



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DE ABANCAY
ENERO-DICIEMBRE 2014”**

PRESENTADO POR LA BACH. YESMIT MEJIA GONZALES

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LIC. EN OBSTETRICIA

Abancay - Perú

2016

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, por todo el amor que me brinda y sus esfuerzos hechos para brindarme educación.

A mi padre, quien me enseñó a ser mejor cada día, a seguir adelante, a trazar y cumplir mis metas a pesar de todos los obstáculos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por brindarme paz, salud, felicidad y vida para continuar con mis metas.

A mi asesora de tesis

A la Mg. Irma Herminia Sayago Mariño, por su amabilidad, voluntad, paciencia y por el tiempo que me dedico para poder ver hoy este sueño hecho realidad.

Y a todas las personas y profesionales de la salud que hicieron posible la elaboración de este trabajo de investigación.

RESUMEN

Para el presente trabajo de investigación el objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014.

El tipo de investigación fue básica, según la intervención del investigador fue observacional, según la planificación de toma de datos fue retrospectiva, por el número de datos que se midió la variable es transversal; el nivel de investigación es relacional; se buscó identificar la relación existente entre las variables factores de riesgo y aborto. El diseño que tuvo el presente estudio fue epidemiológico de casos y controles, no experimental y de tipo analítico. Por ser un estudio comparativo no se requirió tener el tamaño de la población; el tamaño de la muestra para el presente estudio fue: para el grupo de Casos (gestantes con aborto) = 82 y para el grupo de Controles (gestantes sin aborto que terminaron en parto eutócico) = 82. La técnica del muestreo a utilizar fue el muestreo aleatorio simple.

Los resultados obtenidos son los siguientes: Presentaron algún tipo de traumatismo 7,3%, (O.R.= 2,08); usaron prostaglandinas 2,4%; en el grupo de los casos (casada + conviviente) 67,1%, solteras 32,9%; (O.R. = 3,17); en la nuliparidad resultó 39,0% (O.R.= 2,64), la multiparidad 36,6%, la primiparidad y gran multiparidad fue de 19,5% y 4,9% respectivamente; no consumen alcohol 51,2%, consumen en algún grado alcohol 48,8% (O.R.= 14,6); no consumen tabaco 96,3%, consumen de forma esporádica (3,7%). Las conclusiones a las que se llegó, fue que dentro de los factores de riesgo agudos, los traumatismos están asociados al aborto; en los factores de riesgo personales, el estado civil y la paridad están asociados al aborto en especial la nuliparidad; y los factores de riesgo exógenos el consumo de alcohol está asociado al aborto.

Palabras claves: Factores, aborto, gestantes.

ABSTRACT

For this research the objective was to determine the risk factors associated with abortion in patients treated at the regional hospital Guillermo Diaz de la Vega Abancay 2014.

The research was basic, according to researcher intervention was observational, according to planning data collection is retrospective, by the number of data measured variable is the cross; the level of research is relational; we sought to identify the relationship between risk factors and variables abortion. The design had the present study was epidemiological case-control, not experimental and analytical type; as a comparative study was not required to have the size of the population. The sample size for this study was: for the case group (pregnant women with abortion) = 82 and for the group of controls (pregnant women without abortion that ended in vaginal delivery) = 82. The sampling technique used was the simple random sampling.

The results obtained are as follows: they presented some type of trauma 7,3% (O.R. = 2, 08); they used 2,4% prostaglandin; in the group of patients (married + cohabiting) 67,1% 32,9% unmarried; (OR = 3,17), the nuliparity turned out 39,0% (OR = 2,64), 36,6% multiparity, primiparity and grand multiparity was 19, 5% and 4,9% respectively 51.2% do not consume alcohol, fatty alcohol consumed some 48,8% (O.R. = 14,6); 96,3% do not use snuff, consume sporadically (3, 7%). The conclusions reached was that the trauma associated with abortion are among the factors of acute risk; in personal risk factors, marital status and parity they are associated with abortion especially nuliparity; and exogenous risk factors alcohol consumption is associated with abortion.

Keywords: Factors, abortion, pregnant.

ÍNDICE

Contenido:

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2. Delimitación de la Investigación.....	14
1.3. Formulación del Problema.	14
1.4. Objetivos de la investigación.....	15
1.5. Hipótesis de la Investigación.	16
1.6. Justificación de la Investigación.	16
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	18
2.2. Bases Teóricas.....	27
2.3. Definición de Términos.	37
CAPITULO III.....	40
METODOLOGÍA.....	40
3.1. Tipo de Investigación.	40
3.2. Diseño de la Investigación.....	41
3.3. Población y Muestra de la Investigación.	41

3.3.1. Población	41
3.3.2. Muestra.....	41
3.4. Variable, Dimensiones e Indicadores.	43
3.5. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos	44
3.5.1. Técnicas.	44
3.5.2. Instrumentos.....	44
3.6. Procedimientos.....	45
CAPITULO IV	46
RESULTADOS	46
4.1. Resultados.....	46
4.1.1. Asociación de factores agudos con aborto.....	46
4.1.2. Asociación de factores personales con aborto.....	51
4.1.3. Asociación de factores exógenos con aborto.....	62
4.2. Discusión de los resultados.	66
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES.....	74
ANEXOS.....	78
1. Hoja de Recolección de Datos	79
2. Matriz de Consistencia	80
3. Permiso al Hospital.....	82
4. Fotos Durante la recolección de datos de las Historias Clínicas	85

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Infecciones presentadas en mujeres con y sin aborto.....	46
Tabla 2. Traumatismos en mujeres con y sin aborto.....	48
Tabla 3. Uso de prostaglandinas en mujeres con y sin aborto.....	49
Tabla 4. Edades por etapas de vida en mujeres con y sin aborto	51
Tabla 5. Nivel de instrucción en mujeres con y sin aborto	52
Tabla 6. Ocupación de mujeres con y sin aborto.....	54
Tabla 7. Estado civil de mujeres con y sin aborto	55
Tabla 8. Antecedente de aborto en mujeres con y sin aborto.....	56
Tabla 9. Estado nutricional en mujeres con y sin aborto	58
Tabla 10. Paridad en mujeres con y sin aborto	59
Tabla 11. Paridad dicotomizada en mujeres con y sin aborto	60
Tabla 12. Consumo de alcohol en mujeres con y sin aborto	62
Tabla 13. Aborto según consumo de tabaco	63
Tabla 14. Contrastación de hipótesis.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Infecciones presentadas en mujeres con y sin aborto.....	47
Figura 2. Traumatismos en mujeres con y sin aborto.	48
Figura 3. Uso de prostaglandinas en mujeres con y sin aborto.	50
Figura 4. Edades por etapas de vida en mujeres con y sin aborto.....	51
Figura 5. Nivel de instrucción en mujeres con y sin aborto.....	53
Figura 6. Ocupación de mujeres con y sin aborto	54
Figura 7. Estado civil de mujeres con y sin aborto.....	55
Figura 8. Antecedente de aborto en mujeres con y sin aborto.....	57
Figura 9. Estado nutricional en mujeres con y sin aborto.....	58
Figura 10. Paridad en mujeres con y sin aborto.....	59
Figura 11. Paridad dicotomizada en mujeres con y sin aborto.....	61
Figura 12. . Consumo de alcohol en mujeres con y sin aborto.....	62
Figura 13. Aborto según consumo de tabaco	64

INTRODUCCIÓN

El aborto es la pérdida del producto de la concepción durante la primera mitad de gestación, ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas de existencia del ser humano; adquiriendo en la actualidad gran importancia, tanto por sus implicaciones y por las diferentes posturas que existen frente a este tema.

Según la Organización Mundial de la Salud – 2012, se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte alrededor de 47,000 mujeres por abortos provocados, que a su vez representan el 13% de todas las defunciones maternas y discapacidades en otras 5 millones de mujeres, como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro. Esto podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos. Se estima que el costo anual por tratamientos de complicaciones importantes derivadas de abortos peligrosos asciende a \$680 millones.

En el Perú se practican cada año 371,000 abortos clandestinos lo que significa que hay 5 mujeres que abortan por cada 100 gestantes, de los cuales 7,000 se realizan por razones de salud, (en Perú desde 1924 es legal el aborto terapéutico). De las más de 2,000 mujeres que quedan embarazadas diariamente en Perú, 813 llevan embarazos no deseados, y casi el 90% de los embarazos de mujeres entre los 12 y 14 años son producto de violación sexual, según datos oficiales citados por la organización no gubernamental. Los abortos inseguros y las complicaciones derivadas de ellos son la tercera causa de mortalidad materna y la primera causa de morbilidad de hospitalización de las mujeres.

De 3,8 millones de mujeres sexualmente activas, cerca del 30% (1,4 millones), están expuestas al riesgo de embarazos no deseados por falta de

acceso a métodos anticonceptivos y desconocimiento. Los porcentaje de aborto en la costa 11,9%, sierra, 8,2%, selva 9,9%.¹

El presente trabajo de investigación se realizó por la necesidad de determinar los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay y así mismo, establecer la relación entre los factores de riesgo y aborto en gestantes.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.

El aborto es la pérdida del producto de la concepción durante la primera mitad de gestación, ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas de existencia del ser humano; adquiriendo en la actualidad gran importancia, tanto por sus implicaciones y por las diferentes posturas que existen frente a este tema.

El aborto, atenta contra la existencia humana, en sus diversas etapas de desarrollo de un embrión, es un asunto delicado que merece conocerse, analizarse y realizar estudios que muestren la magnitud del problema en nuestro medio.

Entre 10 a 15% de todos los embarazos clínicamente reconocidos, alrededor de un 5% de todas las parejas enfrentará pérdida reproductiva recurrente, es decir, dos o más abortos espontáneos². La mitad de los abortos del primer trimestre son causados por anomalías cromosómicas fetales diagnosticadas por técnicas convencionales; el 20% de los abortos del 2° trimestre tiene una alteración citogenética.³

La OMS también estima que cada año a nivel mundial, quedan embarazadas 208 millones de mujeres; entre ellas, el 59 % (123 millones) tiene un embarazo planificado (deseado) que culmina con un nacimiento con vida; el 41 % restante (85 millones) de los embarazos no es deseado y termina en un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina.

En el 2012 según el instituto nacional de estadística e informática (INEI) las causas de muerte directas, registradas por el ministerio de salud fueron: hemorragias (40,2%), hipertensión Inducida por el embarazo (32%), aborto (17,5%), e infecciones durante el período de puerperio (4,1%).⁴

La tasa global de fecundidad en la última década en el Perú ha disminuido de 3,5 nacimientos por mujer a principios de la década del 90 a 2,4 en el año 2013.⁴

Los resultados obtenidos en el año 2013 por el INEI, muestran que el 5,9% de adolescentes alguna vez embarazadas, tuvieron algún embarazo que no resultó en nacido vivo, un (81,5%) ocurrió principalmente en los primeros tres meses de gestación, sin embargo, no se sabe si el embarazo terminó espontáneamente o si la interrupción fue provocada.⁵

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, los abortos corresponden al 5% (2012) y 3,5% (2013) aproximadamente del total de pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia.⁶ En el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay en el año 2013 se ha observado alta incidencia de abortos (252 casos), que representa el 8,39%, del total de pacientes hospitalizadas, este porcentaje es mucho más alto que el Instituto Nacional Materno Perinatal (3,5%), siendo así un problema de salud pública.⁷

La investigación tiene la finalidad de conocer y determinar los factores de riesgo asociados al aborto, siendo el aborto la complicación más frecuente durante la primera mitad del embarazo. El aborto, ya sea

provocado o espontáneo sin atención, es una condición médica que puede poner en peligro o amenazar la vida de una mujer, si no se realiza un procedimiento médico calificado.

Por lo tanto, se plantea la siguiente interrogante; ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014? dentro de ello se tendrá en cuenta los factores de riesgo personales, sociales y exógenos del aborto debido a la importancia que tiene este tema, ya que hablar de "aborto" es versar sobre lo más trascendente del género humano "la vida misma".

1.2 Delimitación de la Investigación.

1.2.1. Delimitación Temporal.- El tiempo de la investigación es durante todo el año 2014.

1.2.2. Delimitación Espacial.- El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega de la ciudad de Abancay que queda en la Av. Daniel Alcides Carrión S/N.

1.2.3. Delimitación social.- La investigación comprendió a gestantes antes de las 22 semanas de embarazo que terminaron en aborto y gestantes mayor a las 22 semanas que culminaron en parto eutócico.

1.3. Formulación del Problema.

1.3.1. Problema Principal.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014?

1.3.2. Problemas Secundarios.

1.- ¿Existe asociación entre los factores de riesgo agudos (infecciones, traumatismos, y uso de prostaglandinas) con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014?

2.- ¿Existe asociación entre los factores de riesgo personales con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014?

3.- ¿Existe relación entre los factores de riesgo exógenos con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1 . Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014.

1.4.2 . Objetivos Específicos

1.- Determinar la asociación entre los factores de riesgo agudos (infecciones, traumatismos, y uso de prostaglandinas) con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014.

2.- Determinar la asociación entre los factores de riesgo personales con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014.

3.- Determinar la relación entre los factores de riesgo exógenos con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay 2014.

1.5 Hipótesis de la Investigación.

1.5.1 . Hipótesis General.

Los factores de riesgo agudos, personales y exógenos se constituyen como factores de riesgo para la culminación del embarazo en aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2014.

1.5.2. Hipótesis Secundarias.

1.- Los factores de riesgo agudos están asociados al aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega 2014.

2.- Los factores de riesgo personales están asociados al aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega 2014.

3.- Los factores de riesgo exógenos están relacionados al aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega 2014.

1.6. Justificación de la Investigación.

El aborto es un problema de salud pública porque se presenta de manera frecuente en nuestro país y en todo el mundo. Es trascendental para las mujeres en especial adolescentes y jóvenes, ya que sufren el rechazo y la marginación de sus familiares así como también del entorno social, a consecuencia de un embarazo no planificado; la mortalidad materna en adolescentes de 12 a 17 años de edad, para el 2012 representa el 9,6%, donde la primera causa de muerte materna directa es la HIE (hipertensión inducida por el embarazo), seguida del aborto, la hemorragia, y la infección.

