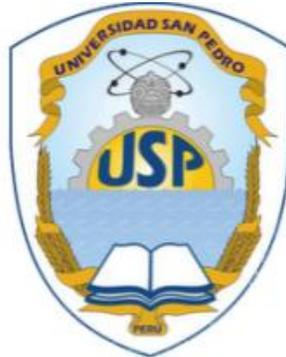


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE MEDICINA



**Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del
servicio de Gineco-obstetricia, Hospital La Caleta, 2018.**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

Autor

Mendez Carbonell Rubi Paola

Asesor

Javier Arturo Saldaña Castillo

Nuevo Chimbote – Perú

2019

1. Palabras clave:

Tema	Aborto espontáneo
Especialidad	Ginecología

Keywords:

Subject	Spontaneous abortion
Department	Gynecology

Línea de investigación:

Salud materna y perinatal.

Disciplina (OCDE):

Obstetricia y ginecología.

2. Título:

“Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del servicio de gineco-obstetricia, hospital la caleta, 2018”

3. Resumen:

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar la frecuencia con la que se presentan los factores de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco -obstetricia del Hospital La Caleta-Chimbote, 2018, a través de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La población estuvo constituida por 446 pacientes con diagnóstico de aborto hospitalizadas, durante el 2018, la muestra estuvo conformada por 205 pacientes que presentaron diagnóstico de aborto espontáneo, de los cuales se procesaron los datos mediante Microsoft Excel 2013. De las 205 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, los resultados obtenidos en la investigación fueron que, la edades entre 25 a 29 años predominaron con un 25% de frecuencia, que el 66% procedían de la Costa, el 55% cursaron secundaria, fueron convivientes el 60%, el 56% fueron ama de casa, el 99% no consumía bebidas alcohólicas dentro de la gestación, el 90% tuvieron un IMC dentro del valor normal, el 84% no tuvieron antecedentes de patología materna Gineco-obstétrica, el 73% no tuvo ninguna complicación médica y/o patología materna, el 65% tuvieron una gestación < 12 semanas y el 76% no tuvieron abortos espontáneos previos. Se concluyó que los factores de riesgo para aborto espontáneo con mayor frecuencia, es la edad entre 25-29 años, pacientes procedentes de la Costa, los que presentaron secundaria, pacientes en condición de convivientes, fueron amas de casa, los que presentaron una gestación < 12 semanas y la mayoría no presentaron antecedente de aborto espontáneo.

4. Abstract:

The present study was carried out with the objective of identifying the frequency with which risk factors for spontaneous abortion are presented in women hospitalized in the service of Gineco -obstetricia of Hospital La Caleta-Chimbote, 2018 ,through a descriptive, retrospective and transversal study. . The population consisted of 446 patients with a diagnosis of spontaneous abortion during the proposed period, obtaining a sample of 205 suitable cases, from which the data were processed through Microsoft Excel 2013.

Of the 205 patients diagnosed with spontaneous abortion, the results obtained in the study were between 25 and 29 years of age, with 25% prevailing, 66% coming from the Coast, 55% attending secondary school, living together 60%, 56% were housewives, 60% did not consume caffeine frequently, 99% did not consume alcoholic beverages during pregnancy, 90% had a BMI within normal value, 84% had no history of gynecological-obstetric maternal pathology, 73% had no medical complication and / or maternal pathology, 65% had a pregnancy <12 weeks and 76% had no previous spontaneous abortions. It was concluded that the risk factors for spontaneous abortion more frequently, are between 25-29 years old, from the Coast, they presented secondary, as cohabitants, they were housewives, they had a pregnancy <12 weeks and the Most did not have a history of spontaneous abortion.

ÍNDICE

1.	Palabras clave:	i
	Línea de investigación:	i
2.	Título:	ii
3.	Resumen:	iii
4.	Abstract:	iv
5.	Introducción:	1
6.	Metodología	15
6.1	Tipo y Diseño de investigación:	15
6.2	Población:	15
6.3	Muestra:	15
6.4	Técnicas e instrumentos de investigación:	16
6.6	Procesamiento y análisis de la información	17
7.	Resultados:	18
8.	Análisis y discusión:	26
9.	Conclusiones:	29
10.	Recomendaciones:	31
11.	Referencias bibliográficas:	32
12.	Agradecimientos:	34
13.	Anexos:	35

5. Introducción:

5.1 Antecedentes:

El aborto ha llegado a ser un problema de salud pública, el cual tomó mayor importancia en la última década ya que a llegado a ser también una problemática social y un principal problema de salud, ya que èste es una de las causas de mortalidad materna en países en desarrollo, por lo que se presentan los siguientes estudios realizados:

Sánchez (2013) en su tesis cuyo objetivo fue determinar si los factores maternos han llegado a ser factor de riesgo para aborto espontaneo, llegando a concluir que la frecuencia de aborto espontaneo en las mujeres atendidas fue del 20,9 %. Las mujeres con un promedio de edad entre 35 a 39 años presentan un OR=1,91 y aquellas mayor o igual a 40 años presentaban un OR=2,1.

Mogrovejo (2018) en Perú se hizo un estudio de investigación, con el objetivo de conocer las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizadas del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, donde llevo a concluir que las pacientes que presentaron aborto espontáneo se encuentran entre las edades de 21-30 años con un 64.9% , el grado de instrucción de secundaria fue de 77, 38%, la mayoría de pacientes fueron procedentes de Comas (62%) , en la ocupación eran amas de casa (41,9%), el estado civil fue conviviente (51,8%), la edad gestacional más frecuente es entre las 8-10 semanas de gestación el 63.76%, no presentaron antecedentes de abortos el 52% y en antecedentes de gestaciones el 57.38% presentó tener 2 gestaciones.

