarriage-and-abortion-associations-with-/fingerprints/>
5. Eboigbe E, Gadama L, Filippi V, Mehrtash H, Adu-Bonsaffoh K, Bello FA, et al. Adolescents' satisfaction with care for abortion-related complications in 11 Sub-Saharan African countries: A cross-sectional facility-based study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022;156(S1):63-70.
6. Guamán VEG, Heredia FRC, Webster APA, Campoverde CEL. Complicaciones y factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adolescentes. *Braz J Hea Rev*. 1 de febrero de 2023;6(1):2790-803.
7. Niinimäki M, Suhonen S, Mentula M, Hemminki E, Heikinheimo O, Gissler M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*. 19 de abril de 2011;342:d2111.
8. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
9. Pérez S, Molina N. Incidencia del aborto incompleto [Internet]. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.; 2009 [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://ddhh.bdigital.uncu.edu.ar/8041>
10. García M, Armijos Acurio ML, Sotomayor RJ, Sanchez X, Guijarro S. Analysis of births, abortions and maternal mortality in adolescents in Ecuador from 2013 to 2016. *Int J Pediatr Adolesc Med*. marzo de 2022;9(1):7-10.
11. MPH dr FA. Incomplete abortion: Spontaneous Termination of Pregnancy Before the 20th Week [Internet]. *Bocah Indonesia*. 2023 [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://bocahindonesia.com/en/climacteric-menopause-stage-and-hormonal-changes/>

12. Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ, AbouZahr C. Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1 de noviembre de 2001;75(2):137-47.
13. Maranhão TA, Gomes KRO, Barros IDC. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. *Rev bras epidemiol*. septiembre de 2016;19(3):494-508.
14. Álvarez BMC, Moreno YIH. Incomplete abortion: risk factors and complications: Aborto incompleto :factores de riesgo y complicaciones. *Journal of American Health*. 2 de julio de 2018;1(2):39-46.
15. Barnett B. Youth often risk unsafe abortions. *Netw Res Triangle Park N C*. octubre de 1993;14(2):12-5.
16. What is an Incomplete Abortion? [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.132healthwise.com/what-is-an-incomplete-abortion.php>
17. Incomplete Abortion - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/incomplete-abortion>
18. Septic abortion: Clinical presentation and management [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/130878>
19. Shannon C, Winikoff B. Unsafe abortion and strategies to reduce its impact on women's lives. En: Kehoe S, Neilson J, Norman J, editores. *Maternal and Infant Deaths: Chasing Millennium Development Goals 4 and 5* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2010 [citado 8 de diciembre de 2023]. p. 149-62. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9781107784758A021/type/book_part
20. Incomplete abortion management: Recommendations 35-38 (3.5.2) - Abortion care guideline [Internet]. 2021 [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://srhr.org/abortioncare/chapter-3/post-abortion-3-5/incomplete-abortion-management-recommendations-35-38-3-5-2/>
21. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Treating a Woman with Incomplete Abortion. En: Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF, editores. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law* [Internet]. Oxford University Press; 2003 [citado 8 de diciembre de 2023]. p. 0. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199241323.003.0020>
22. Mkulichi A. Unsafe Abortion, Its Determinants and Associated Factors: The Case of Malawi. A Systematic Literature Review. [citado 8 de diciembre de 2023]; Disponible en: https://scholarworks.gsu.edu/iph_theses/492
23. Ibrahim AA, Abdelghany AM, Youssef AM. Prevalence of Early Miscarriage among Female Teenagers in Minia and Sohag Governorates: A Prospective Cross-Sectional Study. *Annals of Neonatology*. 31 de julio de 2023;5(2):68-85.

24. Madziyire MG, Polis CB, Riley T, Sully EA, Owolabi O, Chipato T. Severity and management of postabortion complications among women in Zimbabwe, 2016: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 1 de febrero de 2018;8(2):e019658.
25. Ciaravino DH, Martínez A, Benvenuto S. ABORTO EN ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS.
26. Gómez Mercado CA, Montoya Velez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev salud pública*. 26 de junio de 2014;16(3):394-406.
27. Fatusi A, Riley T, Kayembe PK, Mabika C. Unintended pregnancy, induced abortion and abortion care-seeking experiences among adolescents in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 1 de septiembre de 2021;11(9):e044682.
28. Espinoza C, Samandari G, Andersen K. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sex Reprod Health Matters*. 28(1):1744225.
29. P-UTB-FCS-OBST-000012.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/5792/P-UTB-FCS-OBST-000012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Fusco CLB. Unsafe Abortion: a serious public health issue in a poverty stricken population. *Reprod Clim*. 1 de enero de 2013;28(1):2-9.
31. Barrantes Freer A, Jiménez Rodríguez M, Rojas Mena B, Vargas García A. Embarazo y aborto en adolescentes. *Medicina Legal de Costa Rica*. marzo de 2003;20(1):80-102.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia**, con C.C: # **1205857814** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de mayo del 2024

f. Lilibeth Llerena Galarza

Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia

C.C: 1205857814

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Morales Guachamin, Pedro Luis**, con C.C: **#0929531689** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de mayo del 2024



f. _____

Morales Guachamin, Pedro Luis

C.C: 0929531689

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de complicaciones relacionadas al aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital Monte Sinai en el periodo de tiempo comprendido entre 2020 al 2023.		
AUTOR(ES)	Llerena Galarza, Lilibeth Hortencia Morales Guachamin, Pedro Luis		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Heinert Musello, Ana María		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	28
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gineco-obstetricia, Pérdida Precoz del Embarazo, Pérdidas Tempranas de los Embarazos		
PALABRAS CLAVES	Aborto incompleto, embarazo en adolescentes, complicaciones		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción: El aborto incompleto tiene diferentes resultados sobre el futuro de las madres jóvenes, en el que además de la interrupción del embarazo, concebir durante la juventud también supone un mayor riesgo y se correlaciona con resultados adversos del embarazo finalizado. Algunos estudios asocian los embarazos juveniles con hipertensión y resultados del parto con toxemia preecláptica, entre otras complicaciones.</p> <p>Objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones relacionadas a aborto incompleto en adolescentes de 11-19 años en el Hospital General Monte Sinaí en el período de tiempo comprendido entre 2020 al 2023.</p> <p>Metodología: Este fue un estudio descriptivo, de tipo retrospectivo, observacional y transversal realizado en el área de hospitalización del Hospital General Monte Sinaí (HGMS), desde el año 2020 al 2023.</p> <p>Resultados: entre las variables analizadas se obtuvo de las 94 pacientes estudiadas, el 42.5% presento algún tipo de complicación gineco-obstétrica, el grupo etario más prevalente fueron adolescente entre 14 y 16 años (61.7%), la mayoría había completado la primaria (70.2%) y tenían estado civil soltera (90.4%), se presentó el aborto entre la semana 9 a 16 (76.6%), la gran mayoría eran primigestas (94.7%) sin antecedentes patológicos (88.3%) donde el tipo de aborto fue predominantemente espontaneo (95.7%), la complicación más frecuentemente registrada fueron las hemorragias posparto (24.5%).</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593988859412 +593968876398	E-mail: lilibeth.llerena@cu.ucsg.edu.ec pedro.morales@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			