El presente estudio nos servirá para evitar las complicaciones del aborto inseguro y provocado, que incluyen la hemorragia, septicemia, peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales, de estas complicaciones alrededor del 20 % al 30 % de los abortos provocan infecciones del aparato reproductor femenino.

Los resultados obtenidos de los factores de riesgo del aborto en nuestro medio serán de utilidad para la prevención de embarazos no deseados; además servirá de insumo al ente rector para que puedan diseñar estrategias de información y educación a la población gestante, para prevenir y disminuir la incidencia del aborto. Asimismo, a los profesionales de la salud va a permitir tomar medidas ante las usuarias con antecedente o riesgo de aborto a fin de evitar complicaciones futuras, ya que actualmente siguen siendo pocos los esfuerzos por parte de los profesionales de la salud para identificar y prevenir los factores de riesgo que conllevan al aborto.

También, cabe mencionar que hay investigaciones que se pueden realizar más adelante sobre el porcentaje o la violencia familiar como factor de riesgo para el aborto, la exposición a agentes químicos, y la radiación que coadyuvan el aborto.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.

2.1.1 . Antecedentes internacionales.

TÍTULO: FACTORES PERSONALES Y ABORTO EN ADOLESCENTES.

AUTOR: Hernández Hernández Patricia/ Santos Dolores Eunice

AÑO: 21 de febrero del 2007

LUGAR: Minatitlán-Bolivia

El objetivo del presente estudio fue conocer los factores personales y la prevalencia de aborto en adolescentes. Metodología: mediante un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, para lo cual se revisaron los expedientes de un hospital de segundo nivel de la región sur del estado de Veracruz, utilizando una cédula de recolección de datos, que indagaba información relacionada con los factores personales y antecedentes ginecoobstétricos. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar. Los resultados muestran que el promedio de edad de las adolescentes que abortaron es de 17 años, con estado civil de unión libre (51,1%) solteras (34,7%), casada (14,1%), dedicadas a las labores del hogar (68,5%), estudiante

(13,2%), con escolaridad promedio de primaria terminada (24,4%), secundaria completa (21,6%), analfabeta (5,2%), procedentes de zona urbana (62,4%) y que no practican ninguna religión (64,3%). La edad promedio de menarca fue de 12 años, con inicio de vida sexual activa a los 15 años, destacando las primigestas que no han llegado a concluir un embarazo (70,9%), segundigesta (24,9%) y multigesta (1,9%), el mayor índice de adolescentes no ha tenido ningún parto (82,6%), seguido de las que han tenido un parto (16,4%). predominando el aborto en la onceava semana de gestación, con mayor frecuencia en el mes de julio, con diagnóstico de ingreso por aborto incompleto y de egreso postoperada de legrado uterino instrumental.

Conclusiones: en éste estudio se encontró que el promedio de edad de las adolescentes que abortaron es de 17 años, el estado civil más frecuente fue unión libre, seguida de las solteras y dedicadas al hogar, también se encontró que gran parte de las adolescentes sólo cuentan con primaria terminada y no pertenecen a ningún grupo religioso el mayor Índice de abortos se presentó en adolescentes procedentes del municipio de Coatzacoalcos.

Los resultados obtenidos sobre los antecedentes gineco-obstétricos fueron los siguientes: la edad promedio de inicio de vida sexual activa fue de 15 años, predominando la menarca a los 12 años, también se encontró que la mayoría de las adolescentes son primigestas sin ningún parto. En lo que respecta a las semanas de gestación el promedio fue de 11 semanas, observándose con mayor frecuencia el aborto espontáneo.⁹

TÍTULO: FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL LAPSO DEL 6 DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

AUTOR: Juri Mariuxi Macas Macas.

AÑO: 2013

LUGAR: Guayaquil – Ecuador

Menciona que se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. El universo estuvo conformado por un total de 633 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de abortos, de los cuales 481 estuvo constituida por expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, mientras que la muestra estuvo representada por 273 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto. Los resultados muestran que el 98,53% en relación con el misoprostol no se auto-medicaron, la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%, el 87,18% procedían de zonas urbanas, el 22,34% tenían dos gestaciones, el 49,08% son nulíparas, el 54,94% sin abortos previos, el 63,00% sin cesáreas previas, mientras un 79,85% fueron abortos incompletos espontáneos como causa desencadenante.

Conclusiones: Del análisis de los resultados se concluye; que la automedicación con misoprostol no constituyó en el factor mayormente asociado al aborto incompleto porque representó el 1,46% de los casos.

Los grupos de edad que presentaron mayor número de casos fueron los comprendidos entre los 21-26 años; y el 87,18% procedían del área urbana.

En cuanto a los antecedentes obstétricos; historia de embarazos o gestaciones, 61 pacientes han tenido dos gestaciones (22,34%). En

el número de partos, 49,08% se encontró que son nulíparas, y para 150 pacientes (54,94%) la mayoría de pacientes no tenían antecedentes de aborto previos, las pacientes con antecedentes de cesáreas anteriores corresponde a 101 casos, de las cuales el 19,41% tuvo 1 cesárea anterior, 13,18% tuvo 2 cesáreas anteriores, 3,66% tuvo 3 cesáreas anteriores, y el 0,73 tuvo 4 cesáreas anteriores. La causa desencadenante al aborto incompleto; se obtuvo que es el que se produce espontáneamente ya que represento el 79,85% (218 casos); seguido de traumatismos 5,59, esfuerzo físico excesivo 2,56% y 7,69% por antecedentes patológicos personales. ¹⁰

TÍTULO: “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTANEO”.

AUTOR: Jesús Joaquín Hijona Elosegui.

AÑO: 2009

LUGAR: Granada-España.

Menciona que el aborto espontaneo es aquel embarazo que finaliza espontáneamente antes de que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad. Material y métodos: se estudió a aquellas mujeres que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio y que se caracterizaba por los casos de haber sido atendida en nuestro hospital por la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de menos de 22 semanas gestacionales y con peso menor o igual a 500 gr, y embarazadas de menos de 22 semanas cuyo embarazo discurría libre de aborto o sintomatología compatible con formas iniciales de presentación del mismo (sangrado o dolor hipogástrico).

El estudio es prospectivo- experimental. Resultados: los resultados fueron obtenidos a partir del estudio de 132 pacientes, que aceptaron participar en la investigación una vez propuesta su colaboración en función de los criterios de selección previamente

establecidos. La edad media de las pacientes abortadoras fue de 31 – 34 años de edad, con una mediana de 31 años; la mayoría, estaban casadas (85,6%), y el (99,2%) tenían pareja estable; el 41,7% fueron nulíparas, y un 27,3% primíparas; las pacientes abortadoras el 25,8% de las pacientes que terminaron en aborto espontáneo tenían estudios superiores, pero casi el 45% tenían un nivel de formación académica que no superaba los estudios primarios; la profesión más extendida dentro del grupo de mujeres abortadoras fue la de ama de casa 31,1% del total, seguida por la administrativa y dependiente 8,4% y 6,4% respectivamente, dentro de 40 ocupaciones distintas comunicadas; respecto al peso la media fue de 66,0583 kilogramos, la desviación típica de 12,9981 kilogramos y la mediana 63,100 kilogramos. El 31,8% de las pacientes presentaban sobrepeso y algo más del 9% eran obesas según el índice de Quetelet, no encontrándose casos de bajo peso. El 47% de las abortadoras tuvieron al menos un parto previo; el 23,5% de las pacientes abortadoras contaba entre sus antecedentes obstétricos con al menos un aborto anterior; el 34,1% de las pacientes padecieron amenaza de aborto; más del 70% de los casos fueron retenidos; un tercio 33,3% de las pacientes abortadoras se declararon fumadoras habituales, la mitad de ellas fumaban al menos 7 cigarrillos/día, y el 27,3% sobrepasaban las diez unidades. Un 2,27% del total de pacientes (3 casos), referían haber fumado ocasionalmente durante el embarazo. El 25% de las pacientes se declararon consumidoras de alcohol fuera del embarazo (3% habitualmente y 22 % ocasionalmente), el Hábito persistió durante la gestación en el 6,81% de las abortadoras. El 74,26% no padeció enfermedad alguna durante el embarazo estudiado, la disfunción tiroidea, fue la patología más prevalente, afecto al 9,08% de mujeres, la infección urinaria 1,51%, flemón dentario 0,75%, gastroenteritis 0,75%.

Conclusiones: En la muestra estudiada existe una alta prevalencia de disfunción y autoinmunidad antitiroidea; la exposición excesiva a

dosis de tabaco y café se presenta en nuestro estudio con una prevalencia superior a la recogida en la bibliografía consultada; el sobrepeso y la obesidad constituyen trastornos muy prevalentes entre las muestras de las pacientes estudiadas que sufren aborto. ¹¹

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

TÍTULO: “FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO ESPONTÁNEO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN, HUACHO – LIMA, DURANTE EL PERIODO AGOSTO-DICIEMBRE DEL 2012”

AUTOR: Jacob Sanchez C.Juno

AÑO: 2013

LUGAR: Lima – Perú

Objetivo: Identificar los factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, agosto a diciembre del 2012.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, se definió como caso a toda paciente con diagnóstico de aborto espontáneo. Por cada caso se tomó dos controles.

Resultados: 200 mujeres presentaron aborto lo que representa una frecuencia del 20,9 % y una tasa de 2,642 abortos por mil recién nacidos vivos durante el periodo de estudio.

Se halló que los principales factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo son: tener edad \geq 35 años (OR=1,91), ser multigesta (36,4%) (OR=3,58) o gran multigesta (5,6%) (OR= 5,83), tener antecedentes de cesárea (OR=2,58), legrado uterino (OR=2,42), abortos (OR=5,7), parto prematuro (OR=4,41), el consumir cafeína (OR= 5), tabaco (OR=15,29), bebidas alcohólicas (OR=26,91), la obesidad (OR=2,85), la amenaza de aborto (OR=4,06), la patología

ovárica durante la gestación (OR=5,24), la infección urinaria (OR=4,8), la fiebre (OR=5,81), la diabetes (OR=5,06) y el estrés materno (OR=3,63). No tenían antecedente de aborto previo (51,7% de casos y 76,8% de controles).

Conclusiones: La frecuencia de aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho - Lima, durante el periodo agosto a diciembre del 2012 fue del 20,9 %.

El único factor sociodemográfico que constituye un factor asociado de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres es la edad mayor o igual de 35 años, 32,2% de los casos; el 45,55 de casos y 44,3% de controles tenían educación secundaria y 42,7% de casos y 47,3% de controles tenían educación superior; se evidencia que el nivel educativo no constituye un factor asociado de riesgo para el aborto en las pacientes estudiadas.

Los antecedentes gineco-obstétricos que constituyen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres, son: dos o más embarazos previos (26,6%), abortos (48,3% de casos y 23,2% de controles), legrados (39,9% y 21,5%), partos prematuros; los hábitos maternos que constituyen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres, son: el consumo de cafeína >150mg/día, dos o más episodios de Intoxicación alcohólica (15,4% de casos y 0,7% de controles), tabaquismo (4,9% de casos y 0,3% de controles), no tomar suplementos nutricionales durante el embarazo, el sobrepeso 37,1% de casos y 26,2% de controles y obesidad 14,7% de casos y 5,7% de controles.

Las complicaciones médicas o gineco-obstétricas del embarazo que constituyen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas, son: haber presentado amenaza de aborto previa, cursar con patología ovárica, presentar infección urinaria (20,3%), fiebre materna, infección respiratoria, cursar con diabetes mellitus, y presentar un nivel de estrés bajo o medio.¹²

TÍTULO: “FACTORES ASOCIADOS A AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BÁSICAS LA NORIA.”

AUTOR: Orbegoso Pardavé, Adi Graalin Shakti

AÑO: 2014

LUGAR: Trujillo – Perú

Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados a amenaza de aborto en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria.

Material y métodos: se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 545 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin amenaza de aborto.

Resultados: el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de amenaza de aborto fueron: la frecuencia de amenaza de aborto en el grupo con antecedente de aborto fue de 13% mientras que en el grupo sin antecedente de aborto fue de 6%. (OR: 2,53; $p < 0,05$), la frecuencia de amenaza de aborto en el grupo que usó anticonceptivos hormonales fue de 11% mientras que en el grupo que no usó anticonceptivos hormonales fue de 4%. (OR: 287; $p < 0,05$), antecedente de pielonefritis fue de 18% mientras que en el grupo sin antecedente de pielonefritis fue de 10%. (OR: 2,11; $p < 0,05$), exposición a bebidas alcohólicas fue de 2% mientras que en el grupo sin exposición a alcohol fue de 1%. (OR: 4,05; $p > 0,05$).

Conclusiones: el antecedente de aborto es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto, el uso de anticonceptivos hormonales es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto, el antecedente de pielonefritis es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto, la exposición a bebidas alcohólicas no es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto.¹³

TÍTULO: FACTORES MÉDICOS Y SOCIO EPIDEMIOLOGICO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE ABORTO EN EL INSTITUTO MATERNO PERINATAL PERIODO FEBRERO-SETIEMBRE DEL 2008.

AUTOR: Martha Rufina Rojas Otero.

AÑO: 2009.

LUGAR: Lima-Perú.