Hijona (2009) realizó un estudio donde tuvo como objetivo estudiar la prevalencia de los factores asociados a aborto espontáneo, donde obtuvo como

resultado que un porcentaje de 23,5% de pacientes atendidas que eran abortadoras contaba entre sus antecedentes obstétricos con un aborto anterior. Un porcentaje del 18,2% tenía como antecedente de un aborto, el 3,8% dos abortos y el 1,6% al menos 3 abortos, en cuanto al consumo de alcohol durante el embarazo fue del 3%, también resultó frecuente el hábito tabáquico con un 33%.

Laurente (2016) realizó un estudio con el objetivo de determinar la asociación aborto incompleto y entre los principales factores socio reproductivos en un Hospital de Perú, estudio con diseño analítico, fue en pacientes gestantes con una edad gestacional menor a las 22 semanas en el departamento de Ginecología y Obstetricia. Los resultados mostrados presentaron que el 68,9% presentaron primaria completa, el 31,1% secundaria completa, con respecto al estado civil se tuvo que solteras representaban un 57,4% y el 63,5% eran casadas/convivientes, el 88,5% de pacientes se encontraron dentro del grupo de amas de casa, y trabajadoras independientes un 11,5%, en cuanto a la edad gestacional el 85,2% tenían un edad gestacional menor a 12 semanas, con respecto al factor de aborto anterior hubo un porcentaje de 54,1% las cuales presentaron como antecedente 1 aborto previo.

López (2017) con el objetivo de determinar cuáles son los factores socio-demográficos Y gineco-obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en un Hospital de Sullana-Perú, concluyó que el 28,7% de las gestantes presentaron de 20 - 24 años, el 21,3% fue el porcentaje de una edad de 35 a 39 años, el 14,9% representò las edades entre 25 a 29 años y un 8,5% de 40 a 45 años, en cuanto a la procedencia el 77,70% fueron de la costa, en cuanto a estado civil resultó que el 71,30% de las gestantes fueron convivientes, el 53,20% tuvieron secundaria completa, y que el 79,80% de las gestantes tuvieron una edad gestacional menor a 12 semanas.

Macías y Guerrero (2012) realizaron un trabajo cuyo objetivo fue interpretar el fenómeno del aborto espontáneo de las embarazadas que asisten al área de gineco-obstetricia del hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo en los meses de septiembre del 2011 a 2012, donde concluyeron que hubo un porcentaje de 33% de abortos espontáneos, las mujeres con mayor riesgo de amenaza de aborto son las de menores de 30 años (70%), el grado de instrucción primaria representada con un 43% y las analfabetas 11%, 10% son solteras, 17% casadas, 2% divorciadas y 72% unión libre.

5.2 Fundamentación científica:

1. ABORTO:

Es la interrupción espontánea o que es provocada de la gestación antes de las 22 semanas, con un peso menor o igual que 500 gramos o 25 cm de longitud cefalo caudal (Elòseguí, 2009, pág.2).

1.1.CLASIFICACIÓN:

1.1.1 ABORTO EN CURSO: El dolor pélvico se exagera y el sangrado llega a ser mayor. Al examen: El orificio cervical interno permeable es de >8 mm, las membranas son íntegras, pero cuando la actividad uterina llega a aumentar y los cambios en el cervix llegan a ser mayores con un borramiento, dilatación, y las membranas que eran íntegras se rompen, se vuelve un aborto que es inevitable (SEGO, 2010, pág. 3).

1.1.2 ABORTO RETENIDO-FRUSTRO: El embrión o el feto se muere o desprende y llega a quedar retenido en el útero no llega a expulsar los restos ovulares por un tiempo prolongado. El útero no llega a aumentar de tamaño, el cervix cerrado, no sangrado activo, los signos, síntomas de la gestación

disminuyen o llegan a desaparecer, los hallazgos ecográficos en el aborto diferido son: embrión sin latido, gestación anembrionaria: saco ≥ 20 mm, sin identificarse embrión . (SEGO, 2010, pág. 3).

1.1.3 ABORTO INCOMPLETO: Es la eliminación parcial de restos, por esto el orificio cervical aparece abierto, llegando a visualizarse tejido gestacional asomándose al cérvix, con tamaño uterino menos del esperado para su edad gestacional.

El diagnóstico por ecografía de un aborto incompleto, se suele utilizar la línea media uterina > 15 mm (SEGO, 2010, pág. 3).

1.1.4 ABORTO COMPLETO: Es la expulsión que se llega a dar del embrión, feto y membranas ovulares, no sangrado activo, útero tamaño, con cérvix cerrado. El diagnóstico ecográfico se basa en un grosor de la línea media uterina <15 mm (SEGO, 2010, pág. 3).

1.1.5 ABORTO RECURRENTE: Es aquella situación en la que se han producido 2 o más abortos consecutivos o más de 2 alternos (SEGO, 2010, pág. 3).

1.2 CUADRO CLÍNICO:

El diagnóstico se realiza con el cuadro clínico y ecografía transvaginal según edad gestacional y concentración de β -HCG.

Se debe tener en cuenta:

1.2.1 ANAMNESIS:

Se toma la fecha de última regla, la duración habitual del ciclo, para el cálculo de la edad gestacional, además se debe tomar en cuenta los antecedentes obstétricos y factores de riesgo.