Objetivo: determinar los factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal, periodo febrero-setiembre del 2008; diseño: estudio observacional, descriptivo transversal, prospectivo; material y método: se realizó una encuesta a toda gestante que cumplía con los criterios de inclusión, a toda gestante con una edad gestacional de hasta 22 semanas y con diagnóstico de amenaza de aborto que se encontraban hospitalizadas en los servicios de adultas y adolescentes en el periodo de estudio, no se trabajó con muestra, previa firma del consentimiento informado como aceptación de autorización para continuar con la encuesta respectiva con ficha de recolección de datos referentes a su estado de salud y socio epidemiológicos, se utilizó la base de datos disponible en la oficina de apoyo a la investigación SPSS Versión 13. Resultados: hubieron 135 casos de amenazas de abortos de un total de 6,669 gestaciones, representa una incidencia de 2,02%, son características epidemiológicas: 24% menores de 19 años, 41,5% son no deseados, 68,15% empezaron su relación sexual entre los 15 a 19 años, 0,7% el embarazo fue por violación, 12,6% indujeron el aborto, el 89,63% no usaban métodos anticonceptivos, el 33,3% de los padres no aceptaba la gestación de su hija y el 27,41% de los responsables del embarazo no aceptaban la gestación. Mayor número de casos en paridad 2 a 5 con un 61,5% y en 40,7% se presentan hasta las 20 semanas. Continúan el embarazo en un 80% y constituye un factor de riesgo la edad menor

de 20 años (OR= 2,88), el embarazo no deseado (OR= 2,75), el control prenatal es un factor protector evidente (OR= 6,6).

Conclusiones: Los factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto que tuvieron mayor relevancia en la población que acude al Instituto Nacional Materno Perinatal fueron, edad entre 20 y 35 años (60%), edad de la primera relación sexual entre 15 y 19 años (68,1%), el embarazo no deseado (41,5%), Indujeron el aborto (12,6%), no usaban métodos anticonceptivos (89,6%), el mayor número de casos se presentó en la paridad 2 a 5 (61,5%) y la gestación continuó en 80% de los casos. Así mismo constituyen factores de riesgo evidente la edad menor a 20 años (OR = 2,88) y el embarazo no deseado (OR = 2,75), y el mayor factor protector es el control prenatal (OR =6,6). En consecuencia, la Institución deberá adoptar medidas fundamentalmente educativas en los programas de adolescencia y planificación familiar en aras de disminuir la incidencia de esta complicación en el futuro de estas pacientes.¹⁴

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Aborto:

El aborto es la Interrupción del embarazo menor de 22 semanas de gestación (según la FIGO) y < 500 gr de peso.

Su frecuencia en general se presenta en 50 a 70% de los embarazos. La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación.

Del total de concepciones, 30% se pierden por fallas en la implantación, 30% abortos preclínicos, 10% abortos clínicos.¹⁵

La mayoría de los abortos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20. El aborto recurrente se encuentra en 1% de todas las mujeres.¹⁶

Según la OMS, en los países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto o interrupción es de 1 por cada 100,000 procedimientos.

A. Tipos.

1. Aborto espontáneo.

El aborto espontáneo o aborto natural es aquel que no es provocado intencionalmente; la causa más frecuente es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas. En otros casos se debe a anomalías del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre o enfermedades infecciosas.

Entre las causas o los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la adenomiosis, las cirugías tubáricas y la endometriosis que es una enfermedad que ocurre cuando el tejido endometrial, es decir, el tejido que reviste internamente el útero y que se expulsa durante la menstruación, crece fuera de él. En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los AER (aborto espontáneo recurrente) puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la cantidad de sangre que se irriga, alteraciones de la placenta y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal. Se cree que el AER (aborto espontáneo recurrente) en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Los problemas de salud de la madre pueden ser las causas de un aborto espontáneo como Fumar, consumir alcohol, los traumas y el abuso en el consumo de drogas, aumentan las posibilidades de un aborto.¹⁶

2. Aborto inducido o provocado.

El aborto inducido es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto hasta las 22 semanas del embarazo. Puede tratarse de un aborto terapéutico (o aborto indirecto) cuando se realiza desde razones médicas, o de un aborto electivo (interrupción voluntaria del embarazo), cuando se realiza por decisión de la mujer embarazada.¹⁷

A su vez, según la técnica empleada para inducir el aborto, se puede hablar de aborto médico o aborto con medicamentos y de aborto quirúrgico.

El aborto terapéutico que es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo sus contenidos.¹⁷

B) Clasificación de Forma Clínica.

1. Aborto inevitable: Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.
2. Aborto completo: Es la eliminación total del contenido uterino.
3. Aborto incompleto: Es la eliminación parcial del contenido uterino.
4. Aborto retenido o diferido: Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.
5. Aborto séptico: Complicación infecciosa grave del aborto.¹⁸

2.2.2 Factores de riesgo.

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo a que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o cualquier otro problema de salud.

2.2.2.1. Factores Agudos.

Los síntomas agudos aparecen, cambian o empeoran rápidamente con el tiempo. Es lo opuesto a crónico.

A. Infecciones.

1. Infecciones Urinarias.

Son las infecciones bacterianas más frecuentes durante el embarazo, causadas por los microorganismos que se encuentran en la flora perineal normal. El microorganismo más frecuente que ocasiona este tipo de infecciones en 90% son las cepas de escherichiacoli.¹⁹

Son importantes en el embarazo, más por su frecuencia que por su gravedad, porque una de cada diez personas es portadora de la bacteria en la orina, sin tener ningún tipo de síntomas (bacteriuria asintomática). El riesgo de esto es que el 10% de las infecciones urinarias adquiere un cuadro intenso con pielonefritis aguda, dentro de los cuales 1 de cada 20 personas toma un curso grave, con complicaciones como la amenaza de aborto.¹⁹

1. Infecciones Periodontales

Se ha propuesto que la infección que induce la labor de parto y la prematuridad está mediada por la infección directa de la unidad placenta/feto o indirectamente por mediadores inflamatorios en la interface materno/fetal. Desde 1931 autores como Galloway sugerían que la infección periodontal producida por ciertos microorganismos, podían producir cambios infecciosos con efectos potencialmente dañinos para la mujer embarazada y el feto en desarrollo, y estudios recientes así lo demuestran.²⁰

Durante el embarazo se produce un aumento de progesterona, que puede producir una modificación en la composición bacteriana de la placa dental, por tanto la probabilidad de sufrir inflamación de las encías (gingivitis) es elevada durante todo el embarazo. Durante el embarazo, algunas mujeres pueden observar inflamación y sangrado de las encías cuando se cepillan los dientes, formación de granulomas biogénicos (respuesta inflamatoria exagerada), o de hemangioma capilar polipoide, el cual se puede ubicar principalmente en la zona anterior. Además, hacia el octavo mes del embarazo podría aparecer hipermovilidad dentaria.

En la mujer embarazada con periodontitis, estas bacterias y sus productos pueden alcanzar la membrana placentaria por vía sanguínea y provocar un efecto inflamatorio que induzca abortos o parto prematuro.²⁰

3. Vaginosis Bacteriana.

La vaginosis bacteriana, señalan los autores, es la causa más frecuente de flujo anómalo en las mujeres de edad fértil, con una prevalencia de hasta el 31% en embarazadas. La vaginosis bacteriana se desarrolla cuando los lactobacilos vaginales normales son reemplazados por un sobre crecimiento de *Gardnerella vaginalis*, anaerobios y micoplasmas. La entidad durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto tardío, parto pretérmino, endometritis posparto y neonatos de bajo peso; aunque la vaginosis bacteriana no afecta la concepción, incrementa el riesgo de aborto en el primer trimestre.²¹

B. Traumatismos

1. Violencia Física

La relación entre el embarazo y la violencia tiene diferentes facetas: las lesiones físicas y emocionales, en el caso de las mujeres que son maltratadas en su edad reproductiva, los efectos son agravados. Puede que las adolescentes y mujeres adultas que son agredidas física y sexualmente tengan que afrontar las infección transmitida sexualmente/virus de la inmunodeficiencia humana (ITS/VIH), el embarazo no deseado, el aborto espontáneo, el parto de un feto muerto, e incluso la muerte. Algunos países y estados no permiten el aborto en casos de violación e incesto; por tanto la mujer se ve forzada a recurrir a un aborto clandestino, el cual en muchos casos puede ser arriesgado y poner en peligro la salud e incluso la vida de la mujer. Debido al estigma en torno al aborto, las mujeres que escogen esta opción pueden, además, afrontar abuso cuando buscan la asistencia del sistema jurídico y los cuidados del sistema de salud. La falta de información, desconocimiento de sus derechos como ser humano y el alto grado de temor bajo amenaza que sufren las mujeres, aunado a la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por los prestadores de salud.²²

2) Accidentes.

Las causas más frecuentes de traumatismos en la mujer son los accidentes de tráfico, accidentes laborales, heridas por arma blanca y /o de fuego.

Las respuestas del organismo de la mujer embarazada a la situación traumática causada por accidentes son diferentes a las de las personas no embarazadas. Existen una serie de modificaciones maternas que afectan a todos los órganos.

Los traumatismos aumentan la incidencia de abortos espontáneos, parto pre-término, abrupcio de placenta y muerte fetal. Los traumatismos menos graves se asocian con numerosas complicaciones del embarazo como hemorragia materno-fetal, desprendimiento de placenta, muerte fetal y parto pre-término. El riesgo de aborto por traumatismo aumenta conforme avanza la edad gestacional, con menos de 16 semanas el riesgo de aborto es menor, debido a que el feto se localiza durante este periodo en la profundidad de la cavidad pélvica muy protegido por los huesos de esta cavidad; a mayor edad gestacional, el útero gestante con el feto y la placenta se encuentra en la parte superior de la cavidad pélvica en el abdomen y son más susceptibles a los efectos del traumatismo.²³

C. Uso de Prostaglandinas.

1. Misoprostol.

El Misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que al interactuar con los receptores de prostaglandina suaviza el cérvix y el útero este se contrae y trae consigo la expulsión de los contenidos uterinos. El Misoprostol es en términos relativos, metabólicamente resistente y por tanto tiene una acción prolongada.²⁴

2.2.2.2. Factores Personales.

Están relacionados con la vida de una persona y su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud.

A. Edad Materna

Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en: mujeres mayores de 35 años, (en mayores de 40 años se duplica el riesgo).

Este aumento de riesgo es conforme se incrementa la edad de la madre no puede ser atribuido exclusivamente a la mala calidad ovocitaria secundaria al aumento de la edad, pues en estudios con gestaciones obtenidas mediante donación de ovocitos los resultados son equiparables a los anteriores, una vez que la fase de implantación ha finalizado. Dicha circunstancia ha hecho " que se empiecen a contemplar otros factores como el" envejecimiento uterino, como contribuyentes al aborto.²⁵

Un amplio estudio llevado a cabo con más de 1, 200,000 mujeres permitió estratificar el riesgo de aborto según la edad materna en grupos en los cuales las mujeres de 12 a 19 años (13,3%), 20 a 24 años (11,1%), 25 a 29 años (11,9%), 30 a 34 años (15,0%), 35 a 39 años (24,6%), 40 a 44 años (51,0%), 45 a más (93,4%).²⁵

B. Antecedentes de Aborto.

1) Aborto Recurrente

Es aquel aborto con más de dos pérdidas consecutivas aumenta el riesgo al 28%.

2) Aborto Habitual

Es aquel en el que se dan 3 o más abortos consecutivos espontáneos, o 5 intermitentes el riesgo es un 43%.

3) Ocasional

Es aquel aborto en el que se da en una sola ocasión el riesgo después de esto aumenta en un 20%.

C. Estado Nutricional

La obesidad con un IMC > 30 kg/m² es un factor de riesgo para el aborto, el bajo peso (anorexia) también puede influir tanto en la consecución del embarazo como en su éxito.²⁶ El IMC se define

como el resultado del cociente entre el peso de la paciente (medido en kilogramos) y su talla (medida en metros) al cuadrado.

El índice de masa corporal IMC o índice de Quetelet permite establecer de modo indirecto, la densidad de grasa de un individuo. Según los siguientes valores mencionados por la organización mundial de salud son:

1) Adecuado

Se considera normal entre los valores de $IMC = 18,50 - 24,99$.

2) Bajo Peso

Se considera bajo peso a los valores de $IMC = <18,50$.

3) Sobre Peso

Se considera sobre peso a los valores de $IMC = 25 - 29,9$.

4) Obesidad

Se considera obesidad a los valores de $IMC = 30$ a más.

D. Estado Civil.

La situación conyugal de las mujeres y los hombres nos revela el comportamiento de la población respecto a cuál es el patrón de unión, desunión, legal o libre y su situación civil de solteras(os) casadas(os) etc.

E. Grado de Instrucción.

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado.

F. Ocupación.

La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de

actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo.

2.2.2.3. Factores Exógenos.

Son los aspectos externos que conforman el medio y el contexto en el que se mueven los individuos y que facilitan u obstaculizan el desarrollo personal o del grupo. Estos pueden ser de tipo Socioeconómico, Familiares y / o Culturales.

A. Consumo de Sustancias Tóxicas

1. Alcohol

Cuando una mujer embarazada bebe alcohol, éste viaja por vía sanguínea y llega a la sangre, los tejidos y los órganos del bebé. Eso significa que cuando una madre embarazada se toma un vaso de vino, su bebé también se toma un vaso de vino. Tomar alcohol puede perjudicar el desarrollo del bebé. El alcohol se descompone mucho más lentamente en el cuerpo del bebé que en un adulto; eso significa que el nivel de alcohol en la sangre del bebé permanece elevado por más tiempo que en la madre.

El alcohol actuando independientemente, es un factor de riesgo para aborto. Las mujeres que tomaron alcohol al menos 2 veces por semana tienen el doble de riesgo de tener aborto que las mujeres que no tomaron durante el embarazo, las complicaciones que se observan en el bebé pueden incluir: parálisis cerebral, parto prematuro, aborto espontáneo.²⁷

2. Tabaco.

El fumar durante el embarazo se asocia con aborto espontáneo, ya que la nicotina, es un potente vasoconstrictor, que reduce el flujo uterino y placentario. La exposición al tabaco eleva el riesgo de abortar en 1.4 a 1.8 veces.²⁷

2.3. Definición de Términos.

- **Aborto.-** El aborto es la Interrupción del embarazo menor de 22 semanas de gestación (FIGO) < 500 gr de peso.
- **Analfabeta.-** Es simplemente la incapacidad de leer y escribir que se debe generalmente a la falta de enseñanza de las mismas capacidades.
- **Casada.-** Es una institución social que crea un vínculo conyugal entre sus miembros. Este lazo es reconocido socialmente, ya sea por medio de disposiciones jurídicas o por la vía de los usos y costumbres.
- **Comerciante.-** La persona que se dedica habitualmente al comercio.
- **Conviviente.-** Persona con quien comúnmente se vive.
- **Estado Civil.-** La situación conyugal de las mujeres y los hombres nos revela el comportamiento de la población respecto a cuál es el patrón de unión, desunión, legal o libre y su situación civil de solteras(os) casadas(os), etc.
- **Estudiante.-** Se refiere al educando o alumno o alumna dentro del ámbito académico, y que se dedica a esta actividad como su ocupación principal.
- **Factores de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o cualquier otro problema de salud.
- **Factores Agudos:** Los síntomas agudos aparecen, cambian o empeoran rápidamente. Es lo opuesto a crónico.

- **Factores personales:** Están relacionados con la vida de una persona y su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud.
- **Factores exógenos:** Son los aspectos externos que conforman el medio y el contexto en el que se mueven los individuos y que facilitan u obstaculizan el desarrollo personal o del grupo.
- **Gran múltipara.-**Mujer que ha parido 6 veces o más.
- **Infecciones:** Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno, es decir, que existe invasión con lesión tisular por esos mismos gérmenes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus productos (toxinas) o ambos a la vez.
- **Misoprostol:** Es un análogo de la prostaglandina E1 que al interactuar con los receptores de prostaglandina suaviza la cérvix y el útero se contrae lo que trae consigo la expulsión de los contenidos uterinos.
- **Nulípara.-** Mujer que no ha parido nunca.
- **Ocupación.-**Ejercicio de la facultad de hacer o realizar alguna cosa que tiene un ser.
- **Paridad.-**Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más o que poseen más de 22 semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad).
- **Primaria.-** Es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados imprescindibles.
- **Primípara.-** Mujer que ha parido una vez.
- **Peso materno IMC.** Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet.
- **Riesgo.-** Un riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

- **Secundaria.**-Tiene como objetivo capacitar al alumno para poder iniciar estudios de educación media superior. Al terminar la educación secundaria se pretende que el alumno desarrolle las suficientes habilidades, valores y actitudes para lograr un buen desenvolvimiento en la sociedad.
- **Soltera.**-Es el estado civil, con reconocimiento legal, en la que se encuentra aquella persona que no ha contraído matrimonio.
- **Superior.**- Se refiere al proceso y a los centros o instituciones educativas en donde, después de haber cursado la educación preparatoria o educación media superior, se estudia una carrera profesional y se obtiene una titulación superior.
- **Traumatismos.** Lesión o daño de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación.

La forma de investigación fue básica, porque parte de investigaciones ya realizadas. Según el Consejo Nacional de la Universidad Peruana, es: “la que está dirigida hacia un fin netamente cognoscitivo, repercutiendo en unos casos en correcciones, y en otros en perfeccionamiento de los conocimientos, pero siempre con un fin eminentemente perfectible de ellos.”

Según la intervención del investigador fue observacional, debido a que los datos consignados durante de la investigación reflejan la evolución natural del evento.⁸

Según la planificación de toma de datos fue retrospectiva, los datos fueron recogidos de registros de la historia clínica donde el investigador no tuvo participación (secundarios).⁸

Según el número de datos que se mide la variable de estudio fue transversal, la variable de estudio se mide en una sola ocasión.⁸

Por el número de variable de interés fue analítico, ya que el análisis estadístico fue bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación entre factores.⁸

Nivel de Investigación

El nivel de investigación fue relacional estos estudios tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. Por lo que se buscó identificar la relación existente entre las variables factores de riesgo y aborto y cuáles de estas se constituyeron en factores de riesgo.⁸

Método

El método utilizado fue el científico cuantitativo- inductivo. Se utilizó el método científico, porque nos permitió describir, analizar e interpretar las variables que les caracterizaran de manera tal como se da en el presente estudio.

3.2. Diseño de la Investigación

El diseño del presente estudio fue epidemiológico de casos y controles, no experimental. Ya que se Estudio la morbi-mortalidad y eventos de la salud en poblaciones humanas.⁸

3.3. Población y Muestra de la Investigación.

3.3.1. Población

Estuvo representado por todos los casos de abortos atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, y los casos de embarazos que no terminaron en aborto (es decir que terminaron en parto eutócico), y se realizó durante los meses de enero a diciembre. Por ser un estudio de objetivo estadístico comparativo, no se requirió tener datos de la población.

3.3.2. Muestra

Para las unidades de estudio que integraron la muestra, se utilizó el muestreo probabilístico en la que todos los elementos que forman el

universo y que, por lo tanto, están descritos en el marco muestral, tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.⁸

El muestreo aleatorio simple, denominado también muestreo equiprobabilístico, es la técnica de muestreo en el que la muestra aleatoria está formada por n variables aleatorias independientes e idénticamente distribuidas a la variable aleatoria poblacional.⁸

Tamaño de la muestra para comparar frecuencias en dos grupos.

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
$1 - \alpha/2 =$ Nivel de Confianza a dos colas	$1 - \alpha/2 =$	0.975
$Z_{1-\alpha/2} =$ Valor tipificado	$Z_{1-\alpha/2} =$	1.960
Beta (Máximo error tipo II)	$\beta =$	0.200
$1 - \beta =$ Poder estadístico	$1 - \beta =$	0.800
$Z_{1-\beta} =$ Valor tipificado	$Z_{1-\beta} =$	0.842
$p_1 =$ Prevalencia en el primer grupo	$p_1 =$	0.400
$p_2 =$ Prevalencia en el segundo grupo	$p_2 =$	0.200
$p =$ Promedio de la prevalencia	$p =$	0.300

Tamaño de cada grupo	$n =$	81.22
----------------------	-------	--------------

El tamaño de la muestra para el presente estudio fue:

Tamaño de la muestra para los casos (con aborto) = 82

Tamaño de la muestra para los casos (sin aborto) = 82

TÉCNICA DE MUESTREO

El procedimiento empleado fue el siguiente:

- 1) se asignó un número a cada individuo de las gestantes con aborto y sin aborto.
- 2) a través de números aleatorios generados con un ordenador, se eligió tantos sujetos como fuese necesario para completar el tamaño de muestra requerido para ambos grupos.

3.4. Variable, Dimensiones e Indicadores.

VARIABLE ASOCIADA	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES	TIPO DE VARIABLE
Factores de Riesgo	1.RIESGOS AGUDOS	1.1 infecciones.	a) infecciones urinarias.	Cualitativa nominal
			b) periodontales	
			c) otras	
			d) ninguna	
		1.2 traumatismos	a) violencia física.	Cualitativa nominal
			b) accidentes	
			c). ninguno	
		1.3.uso de prostaglandinas	a) si	Cualitativa nominal
			b) no	
	2. FACTORES PERSONALES	2.1 Etapas de vida.	a) Adolescente	Cualitativa ordinal
			b) Joven	
			c) Adulta	
		2.2 nivel de instrucción	a) analfabeta	Cualitativa ordinal
			b) primaria	
c) secundaria				
d) superior no universitaria				
e) universitaria				
2.3. ocupación		a) ama de casa	Cualitativa nominal	
		b) estudiante		
		c) comerciante		
		d) otro		
2.4. estado civil	a) soltera	Cualitativa nominal		
	b) casada			
	c) conviviente			

		2.5 antecedente de aborto.	a) con antecedente	Cualitativa nominal	
			b) sin antecedente		
		2.6 Estado nutricional.		a) bajo peso	Cualitativa ordinal
				b) adecuado	
				c) sobre peso	
				d) obesidad	
		2.7 paridad		a) nulípara	Cualitativa ordinal
				b) primípara	
				c) múltipara	
				d) gran múltipara	
3. FACTORES EXÓGENOS.	3.1 consumo de sustancias tóxicas.	a) alcohol	Cualitativa nominal		
		b) tabaco			
		c). ninguno			
VARIABLE DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	Tipo de variable	
Aborto.	Aborto.	Reporte de episodio de aborto en la historia clínica	a) con aborto b) sin aborto	Cualitativa nominal	

3.5. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos

3.5.1. Técnicas.

La técnica que se empleó en la recolección de información fue la documentación ya que la información contenida en la historia clínica fue recolectada con fines distintos al estudio realizado.⁸

3.5.2. Instrumentos.

El presente trabajo de investigación tuvo como instrumento una ficha de recolección de datos donde se trasladó la información previamente registrada en la historia clínica.

Para aplicar la ficha de recolección de datos se coordinó con todo el personal del área de estadística para tener acceso a las Historias clínicas.

La ficha de recolección de datos se diseñó de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.

3.6. Procedimientos.

Los datos obtenidos fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una base de datos en el software estadístico SPSS, versión 22 para obtener resultados que fueron presentados utilizando estadística descriptiva mediante cuadros de distribución de frecuencias y de barras, además tablas de contingencia para el análisis de las variables; se utilizó la prueba Chi cuadrado para el contraste de hipótesis con un nivel de significancia de 5%, y para estimar el grado de asociación se usó el Odds Ratio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados.

4.1.1. Asociación de factores agudos con aborto.

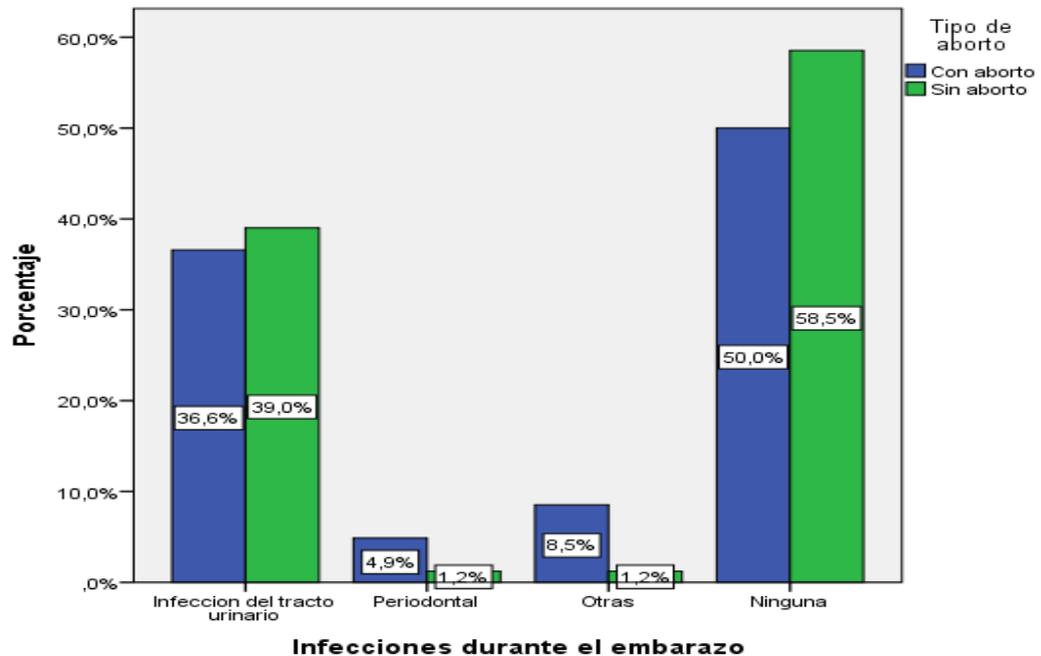
Infecciones.

Tabla 1. Infecciones presentadas en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Infecciones	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Infección del tracto urinario	30	36,6	32	39,0	62	37,8
Periodontal	4	4,9	1	1,2	5	3,0
Otras (vaginosis)	7	8,5	1	1,2	8	4,9
Ninguna	41	50,0	48	58,5	89	54,3
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 1. Infecciones presentadas en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: De 82 pacientes que culminaron el embarazo en aborto la mitad (50%) no presentaron ninguna patología, seguido de infección del tracto urinario (36,6%) y en menor porcentaje la enfermedad periodontal con un (4,9%); mientras que en el grupo que no culminaron en aborto el mayor porcentaje no presentaron ninguna patología, las infecciones del tracto urinario en este grupo presenta un mayor porcentaje con respecto al grupo que culminaron con aborto (39,0%).

Análisis: $X^2= 6,91$ p-valor= 0,07

Con una probabilidad de error del 7,0%, la frecuencia de aborto en el grupo de casos es distinta en las categorías de infecciones maternas evaluadas.

Interpretación: Las infecciones maternas no son un factor de riesgo para el aborto.

Traumatismos.

Tabla 2. Traumatismos en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

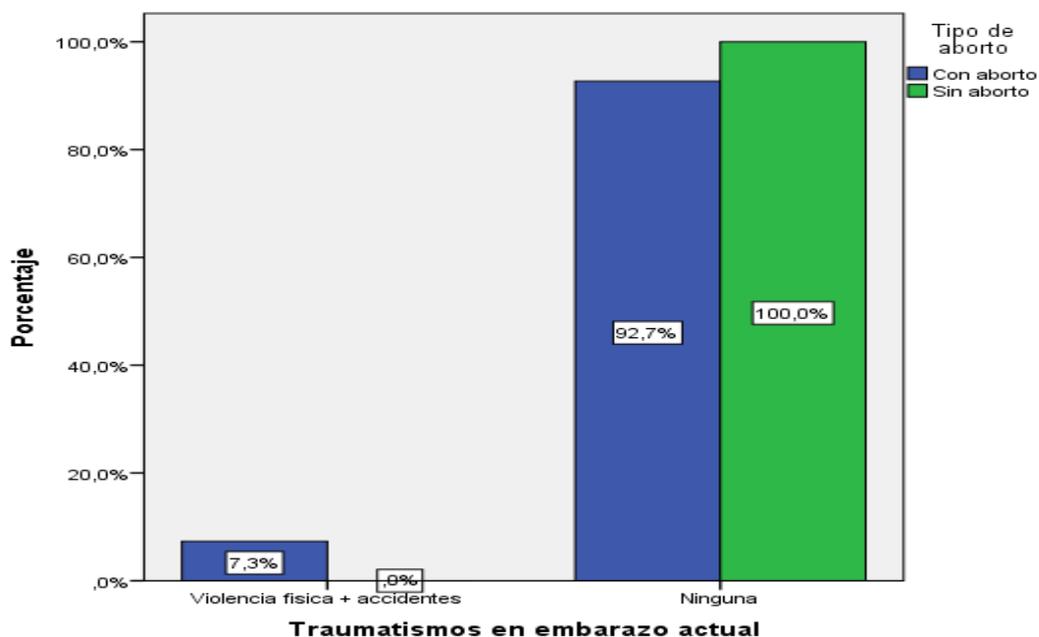
Traumatismos	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Violencia física + accidentes	6	7,3	0	0,0	6	3,7
Ninguna	76	92,7	82	100,0	158	96,3
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 2. Traumatismos en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: En el grupo que culminaron el embarazo en aborto de 82 pacientes 6 presentaron algún tipo de traumatismo (7,3%) comparado

con el grupo que no tuvieron aborto en la cual no se produjo traumatismo alguno.