Los síntomas son la amenorrea, hemorragia y dolor pélvico. Si presenta un sangrado escaso y no tiene dolor pélvico, se debe preguntar si ha tenido coito, ya que ésta puede causar metrorragia. El dolor en el hipogástrico de leve intensidad, que no está lateralizado es frecuente al inicio de la gestación normal, un dolor pélvico que es unilateral podría orientarnos hacia un embarazo ectópico y un dolor intenso con sangrado abundante, nos lleva hacia un aborto en curso; aunque si el sangrado es escaso, es más probable un embarazo ectópico complicado (SEGO, 2010).

1.2.2. EXPLORACIÓN FÍSICA:

En primer lugar, se debe verificar la estabilidad hemodinámica de la paciente y así descartar un abdomen agudo.

Se tiene que realizar una exploración ginecológica con espéculo para poder comprobar el origen, la cantidad y el aspecto del sangrado. La cantidad del sangrado se correlaciona con el riesgo de aborto. Si es igual o más que el de la menstruación, es difícil que la gestación siga. Si hay restos ovulares protruyendo a través del orificio cervical externo, se puede hacer extracción con pinzas para calmar así el dolor. Por último se puede realizar una exploración bimanual para verificar si existe dilatación cervical, si el tamaño y forma uterina concuerdan con los datos menstruales y si hay masas anexiales.

Si bien la anamnesis y la exploración física resultan de inestimable ayuda para establecer la sospecha de aborto espontáneo, en la actualidad el diagnóstico de certeza debe establecerse mediante la exploración ecográfica (SEGO, 2010).

1.2.3 ECOGRAFÍA:

Es de forma obligatoria para cualquier embarazada con una sospecha de aborto.

En las mujeres con ciclos regulares o que no recuerden su última regla, los hallazgos ecográficos pueden no llegar a corresponder a la edad gestacional estimada.

Los signos ecográficos que nos llega a dar el diagnóstico de aborto diferido son:

- La Ausencia de la actividad cardiaca de un embrión con longitud céfalo-caudal > 5 mm.
- Ausencia de la actividad cardiaca de un embrión con LCC > 3,5 mm inequívocamente.
- Saco gestacional con diámetro medio mayor o igual que 20 mm , sin evidencia del polo embrionario.

Esto corresponde a un embrión de 1,5 a 2 mm. El 5% de los embriones está entre 2 a 4 mm no se llegan a lograr identificar el latido cardiaco y dan lugar a gestaciones evolutivas (SEGO, 2010).

1.3 CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

Según la Forma de Presentación:

- **INDUCIDO:** Es el proceso provocado de manera intencional por el cual el embarazo es terminado cuando el feto no es viable.
- **ESPONTÁNEO:** Gestación que termina espontáneamente antes que el feto llegue a una edad gestacional y permita su viabilidad.

El riesgo de aborto espontáneo aumenta con el número de abortos previos. Se calcula que la probabilidad de tener un hijo vivo disminuye un 23% tras cada aborto (Sego, 2017, pág. 3).

2. FACTORES DE RIESGO :

2.1 Edad Materna:

Es considerado el principal factor de riesgo relacionado a aborto espontáneo. en mujeres sin otro factor de riesgo para presentarlo, cuando mayor es el grupo etario mayor es la frecuencia de dicha complicación. El aumento de esta frecuencia no solo es debido a la mala calidad del ovocito al aumentar la edad, sino también a ovocitos donados que luego de la implantación conllevan a resultados equiparables, por tal motivo se emplea la teoría que busca explicar

factores como, el envejecimiento uterino el cual puede conducir a aborto espontaneo. Segùn la edad materna:

Grupos de edad materna	Riesgo de aborto espontaneo
12-19	13.3%
20-24	11.1%
25-29	11.9%
30-34	15%
35-39	24.6%
40-44	51%
45 o mas	93.4%

(Cjuno, 2012, pág. 28)

El aumento del riesgo por defectos cromosómicos asociado a edad materna avanzada también se encuentra fundamentado, mediante estudios citogenético en la ciudad de Lima, donde se halló que una edad ≥ 35 años se asociaba con aneuploidías en un 78,4% de los casos de abortos espontáneos (Cjuno, 2012, pág. 29).

2.2. IMC.:

El Índice de Masa Corporal (IMC) llamado también Índice de Quételet, se saca con el peso y talla de la persona, se considera uno de los criterios más importantes para dar una aproximación del estado nutricional. La fórmula es: peso en kg / talla en metros al cuadrado (Elòsegui, 2009).

La clasificación que se obtiene es la siguiente:

- Infrapeso (o desnutrición) : $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Normal: $18,5 - 24,99 \text{ kg/ m}^2$
- Sobrepeso: $25 - 29,99 \text{ kg/ m}^2$
- Obeso: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

La obesidad- sobrepeso puede ser un alto factor de riesgo para la siguiente gestación (Elòsegui, 2009).

2.3 Anomalías anatómicas uterinas:

El embrión se implanta en la cavidad uterina durante el quinto día posterior a la fecundación. La razón de una alteración intracavitaria puede afectar no sólo al momento de la implantación embrionaria sino también con la evolución natural de la gestación. La principal enfermedad uterina responsable de los abortos recurrentes espontaneos es la malformación uterina. (Sego, 2017, pág. 6).

2.4 Malformaciones uterinas:

La frecuencia de las malformaciones uterinas es del 0,5-10% y se muestra más alta en el grupo de los abortos recurrentes espontaneos (D.Luton, 2015, pág. 12).

2.4.1 Sinequias uterinas:

Las sinequias uterinas pueden provocar aborto recurrente espontaneo, como evento primario o debido a legrados repetidos producto de abortos recurrentes espontaneos de otra causa (Lanta, 2005, pág. 13).

2.4 Factores endocrinos:

2.5.1. Diabetes Mellitus:

No existen datos que concluyan de que la intolerancia a la glucosa sea un factor para aborto, las mujeres con diabetes insulino dependientes que llevan un buen control no tienen más abortos que las que no la poseen, pero cualquier elevación de la hemoglobina glucosilada por encima de 1 DE se puede vincular a un aumento de un 3% en porcentaje de abortos. (Lanta, 2005, pág. 22).

Producto de una insuficiencia absoluta o relativa de insulina que resultara en un trastorno que lleva a un defecto en la movilización y utilización de la glucosa, manifestada por un cuadro de hiperglicemia, glucosuria, incremento del catabolismo de ácidos grasos y proteínas, pudiendo llegar a presentar un cuadro de cetoacidosis. La diabetes gestacional la padecen aquellas gestantes a la que se le diagnostica por primera vez en el curso del embarazo, independientemente de la semana de gestación en la que se y de la severidad de la misma , del tratamiento que precisen y de su continuidad después del parto o de la posibilidad de que la diabetes estuviese presente antes de iniciar la gestación (D.Luton, 2015, pág. 6).

Los criterios de la Asociación Americana de Diabetes, actualizados al 2017, se consideran criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus fuera del embarazo:

- HbA1C \geq 6,5%.
- FPG \geq 126 mg/dL (con un ayuno de al menos 8 horas)

- Glucosa plasmática de 2 horas ≥ 200 mg/dL . (con carga de glucosa anhidra 75 g diluida en agua).
- Síntomas de crisis de hiperglicemia: glucosa plasmática tomada al azar de 200 mg/dL.

2.5 Grado de instrucción:

El nivel de escolaridad bajo e incompleto, es causa de un desarrollo de baja calidad al no haber cumplido con sus expectativas en educación , de igual forma del nivel de conocimiento en cuando a educación sexual, ocasionando mayor cantidad de casos de embarazos no deseados , abortos, complicaciones tanto maternas, como perinatales, ya que por una falta de conocimiento no evitan dicha problemática (Cjuno, 2012).

2.6 Estado civil:

La condición situación conyugal, que presenta mayor estabilidad y menos problemas tanto maternos como perinatales es la que presenta un hogar constituido y donde exista apoyo de la pareja durante el proceso de la gestación. (Sanchez, 2013).

2.7 Ocupación:

La principal fuente de acceso de recursos económicos para lograr alcanzar un estilo de vida digno, es el trabajo, el cual segura estabilidad financiera, actualmente existen aún mujeres en edad fértil que son dependientes de la economía de sus parejas. (Cjuno, 2012).

- Laborales:

El efecto del estrés laboral en el aborto espontáneo recurrente en mujeres en edad fértil.

En el estrés laboral, las horas de trabajo irregulares, la falta de sueño y el alto esfuerzo / baja recompensa son factores de riesgo para la RSA (aborto espontáneo a repetición). Las mujeres trabajadoras en edad fértil deben garantizar un sueño adecuado, prestar atención al equilibrio esfuerzo-recompensa y hacer un horario de trabajo regular (Cjuno, 2012, pág. 15).

5.3 Justificación:

El aborto es uno de los mayores problemas de salud pública, Tiene una mayor importancia en la última década debido a que es una problemática social y uno de los principales problemas de salud al llegar a ser una de las causas más importante de mortalidad materna, con mayor frecuencia en éstos últimos años. La investigación se ha enfocado en conocer cuáles son los factores de riesgo para aborto espontáneo con el fin de reducir así la morbimortalidad. Por lo tanto ayudará a que los pacientes sean captados de una forma oportuna mejorando conocer los principales factores de riesgo, así nos permitirá plantear las medidas de control más adecuadas ya que el personal de salud debe encontrarse capacitado para identificar los factores de riesgo de aborto espontáneo, tomando en cuenta medidas preventivas y promocionales, para lograr reducir los casos de aborto espontáneo en la población, además esta investigación servirá aportando como antecedente para próximos estudios sobre el tema, aportando así a nuevas investigaciones .

5.4 Problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo para aborto espontáneo en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta, 2018?

Conceptuación y operacionalización de variables:

1. Variables:

Variable independiente: Factores de riesgo

Variable dependiente: Aborto espontáneo.

2. Conceptuación:

- Aborto espontáneo: Sucede de una manera natural, la interrupción de la gestación no es voluntaria.
- Factores de Riesgo: Es un rasgo de un individuo que aumenta la probabilidad de tener alguna enfermedad.
- Edad: Es el tiempo que transcurre una persona que tiene viviendo desde que nace.
- Grado de Instrucción: Nivel de estudio que cursó una persona.
- Estado Civil: Consiste en si la persona tiene pareja o no.
- Ocupación: Función en la que labora una persona, puede ser dependiente o independiente.
- Paridad: Número de gestaciones de una mujer que a ha dado a luz.
- Abortos Previos: Número de abortos anteriores que ha presentado una gestante.
- Edad Gestacional: Es el tiempo que comprende la concepción y el nacimiento de un bebé, en el cual se calcula en semanas, desde el primer día del último periodo menstrual.
- Consumo de bebidas alcohólicas dentro de la gestación: El síndrome de alcohol fetal, es una de las causas más frecuentes de retraso mental, es un factor modificable.

- Consumo habitual del tabaco: Es la exposición hacia el feto a más de 7, 000 sustancias tóxicas y dañinas que pueden llegar a afectar su desarrollo y crecimiento.
- Estado nutricional: Situación en la que se encuentra la gestante en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas tras la ingesta de nutrientes.