Análisis: Corrección de continuidad de Yates= 4,32 p-valor= **0,038**

Con una probabilidad de error del 3,8%, la frecuencia de traumatismos en el grupo de las mujeres con aborto es mayor que en el grupo de las que no presentaron aborto.

Interpretación: La violencia física y los accidentes son un factor de riesgo para el aborto.

Estimación del riesgo

Odds ratio = 2,08 (1,8 - 2,44)

Cuando las pacientes sufren de traumatismos existe 2 veces más probabilidad de culminar el embarazo en aborto; que cuando no se presentan traumatismos.

Uso de Prostaglandinas.

Tabla 3. Uso de prostaglandinas en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

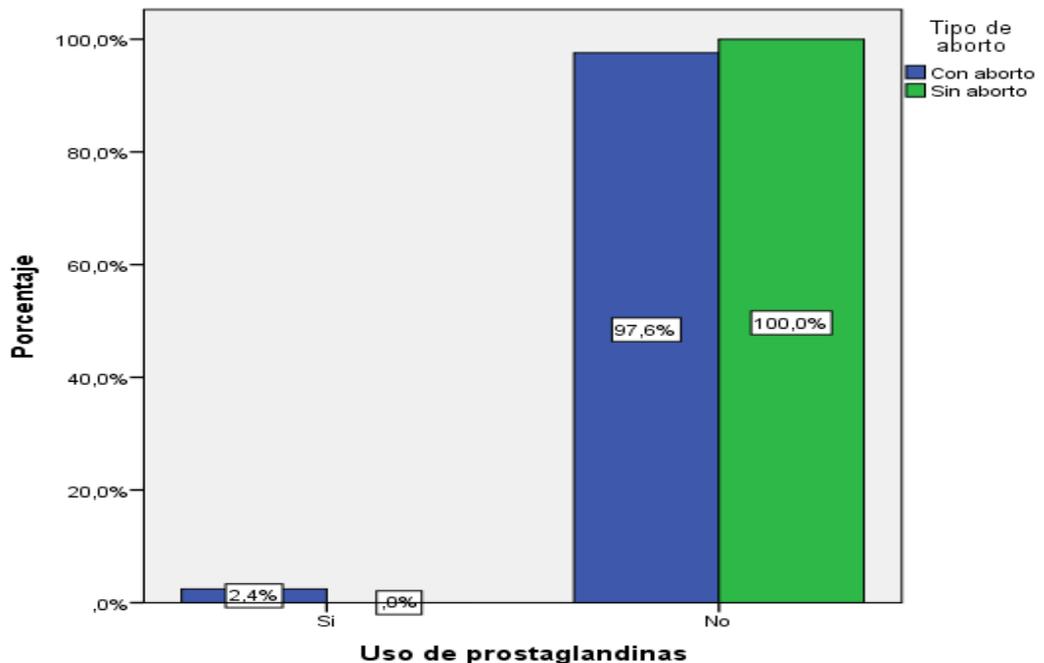
Uso de prostaglandinas	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Si	2	2,4	0	0,0	2	1,2
No	80	97,6	82	100,0	162	98,8
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 3. Uso de prostaglandinas en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: De 82 pacientes que culminaron en aborto 2 usaron prostaglandinas (2,4%) comparado con el grupo que no tuvieron aborto en la cual no usaron este fármaco.

Análisis: Prueba exacta de Fisher = 2,79 p-valor= **0,49**

Con una probabilidad de error del 49,0%, la frecuencia de uso de prostaglandinas en el grupo de las mujeres con aborto es mayor que en el grupo de las que no presentaron aborto.

Interpretación: El uso de prostaglandinas no es un factor de riesgo para el aborto.

4.1.2. Asociación de factores personales con aborto.

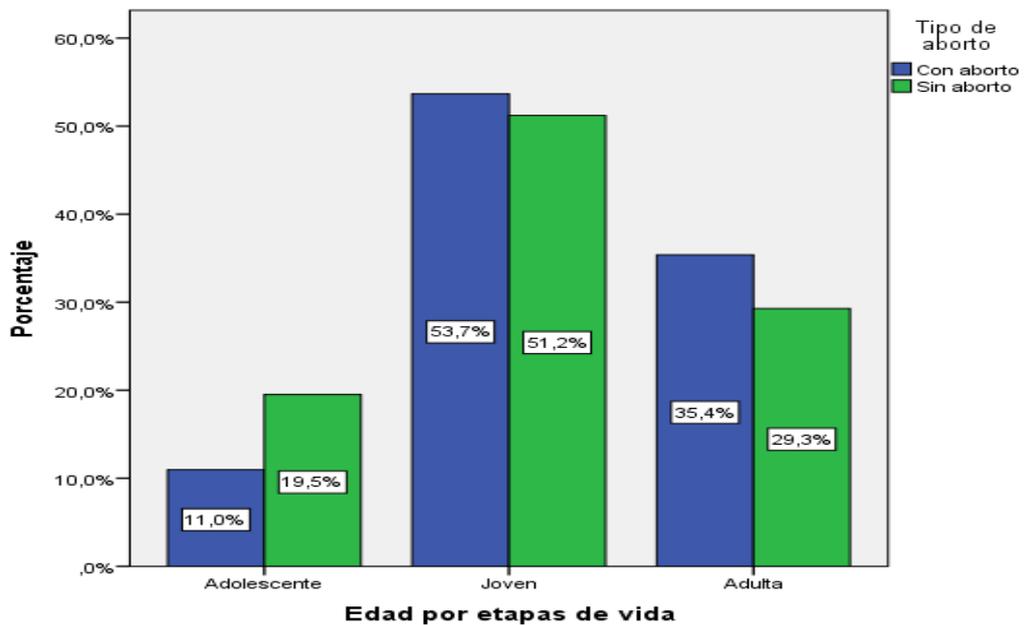
Edad por Etapas de Vida.

Tabla 4. Edad por etapas de vida en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Edad por etapas de vida	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Adolescente	9	11,0	16	19,5	25	15,2
Joven	44	53,7	42	51,2	86	52,4
Adulta	29	35,4	24	29,3	53	32,3
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 4. Edad por etapas de vida en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: De 82 pacientes con aborto el mayor porcentaje lo constituyen las pacientes que están en la edad correspondiente a la etapa de vida joven (53,7%), seguido de las pacientes en la etapa de vida adulta (35,4%) y en menor porcentaje se encuentran las adolescentes (11,0%),

mientras que en el grupo de pacientes que no tuvieron aborto los porcentajes mantienen el mismo orden.

Análisis: $X^2= 2,47$ p-valor= 0,28

Con una probabilidad de error del 28,0%, la frecuencia de edades por etapas de vida en el grupo de las mujeres con aborto es mayor que en el grupo de las que no presentaron aborto.

Interpretación: Las edades por etapas de vida no son un factor de riesgo para el aborto.

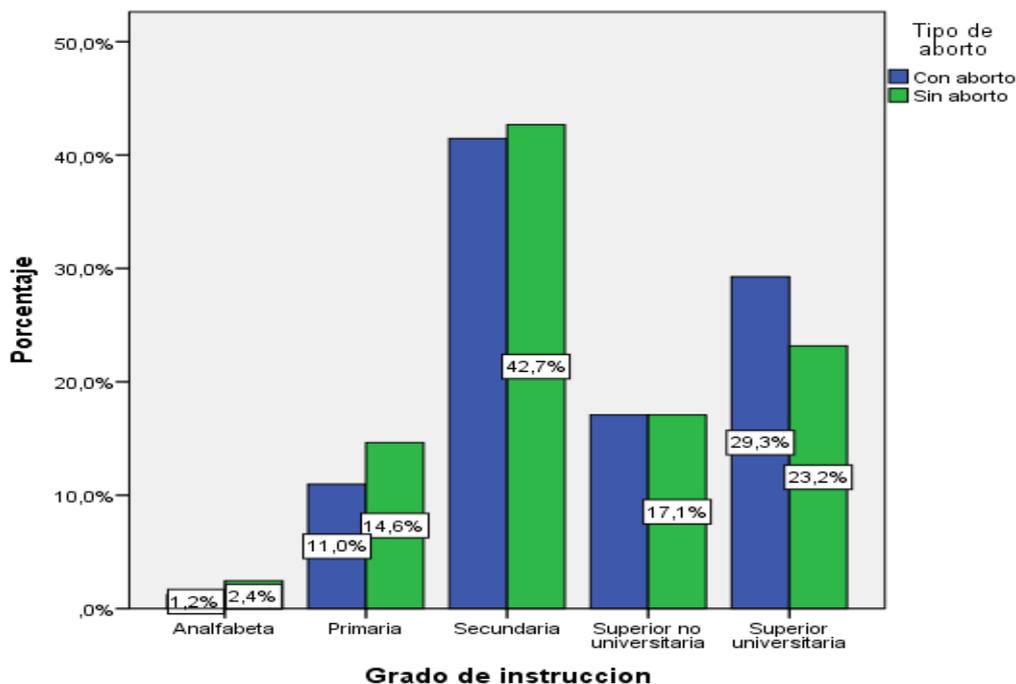
Nivel de Instrucción

Tabla 5. Nivel de instrucción en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Nivel de instrucción	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Analfabeta	1	1,2	2	2,4	3	1,8
Primaria	9	11,0	12	14,6	21	12,8
Secundaria	34	41,5	35	42,7	69	42,1
Superior no Universitaria	14	17,1	14	17,1	28	17,1
Superior universitaria	24	29,3	19	23,2	43	26,2
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 5. Nivel de instrucción en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: En el grupo de pacientes con aborto el mayor porcentaje lo constituyen las pacientes que tienen un nivel de instrucción secundaria (41,5%), seguido de las pacientes con nivel de instrucción superior universitaria (29,3%) y en un mínimo porcentaje se encuentran las que son analfabetas (1,2%), mientras que en el grupo de pacientes que no tuvieron aborto los porcentajes mantienen el mismo orden.

Análisis: $\chi^2 = 1,357$ p-valor = 0,85

Con una probabilidad de error del 85,0%, la frecuencia de las categorías de nivel de instrucción en el grupo de las mujeres con aborto es mayor que en el grupo de las que no presentaron aborto.

Interpretación: El nivel de instrucción no es un factor de riesgo para el aborto.

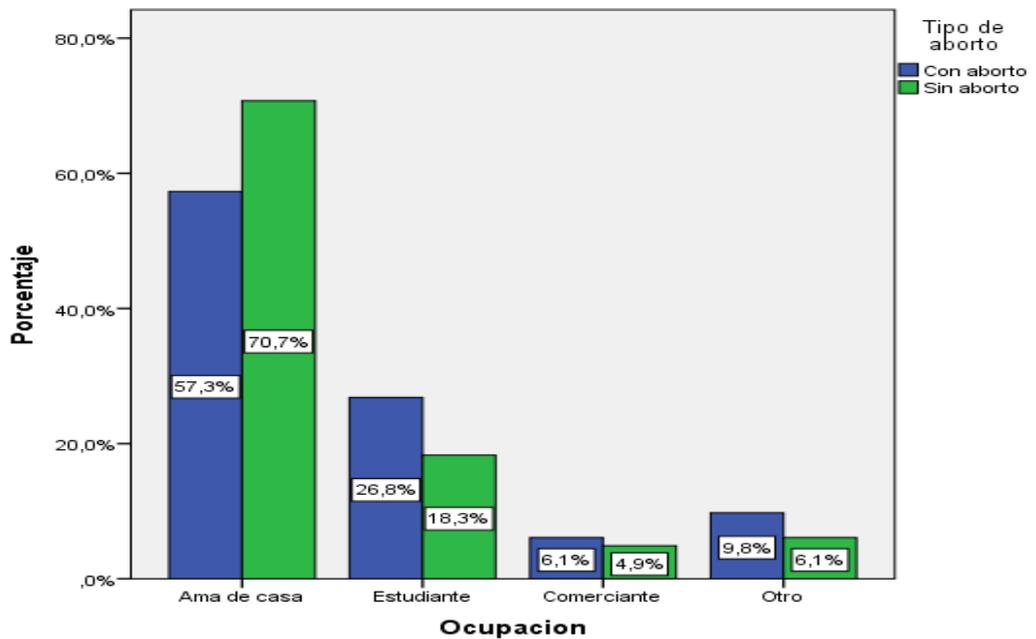
Ocupación

Tabla 6. Ocupación de mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Ocupación	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	47	57,3	58	70,7	105	64,0
Estudiante	22	26,8	15	18,3	37	22,6
Comerciante	5	6,1	4	4,9	9	5,5
Otro	8	9,8	5	6,1	13	7,9
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 6. Ocupación de mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: De 82 pacientes que tuvieron aborto la ocupación ama de casa es la que tiene mayor porcentaje (57,3%), seguido de la ocupación estudiante con (26,8%) y en menor porcentaje se encuentran las que son comerciantes y otras ocupaciones con un (6,1%) y (9,8%) respectivamente; mientras que en el grupo de los controles que no

tuvieron aborto los porcentajes mantienen el mismo orden notándose un mayor porcentaje en la ocupación ama de casa (70,7%).