Operacionalización de variables:

Ver anexo 02

5.5 Hipòtesis:

El presente proyecto no tiene hipótesis, por ser descriptivo.

Objetivos:

5.6 Objetivo General:

Identificar los factores de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco -obstetricia del Hospital La Caleta-Chimbote, 2018.

5.7 Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia del aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gíneco-obstetricia del Hospital La Caleta-Chimbote, 2018.
- Determinar los factores de riesgo sociodemográficos para aborto espontáneo.

- Determinar los antecedentes gineco-obstétricos que constituyen un factor de riesgo para aborto espontáneo.
- Determinar los hábitos maternos que constituyen un factor de riesgo para el aborto espontáneo.

6. Metodología

6.1 Tipo y Diseño de investigación:

El presente trabajo tuvo un diseño aplicado, descriptivo, retrospectivo y transversal.

6.2 Población:

Estuvo constituida por 446 pacientes que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta en el año 2018, la cual estuvo representada por un total de 446 con diagnóstico de aborto.

6.3 Muestra:

Estuvo conformada por 205 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, durante el periodo 2018.

Unidad de análisis: Pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo.

❖ Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia con diagnóstico de aborto espontáneo.
- Pacientes entre las edades de 15 a 40 años a más con diagnóstico de aborto Espontaneo.

❖ Criterios de exclusión

- Gestantes menores de 15 años.

- Pacientes que no presentaron síntomas de aborto espontáneo.
- Pacientes que presentaron gestación ectópica.
- Pacientes que presentaron aborto inducido.
- Pacientes que presentaron gestación molar.

6.4 Técnicas e instrumentos de investigación:

El primer paso del procesamiento de la información consistió en solicitar la autorización correspondiente a las autoridades en el área de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta y al Departamento de Archivo e Historias Clínicas para la obtención de aquellas que fueron pertinentes para nuestro estudio.

6.5 Muestreo:

Se seleccionaron y obtuvieron las historias clínicas de los casos materia del estudio. La selección de la muestra se realizó mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Se revisaron y recogieron los datos de las historias seleccionadas que fueron registradas en las fichas de recolección de datos preparadas para tal fin.

Se clasificó y se tabularon los datos obtenidos de las fichas de investigación mediante el uso de recursos informáticos computarizados.

Fuente de datos: Historia Clínica

Técnica: Observación y Recolección de información

Instrumento: Ficha de recolección de datos elaborada. Este instrumento recogió todos los datos necesarios para responder a la hipótesis y los objetivos del estudio. Su elaboración fue efectuada teniendo como soporte la operacionalización de las variables respectivas.

6.6 Procesamiento y análisis de la información

La información obtenida con el instrumento de recolección de datos, fue depositada en una base de datos con ayuda del software. Para el análisis estadístico de los datos, se empleó el programa estadístico Excel 2013, mediante estos recursos informáticos se utilizó la estadística descriptiva para los objetivos propuestos, tales como: distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, determinación de porcentajes y tablas estadísticas.

7. Resultados:

Tabla 1. Frecuencia de aborto espontáneo

Abortos	total	frecuencia porcentaje
Aborto espontáneo	205	46%
Abortos inducidos	241	54%
TOTAL	446	100%

En la tabla 1 se observa que del total de abortos en el Hospital La Caleta, 46% fueron abortos espontáneos, y 54% abortos inducidos.

Tabla 2. Edad de pacientes que tuvieron diagnóstico de aborto espontáneo

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15-19	28	14%	14%
20-24	38	19%	32%
25-29	51	25%	57%
30-34	31	15%	72%
35-39	45	21%	94%
40 a más	12	6%	100%
TOTAL	205	100%	
PROMEDIO	28		

El grupo de edades de las gestantes con mayor frecuencia de aborto de un 25% está entre 25 a 29 años, seguida de un 21% entre 35 a 39 años, el 19% entre 20 a 24 años, un 15% de 30-34 años, un porcentaje de 14% entre 15-19 años, y un 6% de 40 años a más.

Tabla 3. Procedencia de pacientes que presentaron diagnóstico de aborto espontáneo.

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Costa	135	66%	66%
Sierra	59	29%	95%
Selva	11	5%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 3, se muestra que el 66% de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo pertenecen a la Costa, el 29% a la Sierra y el 5% a la Selva.

Tabla 4. Grado de instrucción de pacientes que tuvieron diagnóstico de aborto espontáneo

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Analfabeta	6	3%	3%
Primaria	78	38%	41%
Secundaria	113	55%	96%
Superior	8	4%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 4 se observa que el nivel de instrucción de las pacientes que tuvieron aborto, el 55% cursaron secundaria, el 38% primaria, el 4% tuvieron estudios superiores, y el 3% fueron analfabetas.

Tabla 5. Estado civil de pacientes que presentaron diagnóstico de aborto espontáneo..

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltera	64	31%	31%
Casada	18	9%	40%
Viuda	0	0%	40%
Conviviente	123	60%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 5, se muestra que el estado civil de las pacientes que presentaron aborto, el 60% son convivientes, seguido del 31% que corresponden a pacientes solteras, el 9% son casadas, y ninguna fue viuda.

Tabla 6. Ocupación de pacientes que presentaron diagnóstico de aborto espontáneo.

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ama de casa	115	56%	56%
Trabajadora dependiente	52	25%	81%
Trabajadora independiente	38	19%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 6, se muestra que el 56% fueron ama de casa, el 25% de pacientes con aborto espontáneo fueron trabajadoras dependientes, y el 19% trabajadoras independientes.