Análisis: Chi cuadrado de homogeneidad = **3,28** p-valor= **0,35**

Con una probabilidad de error del 35,0%, la frecuencia de aborto en el grupo de casos es distinta en las categorías de la ocupación evaluadas.

Interpretación: la ocupación no es un factor de riesgo para el aborto.

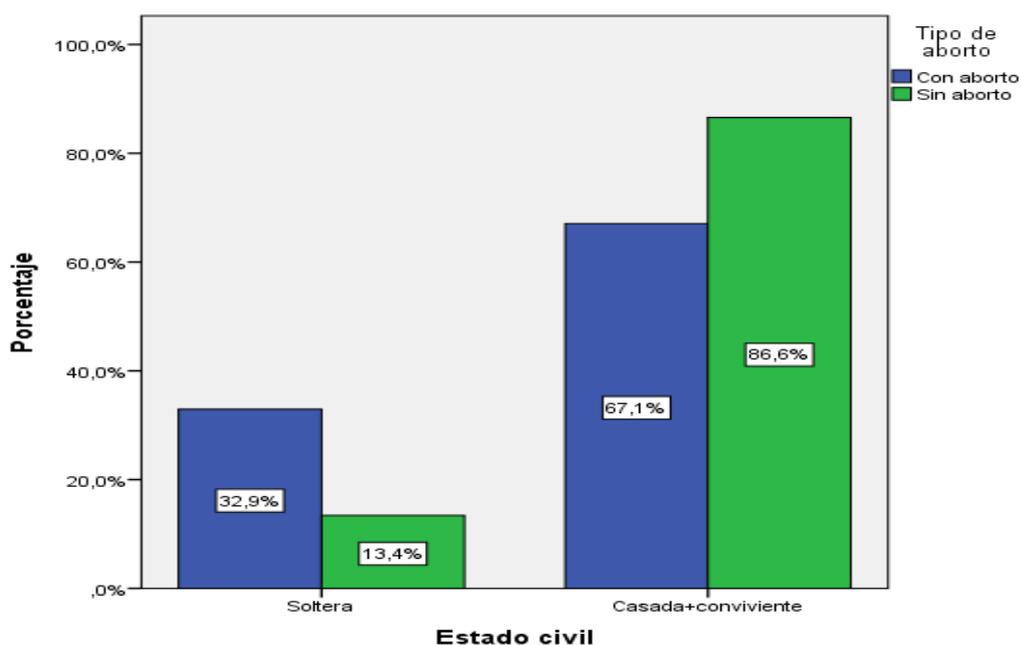
Estado Civil.

Tabla 7. Estado civil de mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Estado Civil	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Soltera	27	32,9	11	13,4	38	23,2
Casada + Conviviente	55	67,1	71	86,6	126	76,8
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 7. Estado civil de mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: En el grupo de los casos las mujeres que tienen el estado civil conyugal estable (casada + conviviente) es la que tiene mayor porcentaje (67,1%), y en menor porcentaje se encuentran las solteras con un (32,9%); mientras que en el grupo de los controles que no tuvieron aborto los porcentajes mantienen el mismo orden notándose un incremento del porcentaje en el estado civil conyugal estable (casada + conviviente (86,6%).

Análisis: Chi cuadrado de independencia = **8,77 p-valor= 0,003**

Con una probabilidad de error del 0,3%, el estado civil soltera en el grupo de casos está asociada con la culminación del embarazo en aborto.

Interpretación: El estado civil soltera es un factor de riesgo para el aborto.

Estimación del riesgo

Odds ratio = 3,17 (1,5 - 6,9)

Cuando las pacientes tienen el estado civil soltera existe 3 veces más probabilidad de culminar el embarazo en aborto; que cuando se tiene otro estado civil.

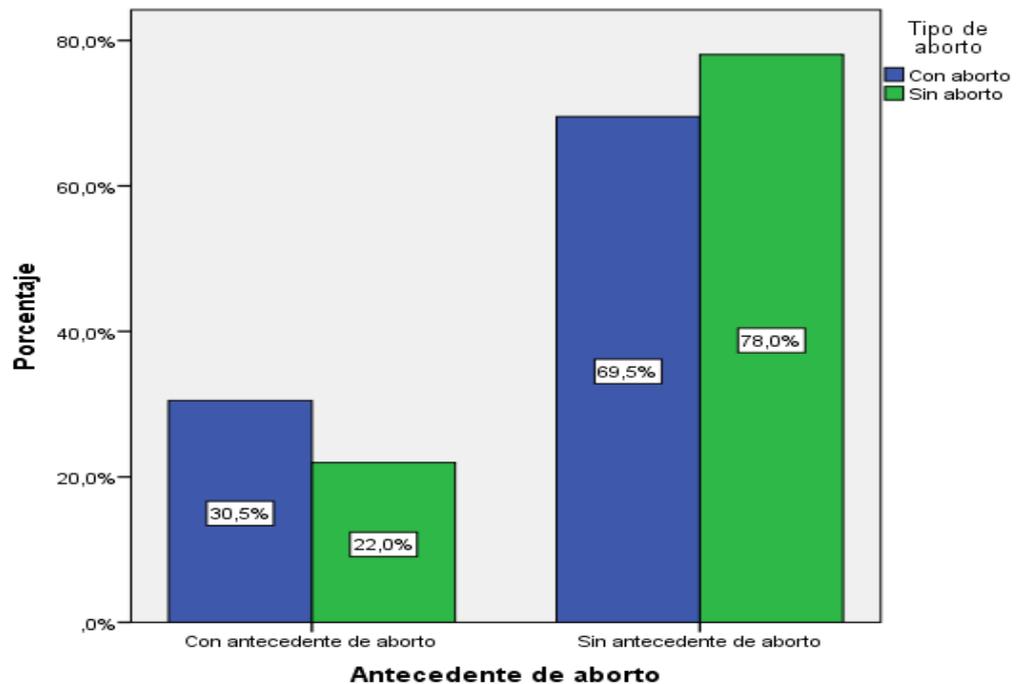
Antecedente de aborto.

Tabla 8. Antecedente de aborto en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Antecedente de aborto	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Con antecedente de aborto	25	30,5	18	22,0	43	26,2
Sin antecedente de aborto	57	69,5	64	78,0	121	73,8
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 8. Antecedente de aborto en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: De 82 mujeres que conformaron el grupo de los casos el 69,5% no tuvieron antecedente de aborto, y 25 mujeres que hacen un 30,5% tuvieron el antecedente de aborto; en el grupo de los controles mujeres que no tuvieron aborto los porcentajes mantienen el mismo orden notándose escasas diferencias en los porcentajes.

Análisis: Chi cuadrado de independendencia = **1,54** p-valor= **0,21**

Con una probabilidad de error del 21,0%, el antecedente de aborto en el grupo de casos no está asociada con la culminación del embarazo en aborto.

Interpretación: El antecedente de aborto no es un factor de riesgo para el aborto.

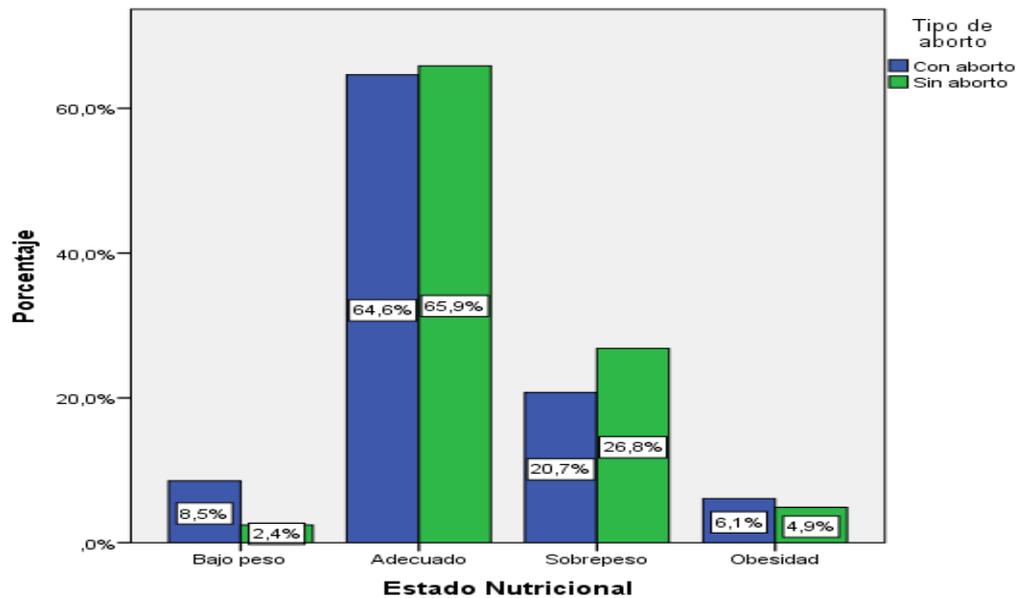
Estado nutricional.

Tabla 9. Estado nutricional en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Estado nutricional	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo peso	7	8,5	2	2,4	9	5,5
Adecuado	53	64,6	54	65,9	107	65,2
Sobrepeso	17	20,7	22	26,8	39	23,8
Obesidad	5	6,1	4	4,9	9	5,5
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 9. Estado nutricional en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: De 82 mujeres que conformaron el grupo de los casos, 53 presentaron un estado nutricional adecuado que hace un 64,6%, seguido de las mujeres que tuvieron sobrepeso con un (20,7%), y en menores porcentajes se ubicaron las mujeres con bajo peso y obesidad con 8,5% y 6,1% respectivamente; En el grupo de los controles los porcentajes

guardan el mismo orden de presentación, observándose pequeñas diferencias porcentuales en relación a los controles.

Análisis: Chi cuadrado = 3,53 p-valor= 0,31

Con una probabilidad de error del 31,0%, la frecuencia de aborto en el grupo de casos es distinta en las categorías del estado nutricional estudiadas.

Interpretación: El estado nutricional no es un factor de riesgo para el aborto.

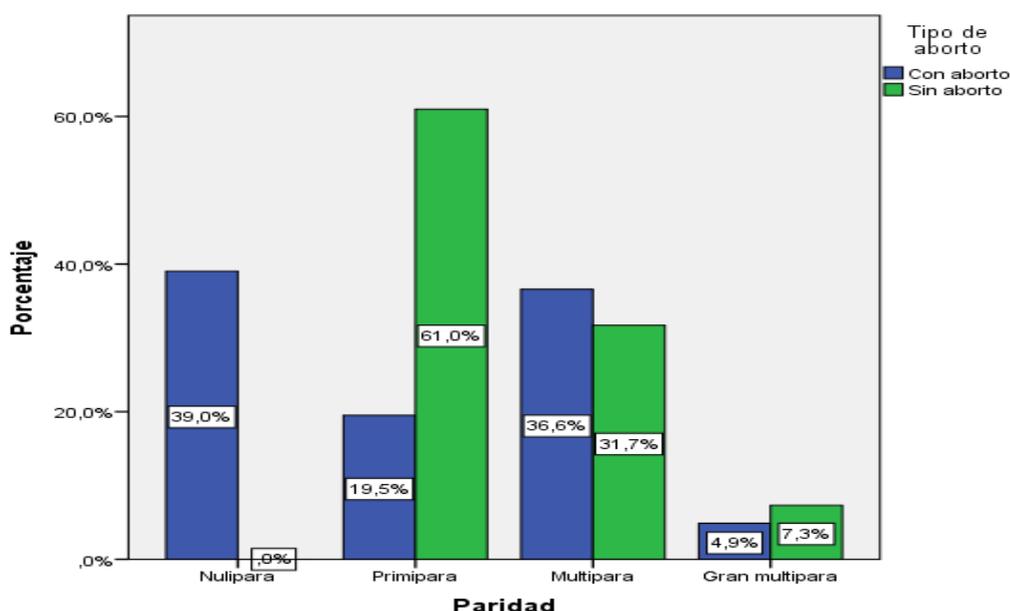
Paridad.

Tabla 10. Paridad en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Paridad	Culminación del embarazo				Total	
	Con aborto		Sin aborto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nulípara	32	39,0	0	0,0	32	19,5
Primípara	16	19,5	50	61,0	66	40,2
Múltipara	30	36,6	26	31,7	56	34,1
Gran múltipara	4	4,9	6	7,3	10	6,1
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 10. Paridad en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: En el grupo de los casos la paridad con mayor porcentaje fue la nuliparidad con 39,0%, seguido de la multiparidad con 36,6% y en menores porcentajes la primiparidad y gran multiparidad con 19,5% y 4,9% respectivamente; mientras que en el grupo de los controles la primiparidad es la categorías que tiene el mayor porcentaje (61,0%), seguido de multiparidad y gran multiparidad con un 31,7% y 7,3% respectivamente, se observa además que en este grupo no se presentó mujeres con la categoría nuliparidad.

Análisis: Chi cuadrado = **50,2** p-valor= **0,0000**

Con una probabilidad de error del 0,0%, la frecuencia de aborto en el grupo de casos es distinta en las categorías de la paridad estudiadas.

Interpretación: La paridad es un factor de riesgo para el aborto.

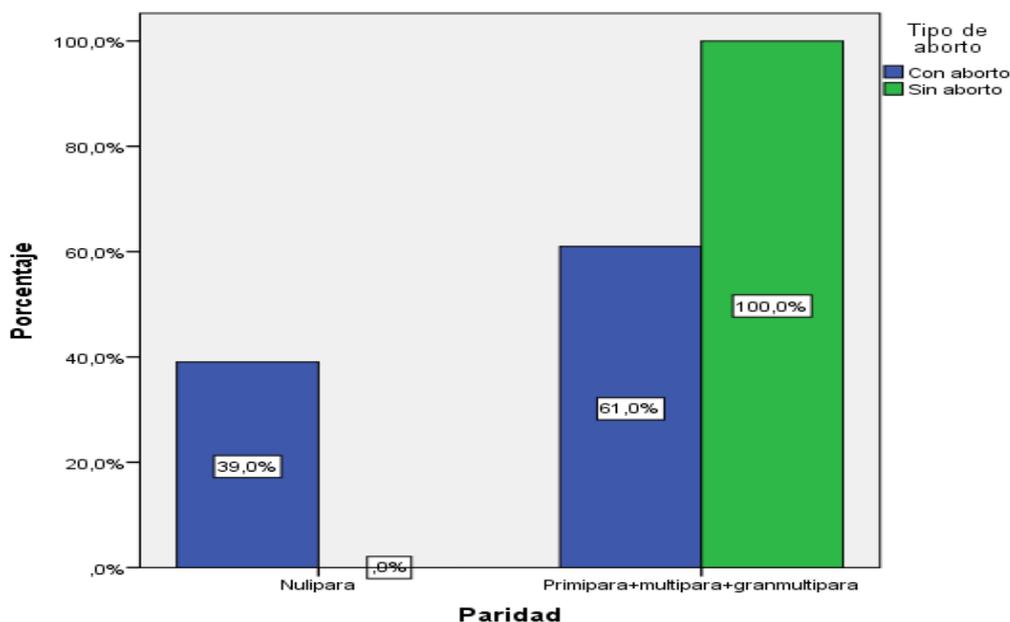
Paridad Dicotomizada.

Tabla 11. Paridad dicotomizada en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Paridad	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Nulípara	32	39,0	0	0,0	32	19,5
Primípara+ Multípara+ Gran multípara	50	61,0	82	100,0	132	80,5
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 11. Paridad dicotomizada en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: Cuando dicotomizamos las categorías de la paridad, en el grupo de los casos la agrupación de primípara + múltipara + gran múltipara es la que presenta mayor porcentaje con 61,0%, y en la categoría primípara se obtuvo 39,0%; mientras que en el grupo de los controles casos la agrupación de primípara + múltipara + gran múltipara obtuvo el 100%, notándose que en este grupo no se presentó mujeres con la categoría nuliparidad.

Análisis: Chi cuadrado de independencia = **39,75** p-valor= **0,00**

Con una probabilidad de error del 0,0%, la nuliparidad en el grupo de casos está asociada con la culminación del embarazo en aborto.

Interpretación: La nuliparidad es un factor de riesgo para el aborto.

Estimación del riesgo

Odds ratio = 2,64 (2,12 - 3,28)

Cuando las mujeres son nulíparas existe 2,64 veces más probabilidad de culminar el embarazo en aborto; que cuando se tiene otro grado de paridad.

4.1.3. Asociación de factores exógenos con aborto.

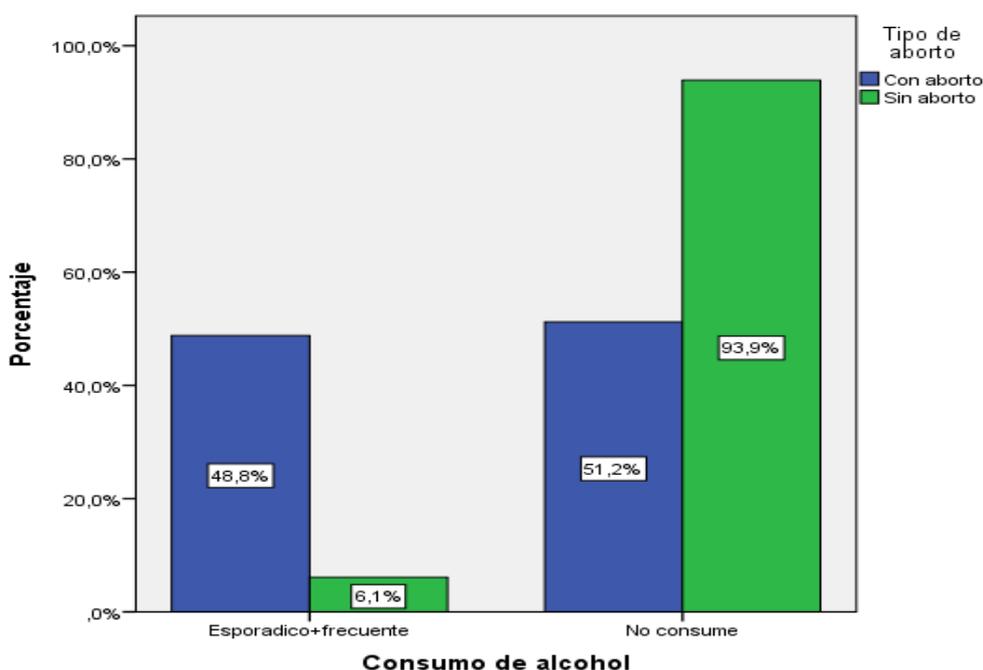
Consumo de alcohol.

Tabla 12. Consumo de alcohol en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

Consumo de alcohol	Aborto				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Esporádico + frecuente	40	48,8	5	6,1	45	27,4
No consume	42	51,2	77	93,9	119	72,6
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 12. . Consumo de alcohol en mujeres con y sin aborto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: En el grupo de los casos las mujeres que no consumen alcohol son las que presentaron el mayor porcentaje con 51,2%, mientras que las que consumen en algún grado alcohol son casi la mitad de casos (48,8%); mientras que en el grupo de los controles casos la diferencia es

marcada ya que el mayor porcentaje son mujeres que no consumen alcohol (93,9%), y en menor porcentaje las que consumen alcohol en algún grado con un 6,1%.

Análisis: Chi cuadrado de independencia = **37,5 p-valor= 0,00**

Con una probabilidad de error del 0,0%, el consumo de alcohol esporádico y frecuente en el grupo de casos está asociada con la culminación del embarazo en aborto.

Interpretación: El consumo de alcohol en forma esporádica y frecuente es un factor de riesgo para el aborto.

Estimación del riesgo

Odds ratio = 14,6 (5,38 - 39,98)

Cuando las mujeres consumen algún grado de alcohol, existe 14,6 veces más probabilidad de culminar el embarazo en aborto; que cuando no se consume alcohol.

Consumo de tabaco.

Tabla 13. Aborto según consumo de tabaco en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.

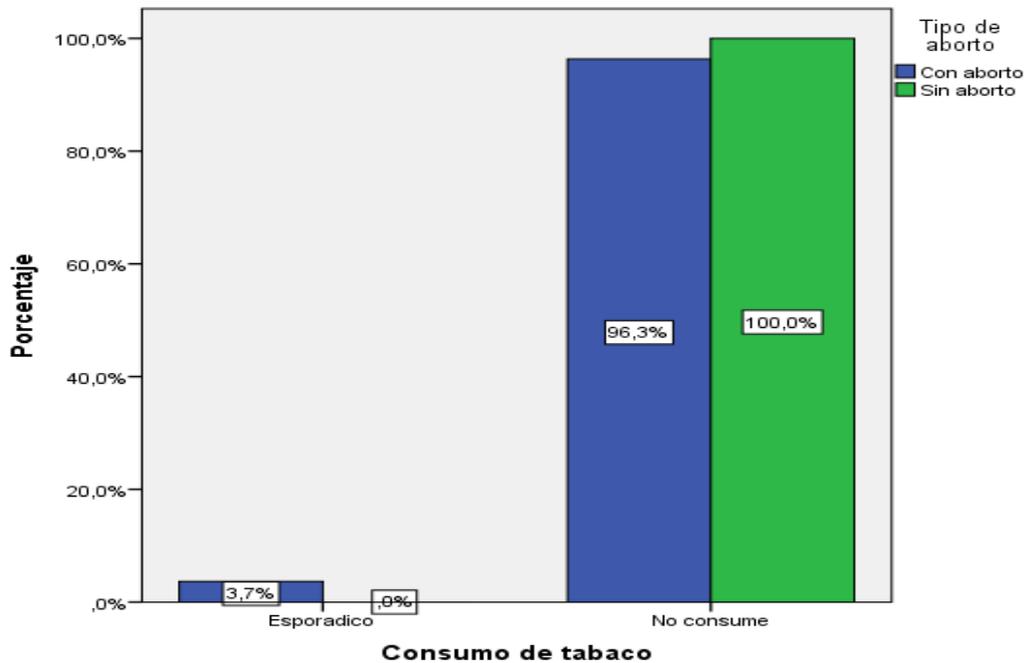
Consumo de tabaco	Culminación del embarazo				Total	
	Con aborto		Sin aborto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Esporádico	3	3,7	0	0,0	3	1,8
No consume	79	96,3	82	100,0	161	98,2
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV, 2014.

Figura 13. Aborto según consumo de tabaco en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2014.



Descripción: En el grupo de los casos las mujeres que no consumen tabaco son las que presentaron el mayor porcentaje con 96,3%, mientras que las que consumen de forma esporádica alcanza un porcentaje mínimo (3,7%); mientras que en el grupo de los controles ninguna mujer indico consumir tabaco.

Análisis: Prueba exacta de Fisher = 62,0 **p-valor= 0,245**

Con una probabilidad de error del 24,5%, la frecuencia de aborto en el grupo de casos es distinta en las categorías de consumo de tabaco estudiadas.

Interpretación: El consumo de tabaco no es un factor de riesgo para el aborto

Planteamiento de hipótesis.

H₀: Los factores de riesgo agudos, personales y exógenos no se constituyen como factores de riesgo para la culminación del embarazo en aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega enero-diciembre 2014.

H₁: Los factores de riesgo agudos, personales y exógenos se constituyen como factores de riesgo para la culminación del embarazo en aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega enero-diciembre 2014.

			Valor	Grado de lib.	Sig. asintótica	al 5%
Factores Agudos	Infecciones.	Chi-cuadrado de Pearson	6,915 ^a	3	0,075	no significativo
	Traumatismos	Chi-cuadrado de Pearson	6,228 ^a	1	0,013	significativo
	Uso de prostaglandinas	Chi-cuadrado de Pearson	2,025 ^a	1	0,155	no significativo
Factores personales	Etapa de vida	U de Mann-Whitney	2994		0,181	no significativo
	Nivel de Instrucción	U de Mann-Whitney	3056		0,289	no significativo
	Ocupación	Chi-cuadrado de Pearson	3,280 ^a	3	0,35	no significativo
	Estado Civil	Chi-cuadrado de Pearson	8,769 ^a	1	0,003	significativo
	Antecedente de aborto	Chi-cuadrado de Pearson	1,544 ^a	1	0,214	no significativo
	Estado nutricional	U de Mann-Whitney	3083		0,276	no significativo
	Paridad	U de Mann-Whitney	2606		0,008	significativo
	Paridad Dicotomizada	Chi-cuadrado de Pearson	39,758 ^a	1	0,00	significativo
factores exógenos	Consumo de alcohol	Chi-cuadrado de Pearson	37,516 ^a	1	0,00	significativo
	Consumo de tabaco	Prueba exacta de Fisher	164		0,245	no significativo

Interpretación: En la muestra de pacientes que acudieron al Hospital Guillermo Díaz de la Vega, con los datos analizados se encontró, dentro de los factores de riesgo agudos: los traumatismos (sig.=0.013); en los factores de riesgo personales: el estado civil y la paridad; en los factores exógenos: el consumo de alcohol, todos con valores “sig.” Menores al nivel de significancia de 0.05; lo que nos indican una asociación significativa de la culminación del embarazo con aborto.

4.2. Discusión de los resultados.

4.2.1. Factores de riesgo Agudos

Infecciones.

Para Juri Mariuxi Macas Macas, en el estudio titulado frecuencia de factores asociados al aborto incompleto, determino que la causa desencadenante al aborto incompleto, por antecedentes patológicos personales es de 7,69%; Jacob Sanchez C.Juno en su estudio “factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima”; menciona que las complicaciones médicas o gineco-obstétricas del embarazo que constituyen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas fue presentar infección urinaria en un (20,3%) (OR=4.8), Orbegoso Pardavé, Adi Graalin Shakti en su estudio “factores asociados a amenaza de aborto en el hospital de especialidades básicas la noria.” Trujillo – Perú 2014, el antecedente de pielonefritis es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto.

En el presente estudio de 164 mujeres gestantes, 82 que culminaron en aborto (50%) de ellas 41 no presentaron ninguna patología, seguido de infección del tracto urinario 36,6% (30 casos), no se encontró relación entre la infección urinaria con el aborto, por lo tanto las categorías estudiadas no se constituyen en factores de riesgo para el aborto. Cuadro n°1.

Traumatismos.

Para Juri Mariuxi Macas Macas. Guayaquil – Ecuador 2013 en su estudio; determino que la causa de aborto son los traumatismos en 5,59 y esfuerzo físico excesivo 2,56%, en el presente estudio, el grupo que culminaron el embarazo en aborto es 7,3% (6 casos) presentaron algún tipo de traumatismo, el OR = 2,08 (1,8 - 2,44) por lo que existe 2 veces más probabilidad de culminar el embarazo en aborto; en consecuencia constituye un factor de riesgo para aborto. Cuadro N°2.

Uso de prostaglandinas.

Juri Mariuxi Macas Macas. Guayaquil – Ecuador 2013, concluye que la automedicación con misoprostol no constituyó el factor mayormente asociado al aborto incompleto porque representó el 1,46% de los casos, estos resultados son concordantes con el presente estudio ya que las pacientes que culminaron en aborto solo el 2,4% (2 casos) usaron prostaglandinas comparado con el grupo que no tuvieron aborto en la cual no usaron este fármaco, por lo que no se encontró relación significativa entre el uso de prostaglandinas con la culminación del embarazo en aborto. Cuadro N°3.

4.2.1. Factores personales.

Etapas de Vida

Hernández Hernández Patricia / Santos Dolores Eunice, Minatitlán-Bolivia en el estudio titulado “factores personales y aborto en adolescentes”, se encontró que el promedio de edad de las adolescentes que abortaron es de 17 años, para Juri Mariuxi Macas Macas. Guayaquil – Ecuador 2013; los grupos de edad que presentaron mayor número de casos fueron los comprendidos entre los 21-26 años, en un 33,33%, para Jesús Joaquín Hijona Elosegui. Granada-España. 2009 en el estudio titulado “factores asociados al aborto espontáneo”, la edad media de las pacientes abortadoras fue de 31 – 34 años de edad, con una mediana de 31 años. Jacob Sanchez C.Juno en su estudio factores de riesgo para aborto espontáneo determino que el único factor sociodemográfico que constituye un factor asociado de riesgo para el aborto espontáneo es en las mujeres con edad mayor o igual de 35 años, 32,2% de los casos.