Tabla 7. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes con aborto espontáneo.

Consumo de bebidas alcohólicas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	3	1%	1%
No	202	99%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 7, se muestra que el 99% no consumía bebidas alcohólicas dentro de la gestación y el 1% consumía bebidas alcohólicas dentro de la gestación.

Tabla 8. Consumo habitual de tabaco en pacientes con aborto espontáneo

Consumo habitual de tabaco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	1	0%	0%
No	204	100%	100%
TOTAL	205	100%	

La tabla 8, se muestra que el 100% de las pacientes con aborto espontáneo no consumían tabaco de forma habitual.

Tabla 9. Estado nutricional de pacientes que presentaron aborto espontáneo

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Delgadez	3	1%	1%
Normal	183	90%	91%
Sobrepeso	18	9%	100%
Obesa	1	0%	
TOTAL	205	100%	

En la tabla 9 se muestra que el estado nutricional de las pacientes que presentaron aborto espontáneo, el 90% tuvieron un IMC dentro del valor normal, el 9% tuvieron sobrepeso, el 1% delgadez y el 0% obesidad.

Tabla 10. Antecedentes de patología materna gineco-obstétrica en pacientes que presentaron aborto espontáneo

Antecedentes de Patología materna Gineco-obstétrica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SÍ	32	16%	16%
NO	173	84%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 10, se observa que un 84% no tuvieron antecedentes de patología materna Gineco-obstétrica, y un 16% tuvieron antecedente de patología Gineco-Obstétrica.

Tabla 11. Complicación médica y/o patología materna en pacientes que presentaron aborto espontáneo

Complicación médica y/o patología materna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	a	e	
Infecciones urinarias	51	25%	25%
Diabetes Mellitus	3	1%	26%
Patología tiroidea	2	1%	27%
Ninguna	149	73%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 11, se observa que de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, el 73% no tuvo ninguna complicación médica y/o patología materna, el 25% tuvieron como complicación infección urinaria, el 1% Diabetes Mellitus, al igual que el 1% presentaron Patología tiroidea.

Tabla 12. Edad gestacional de pacientes que presentaron aborto espontáneo

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<12 Semanas	133	65%	65%
>= 12 Semanas	72	35%	100%
TOTAL	205	100%	

En la tabla 12, se muestra que de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, el 65% fueron < 12 semanas, y el 35% de pacientes tuvieron >= a 12 semanas de gestación.

Tabla 13. Aborto espontáneo previo en pacientes que presentaron aborto espontáneo

Aborto espontáneo previo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	155	76%	76%
1	44	21%	97%
2	5	3%	100%
3	1	0%	
4	0	0%	
5 a más	0	0%	
TOTAL	205	100%	

En la tabla 13, se muestra que el 76% no tuvieron abortos espontáneos previos, el 21% tuvieron 01 aborto espontáneo previo, el 3% tuvieron 2 abortos espontáneos previos, y 3, 4 o 5 a más abortos previos un 0%.

8. Anàlisis y discusión:

El aborto es uno de los principales problemas de salud ya que es una de las causas más importante de mortalidad materna en países en desarrollo. Por lo descrito, el objetivo de éste estudio fue identificar la frecuencia con la que se presentan los factores de riesgo para el aborto espontáneo.

La frecuencia de aborto espontáneo en este estudio fue de 46% e inducidos de 54%, similar al estudio de Macías y Guerrero (2012) en donde se encontró 33% fueron abortos espontáneos.

El presente estudio, encontró una mayor frecuencia de aborto espontáneo del 25% en edades entre 25- 29 años, por lo tanto la población joven representa con mayor porcentaje aborto espontáneo, similar a lo reportado por López (2017), en el cual la población con mayor porcentaje tiene una frecuencia del 28,7% las cuales tienen de 20 a 24 años de edad, y a diferencia de un estudio realizado por Sánchez Cjuno (2013) en el cual las mujeres > 40 años eran fueron más frecuentes.

En cuanto al grado de instrucción, en la investigación se encontró que el 55% de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo tienen secundaria, mientras que el 38% tienen primaria, el 4% estudios superiores y el 3% son analfabetas, muy similar con el estudio de López (2017), en el cual el 53,20% de las gestantes con diagnóstico de aborto tuvieron secundaria completa, el 24,50% primaria completa, el 9,60% superior no universitaria, mientras que el 2,10% superior universitaria; y al contrastar con Salazar (2017) en el cual, el 53,20% de las gestantes con diagnóstico de aborto tuvieron secundaria completa, el 24,50% primaria completa, el 9,60% superior no universitaria, mientras que el 2,10% superior universitaria.

Los resultados de estado civil de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, el 60% son convivientes, seguido del 31% que corresponden a pacientes solteras, el 9% son casadas, y ninguna fue viuda, éstos resultados coinciden con la investigación de López (2017), en donde 71,30% de las gestantes fueron convivientes, seguida del 22,30% casadas y sólo un 6,40% fueron solteras.

En cuanto a ocupación en pacientes con aborto espontáneo, en la investigación se encontró que el 56% fueron ama de casa, el 25% de pacientes con aborto espontáneo fueron trabajadoras dependientes, y el 19% trabajadoras independientes, coincidiendo con el estudio de Hijona (2009), en donde la ocupación laboral del grupo de mujeres abortadoras fue de ama de casa en un 31,1 % del total, seguidas por administradoras y dependientes en un 8,4%., al igual que el estudio de López (2017), en el cual se encontró que el 85,10% de las gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo fueron amas de casa, el 6,4% comerciantes, el 5,30% estudiantes y sólo un 1,1% administrativas.

En cuanto a complicación médica y/o patología materna, en ésta investigación de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, el 73% no tuvo ninguna complicación médica y/o patología materna, el 25% tuvieron como complicación infección urinaria, el 1% Diabetes Mellitus, al igual que el 1% presentaron Patología tiroidea, a diferencia de Sánchez Cjuno (2013), en el cual La diabetes Mellitus y la infección urinaria fueron las más frecuentes, de 50% - 40% respectivamente.

Los resultados de la edad gestacional en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, el 65% fueron < 12 semanas, y el 35% de pacientes tuvieron >= a 12 semanas de gestación, similar a los resultados de López (2017) el 79,80% de las gestantes tuvieron una edad gestacional menor a las 12 semanas, y el 20,20 % una edad gestacional mayor igual a las 12 semanas, similar al estudio de Laurente (2016), en donde se evidencia que el 85,2% de pacientes con aborto incompleto, se

encontraba con edad gestacional menor de 12 semanas y el 14,8 % mayor o igual a 12 semanas, y con Mogrovejo (2018) en el cual, la edad gestacional más frecuente es entre las 8-10 semanas de gestación un 63.76%.

Por otro lado, en cuanto a aborto espontáneo previo, como factor de riesgo para aborto espontáneo, en esta investigación se encontró que el 76% no tuvieron abortos espontáneos previos, el 21% tuvieron 01 aborto espontáneo previo, el 3% tuvieron 2 abortos espontáneos previos, y 3, 4 o 5 a más abortos previos un 0%, similar al estudio de López (2017) en donde el 67% de las gestantes no presentaron abortos previos, sólo el 24,50% presentó uno, el 4,30% tres y el 4,30% dos y tres abortos previos, similar a Hijona (2009) concluyó que el 23,5% de las mujeres abortadoras contaba entre sus antecedentes obstétricos con al menos 1 aborto anterior. El 18,2% tenían el antecedente de 1 aborto, el 3,8% dos y el 1,6% al menos tres, a diferencia de Mogrovejo (2018), en el cual las pacientes que no presentaron antecedentes de abortos fueron el 52%.

9. Conclusiones:

1. En este estudio, con respecto a frecuencia de abortos espontáneos, se concluyó que tuvo un porcentaje de 46%, menos que el porcentaje de inducidos.
2. En el presente estudio de investigación con respecto a factores sociodemográficos, se concluye que el grupo de edades de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo que predominó fue entre 25 a 29 años, por otro lado en cuanto a la procedencia se concluye que las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo con mayor frecuencia pertenecen a la Costa, en cuanto a lo que corresponde al grado de instrucción de los pacientes que tuvieron abortos, la mayor frecuencia tuvo secundaria, éste factor puede incidir en todas las deficiencias de salud que tienen éstas mujeres en el momento en que se embarazan, el desconocimiento de lo que deben hacer para un buen control prenatal, con respecto al estado civil de las pacientes que presentaron aborto, la mayoría fueron convivientes, lo que demuestra que en el grupo estudiado predomina la no formalización en la vida de pareja, por otro lado finalmente se concluye que en cuanto a ocupación eran frecuente las ama de casa.
3. En cuanto a factores de hábitos nocivos y alimenticios, se concluye que con mayor frecuencia no consumían bebidas alcohólicas dentro de la gestación, asimismo, las pacientes con aborto espontáneo no consumían tabaco de forma habitual y finalmente el estado nutricional de las pacientes que presentaron aborto espontáneo, la mayoría se encontraron en el rango con un IMC dentro del valor normal.
4. Se concluye, en cuanto a, los factores de complicaciones médico Gineco-obstétricas predominaron las que no tuvieron antecedente de patología Gineco-Obstétrica, por otro lado la mayoría no tuvo ninguna complicación gineco-

obstétrica, pero hubo un pequeño porcentaje con infección urinaria , con respecto a la edad gestacional las pacientes, la mayoría tuvo una edad gestacional < 12 y un pequeño porcentaje tuvieron mayor o igual a 12 semanas de gestación, así también se concluye que fueron más frecuentes los que no presentaron abortos espontáneos previos.

10. Recomendaciones:

1. Realizar programas de planificación familiar, educación sexual y el cuidado de las gestantes, para de esta forma llevar un control adecuado y tener un registro de prevención futuros riesgos de aborto.
2. Capacitar al personal de salud en el llenado y la actualización de datos para los registros de historia clínica para futuros estudios.
3. Contrastar la información estudiada en la presente investigación frente a los estudios de cohortes para ampliar la investigación y obtener mayor resultados para los futuros controles.

11. Referencias bibliográficas:

- Castilla, J. C. (2013). La homocisteinemia materna como factor asociado al aborto espontáneo. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 181-189.
- Cjuno, J. S. (2012). *Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizados en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján , Huacho-Lima*. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre.
- Cunningham, F. G. (2006). *OBSTETRICIA DE Williams*. Mexico: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A.
- D.Luton, J. L. (2015). Abortos espontáneos iterativos. *EMC- Tratado de Medicina*, 8.
- Elòsegui, J. H. (2009). *Factores asociados al aborto espontáneo*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Guerrero, M. y. (2012). *ABORTO ESPONTANEO ESTUDIOS A REALIZAR EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A FEBRERO DEL 2012*. Babahoyo.
- Huamàn, L. L. (2015). *Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el hospital de baja complejidad Vitarte de enero a diciembre* . Lima-Perù.
- Lanta, P. M. (2005). Aborto recurrente espontáneo. *EMC- Ginecología y Obstetricia*, 15.
- Ling, X. (2016). *The contribution of thyroid autoimmunity to miscarriage in euthyroid women*. Medline.
- OBSTETRICIA, S. E. (2010). Aborto espontáneo.
- Puecas, M. L. (2016). *Factores sociodemográficos y Gineco-obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de Ginecología en el Hospital de Apoyo II-2 de Sullana de enero - abril* . Piura-Perù.

- Sanchez, J. (2013). *Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho-Lima*. Tesis, Huacho.
- SEGO. (2010). *Aborto espontáneo*. Madrid.
- Sego. (2017). *Estudio del fallo repetido de implantación y sus posibles alternativas*. España.
- Thomas, K. y. (2018). Antiphospholipid syndrome in obstetrics. *PAPER*, 28-31.
- Vivas, C. (2005). Síndrome de ovario poliquístico, endometrio y riesgo de aborto. *Revista colombiana de Ginecología y obstetricia*, 303-309.
- Ysuhuaylas, M. M. (2017). *Características epidemiológicas de pacientes con aborto espontáneo en el Hospital Sergio Bernales*. Lima: Universidad San Juan Bautista.
- Zhao. (2018). *Diagnosis and treatment of antiphospholipid antibody-related recurrent spontaneous abortion and analysis of therapeutic drugs and pregnancy outcome in 75 patients with antiphospholipid syndrome*. China: Journal of Peking University.
- Zhou, Z. L. (2015). Epidemiological Investigation of Risk Factors of the Pregnant. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 345-349.

12. Agradecimientos:

Agradecer al Hospital La Caleta por haber hecho posible la realización de este trabajo al facilitarme todos los medios suficientes para la recolección de información necesaria para mi tesis.

Agradecer al médico Javier Saldaña Castillo, jefe de departamento de gineco-obstetricia, asesor de mi tesis quien ha guiado con su paciencia.

13. Anexos:

ANEXO 01:

INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

“FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LA CALETA,
2018”

❖ Factores sociodemográficos:

- I. Edad: ()
1. 15 a 19 años ()
 2. 20 a 24 años ()
 3. 25 a 29 años ()
 4. 30 a 34 años ()
 5. 35 a 39 años ()
 6. 40 a más años ()

II. Procedencia:

1. Costa. ()
2. Sierra. ()
3. Selva. ()

III. Grado de instrucción:

1. Analfabeta ()
2. Primaria ()
3. Secundaria ()
4. Superior ()

IV. Estado Civil:

1. Soltera ()
2. Casada ()
3. Viuda ()
4. Conviviente ()

V. Ocupación:

1. Ama de casa ()
2. Trabajadora dependiente
o independiente ()

❖ Factores de hábitos nocivos y alimenticios:

I. Consumo de bebidas
alcohólicas dentro de la
gestación:

1. SÍ ()
2. NO ()

II. Consumo habitual de tabaco:

1. Sí ()
2. No ()

III. Estado Nutricional (Según OMS)

en gestantes:

1. Delgadez ()
2. Normal ()
3. Sobrepeso ()
4. Obesa ()

II. Complicación médica y/o patología

materna:

1. Infecciones urinarias ()
2. Diabetes Mellitus ()
3. patología tiroidea ()
4. Ninguna ()

III. Edad Gestacional:

1. < 12 sem. ()
2. >= 12 sem. ()

❖ Factores de complicaciones médico

Gineco-obstétricas:

I. Antecedente de patología materna

Gineco-obstétrica:

1. SÍ ()
2. NO()

IV. Aborto espontáneo previo:

1. 0 ()
2. 1 ()
3. 2 ()
4. 3 ()
5. 4 ()
6. 5 o más ()

ANEXO 02:

V.	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA	FUENTE
FACTORES DE RIESGO	Factores sociodemográficos	Son las características sociales y demográficas de un individuo, tales como la edad, procedencia, grado de instrucción, talla, estado civil y ocupación.	Edad	15 -19 años , 20 -24 años 25 -29 años ,30 -34 años 35 -39 años , 40 o más años	Ordinal	HISTORIA CLÍNICA
			Procedencia	Costa, sierra y selva	Nominal	
			Grado de instrucción	Analfabeta, Primaria, secundaria y Superior	Ordinal	
			Estado civil	Soltera, Casada, Viuda y Conviviente.	Nominal	
			Ocupación	Ama de casa, trabajadora dependiente o independiente.	Nominal	
	Factores de hábitos nocivos y alimenticios	Hábitos nocivos: Una sustancia toxica aumenta el riesgo de aborto y malformaciones fetales.	Consumo de bebidas con alcohol dentro de la gestación	SÍ - NO	Nominal	HISTORIA CLÍNICA
			Consumo habitual de tabaco.	SÍ- NO	Nominal	
			Estado nutricional	Delgadez – normal – sobrepeso -obesa	Ordinal	
	Factores de complicaciones médico ginecoobstétricos	Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan sobre la fisiología materna. Ante un inadecuado control, podrían condicionar abortos a repetición.	Antecedente de Patología materna Gineco obstétrica.(patología ovárica, miomectomias, legrado)	SÍ - NO	Nominal	HISTORIA CLÍNICA
			Complicación médica y/o patología materna.	Infecciones urinarias, diabetes mellitus, Patología tiroidea	Nominal	
			Aborto espontáneo previo	Ninguno - 1aborto: 2abortos - 3abortos - 4abortos- 5abortos a +	Ordinal	
			Edad gestacional	<12 sem. Ó >= 12 sem.	Nominal	