Martha Rufina Rojas Otero en su estudio factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto, determino que tuvieron mayor relevancia en la población que acude al Instituto Nacional Materno Perinatal, la edad entre 20 y 35 años (60%), así mismo constituyen factores de riesgo evidente la edad menor a 20 años (OR = 2.88).

En el presente estudio el mayor porcentaje lo constituyen las pacientes que están en la etapa de vida joven 53,7% (44 casos), similar a los estudios

anteriores, seguido de las pacientes en la etapa de vida adulta 35,4% (29 casos) y en menor porcentaje se encuentran las adolescentes 11,0% (9 casos), con los datos analizados no se encontró relación significativa entre la edad por etapas de vida con la culminación del embarazo en aborto, pero si mayor porcentaje entre las edades de 18 a 29 años de edad, por lo que se debería tomar medidas preventivas en este grupo de edad.

Cuadro N° 4.

Grado de instrucción.

Hernández Hernández Patricia / Santos Dolores Eunice, en su estudio titulado “factores personales y aborto en adolescentes”, encontró que gran parte de las adolescentes sólo cuentan con primaria terminada (24,4%); para Jesús Joaquín Hijona Elosegui, en el estudio titulado “factores asociados al aborto espontaneo”, de las pacientes abortadoras, el 45% tenían un nivel de formación académica que no superaba los estudios primarios y el 25,8% tenían estudios superiores.

Jacob Sanchez C.Juno en su estudio “Factores de riesgo para aborto espontáneo, menciona que el 45,55 de casos y 44,3% de controles tenían educación secundaria y 42,7% de casos y 47,3% de controles tenían educación superior, se evidencia que el nivel educativo no constituye un factor asociado de riesgo para el aborto en las pacientes estudiadas, similar al presente estudio en el que 41,5% lo constituyen las pacientes que tienen un nivel de instrucción secundaria, seguido de las pacientes con nivel de instrucción superior universitaria 29,3%, sólo el 1,2% son analfabetas, los datos son variados con los estudios anteriores pero coinciden en sus resultados, por consiguiente, no se encontró relación entre el nivel de instrucción con la culminación del embarazo en aborto.

Cuadro N° 5.

Ocupación.

Hernández Hernández Patricia / Santos Dolores Eunice, en su estudio titulado “Factores personales y aborto en adolescentes”, determino que la ocupación más frecuente son las mujeres dedicadas al hogar (68,5%).

Para Jesús Joaquín Hijona Elosegui, en el estudio titulado “factores asociados al aborto espontaneo” la profesión más extendida dentro del grupo de mujeres abortadoras fue la de ama de casa 31,1% del total, similar al presente estudio en el que la ocupación ama de casa representa el 57,3%, seguido de la ocupación estudiante con 26,8%, los comerciantes y otras ocupaciones representan el 6,1% y 9,8%; se concluye que la ocupación más frecuente es ama de casa respectivamente, con los datos analizados no se encontró relación significativa entre la ocupación con la culminación del embarazo en aborto. Cuadro N° 6.

Estado civil.

Hernández Hernández Patricia/ Santos Dolores Eunice, en el estudio titulado “factores personales y aborto en adolescentes”, determino con mayor frecuencia el estado civil de unión libre 51,1%, solteras 34,7%, y casada 14,1%; para Jesús Joaquín Hijona Elosegui, en el estudio titulado “factores asociados al aborto espontaneo”, la mayoría de las mujeres, estaban casadas 85,6%, y el 99,2% tenían pareja estable.

En el presente estudio las mujeres que tienen el estado civil conyugal estable (casada + conviviente) unidas es de 67,1%, y 32,9% se encuentran las solteras, por lo tanto, el mayor porcentaje lo representan las casadas y convivientes, con los datos analizados se encontró relación entre el estado civil soltera con la culminación del embarazo en aborto. OR= 3,17 (1,5 - 6,9). Cuadro N° 7.

Antecedente de aborto.

Juri Mariuxi Macas Macas, en su estudio titulado frecuencia de factores asociados al aborto incompleto; de 150 pacientes (54,94%) la mayoría no tenían antecedentes de aborto previos; para Jacob Sanchez C.Juno en su estudio factores de riesgo para aborto, menciona que los antecedentes gineco-obstétricos que constituyen factores asociados en las mujeres son: abortos (48,3% de casos y 23,2% de controles), en el presente estudio el 69,5% (57 casos) no tuvieron antecedente de aborto, similar al de Juri Mariuxi Macas Macas, y el 30,5% (25 casos) tuvieron antecedente de

aborto, por lo que no se encontró asociación significativa entre el antecedente de aborto con la culminación del embarazo en aborto. . Cuadro N° 8.

Estado nutricional.

Jesús Joaquín Hijona Elosegui, en su estudio titulado “factores asociados al aborto espontaneo”, menciona que el sobrepeso y la obesidad constituyen trastornos muy prevalentes entre las muestras de las pacientes estudiadas que sufren aborto el 31,8% de las pacientes presentaban sobrepeso y el 9% eran obesas según el índice de Quetelet; para Jacob Sanchez C.Juno en su estudio “factores de riesgo para aborto espontáneo” indica que constituyen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo las mujeres con sobrepeso en un 37,1% de casos y 26,2% de controles y obesidad 14,7% de casos y 5,7% de controles.

En el presente estudio el 64,6% de mujeres que presentaron aborto se encontraba en estado nutricional adecuado, seguido de 20,7% de mujeres que tuvieron sobrepeso, las mujeres con bajo peso y obesidad tuvieron el 8,5% y 6,1% respectivamente, estos datos varían de los estudios anteriores en el que la obesidad y sobre peso son más relevantes, por lo que no se encontró asociación entre el estado nutricional con la culminación del embarazo en aborto. Cuadro N° 9.

Paridad.

Para Juri Mariuxi Macas Macas, en su estudio titulado “frecuencia de factores asociados al aborto incompleto”, menciona en el número de partos, el 49,08% son nulíparas y el 22,34% primíparas; para Jacob Sánchez C.Juno en su estudio factores de riesgo para aborto espontáneo, el mayor número de casos se presentó en la paridad 2 a 5 que representa el (61,5%), en el presente estudio en relación a la paridad el 39% son nulíparas, similar al de Juri Mariuxi Macas Macas, el 36.6% son múltiparas, mientras que las primíparas y gran múltiparas representan el 19,5% y

4,9% respectivamente, al dicotomizar la paridad en primíparas, multíparas y gran multíparas representando un 100 % del total de los casos, la nuliparidad cobra relevancia, Por lo cual la paridad está relacionada con la culminación del embarazo en aborto, en mayor porcentaje las mujeres nulíparas (O.R = 2,64), según estos datos se debe tomar más énfasis en estos grupos de mujeres por ser más vulnerables al aborto. Cuadro N° 10.

4.2.3. Factores Exógenos.

Consumo de alcohol.

Jacob Sánchez C.Juno en su estudio factores de riesgo para aborto espontáneo, menciona que constituyen factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo las mujeres, con dos o más episodios de Intoxicación alcohólica (15,4% de casos y 0,7% de controles); otro estudio de Orbegoso Pardavé, Adi Graalin Shakti en el estudio “factores asociados a amenaza de aborto en el hospital de especialidades básicas la noria”, la exposición a bebidas alcohólicas fue de 2% mientras que en el grupo sin exposición a alcohol fue de 1%(OR: 4,05; $p>0,05$), por lo que concluye que la exposición a bebidas alcohólicas no es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto, en el presente estudio los casos de mujeres que no consumieron alcohol es 51,2%, y las que consumieron en algún grado fue el 48,8%. Se encontró asociación entre el consumo de alcohol con la culminación del embarazo en aborto. O.R= 14,6, estos datos varían con los estudios ya mencionados, a diferencia de nuestro estudio en el que el consumo de alcohol si está asociado al aborto y se debería tomar medidas de sensibilización en este grupo de mujeres. Cuadro N° 12.

Consumo de tabaco.

Jacob Sánchez C.Juno en su estudio “factores de riesgo para aborto espontáneo, refirió que el tabaquismo se presentó en (4,9% de casos y 0,3% de controles); para Jesús Joaquín Hijona Elosegui en el estudio titulado “factores asociados al aborto espontaneo”, un 2,27% del total de

pacientes (3 casos), referían haber fumado ocasionalmente durante el embarazo, determino ser una exposición excesiva a dosis de tabaco y con una prevalencia superior. En el presente estudio el 96.3% no consumen tabaco y el 3.7% consumen de forma esporádica, en consecuencia el consumo de tabaco no está asociada con la culminación del embarazo en aborto. Cuadro N° 13.

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo asociados al aborto en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay-2014 son: los traumatismos, estado civil, paridad en especial la nuliparidad, y el consumo de alcohol. Por otro lado se debe precisar que los factores de riesgo agudos (infecciones y uso de prostaglandinas), personales (edad, nivel de instrucción, ocupación, antecedente de aborto, estado nutricional), y factores exógenos (consumo de tabaco) no están relacionados al aborto como causa directa.
2. Las pacientes que culminaron en aborto, 6 de ellas presentaron algún tipo de traumatismo que equivale al 7,3%, comparado con el grupo que no tuvieron aborto, en la cual no se produjo traumatismos; por lo que cuando las pacientes sufren de traumatismos existe 2 veces más riesgo de sufrir aborto, por lo tanto existe relación entre los traumatismos y el aborto con un valor de significancia menor a 0,05.
3. Las mujeres con estado civil soltera con un 32,9%, tienen un riesgo tres veces más alto de sufrir aborto a diferencia de las mujeres con estado civil casada + conviviente, entonces decimos que el estado civil está relacionado al aborto con un valor de significancia menor a 0,05. En relación a la paridad en el grupo que tuvo aborto se encontró el 39,0% en nulíparas, el 36.6% en multíparas, mientras que en el grupo que no tuvo aborto la primiparidad es la categoría que tiene el 61,0%, el riesgo de una paciente nulípara fue dos veces más alto de tener aborto, por lo que la paridad está relacionada al aborto, cuando dicotomizamos la paridad se encontró que las nulíparas tienen mayor riesgo de sufrir aborto.
4. El consumo de alcohol incrementa el riesgo de presentar aborto en 14 veces más, las pacientes con aborto que consumieron en mayor porcentaje es de un 48,8%, por lo tanto el consumo de alcohol está relacionado al aborto.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer los conocimientos y derechos de las mujeres ya sean gestantes y no gestantes para el cuidado materno, a nivel de todos los espacios a través de actividades dirigidas a la persona, familia, comunidad y dar prioridad a las mujeres gestantes que refieren ser víctimas de violencia familiar, ya que la exposición a traumatismos es un factor de riesgo para aborto.
2. Sensibilizar y promover el uso de métodos anticonceptivos en los centros de salud, colegios, universidades e institutos en el grupo de mujeres jóvenes y solteras por el incremento de riesgo (53,7%) y (32,9%) respectivamente.
3. Se debe adoptar medidas fundamentalmente educativas en los programas de salud sexual y reproductiva, adolescencia y planificación familiar; dirigida a las mujeres nulíparas, solteras, adolescentes y jóvenes con la finalidad de disminuir el aborto a futuro en estas pacientes.
4. El Sector Salud debe fortalecer mecanismos de información a nivel de familia, comunidad, organizaciones e instituciones para proporcionar mayor conocimiento sobre los estilos de vida saludables a fin de prevenir los abortos, difundiendo y orientando que la exposición y el consumo de sustancias tóxicas para el organismo, en especial el tabaco y el alcohol, es perjudicial para el embarazo, ya que su prevalencia incrementa la morbimortalidad materna.
5. Es necesario realizar otros estudios relacionados sobre el aborto a fin de conocer y sensibilizar a las mujeres en edad fértil sobre las complicaciones y/o secuelas más frecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud . Dirección General de Epidemiología. Mortalidad Materna en el Perú. Lima: ministerio de salud.; 2013.
2. Salazar U A, Alamos B C, Arriagada A M, Selman C E. Estudio Citogenético en 677 casos de Aborto Espontáneo. Revista ANACEM. 2011 20 de nov.; 5(2): 3.
3. Quiroga MI, Díaz A, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Klein Z E, et al. Estudio Cromosómico en el Aborto Espontáneo. Revista Peruana de Ginecología Y Obstetricia. 2007 abr-jun; 53(2): 1.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios del INMP- Maternidad de Lima. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2013.
7. Dirección Regional de Salud Apurímac. . Análisis de la Situación de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega ASIS-2013. 4^{ta} ed. Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional. Abancay - Apurímac - Perú; 2013.
8. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2012.
9. Hernández HP, Santos DE. Factores Personales y Aborto en Adolescentes [tesis]. Minatitlán- Bolivia: Universidad de Veracruz, Facultad de Enfermería; 2007.
10. Macas Macas JM. Frecuencia de Factores Asociados al Aborto Incompleto en Pacientes Atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo

- de Procel en el Lapso del 6 de Septiembre del 2012 a Febrero 2013 [tesis]. Guayaquil- Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Medicas; 2013.
11. Hinojosa Elosegui JJ. “factores asociados al aborto espontáneo”. [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, Facultad de Medicina Departamento de Farmacología; 2009.
 12. Jacob Sanchez CJ. “Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, durante el periodo agosto-diciembre del 2012” [tesis]. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Medicina Humana; 2013.
 13. Rojas Otero MR. Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo febrero-setiembre del 2008 [tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2009.
 14. Pardavé O, Graalin S A. Factores asociados a amenaza de aborto en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria [tesis]. Trujillo- Perú: Universidad Privada Antenor Orbegoso, Facultad de Medicina Humana; 2014.
 15. Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Vermont B,V. Aborto Involuntario y sus asociaciones. Revista US National Library of Medicine National Institutes of Health PUBMED. SEP 2008; 2(16).
 16. Casasco G, Pietrantonio DE. Aborto: guía de atención. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá; 2008; 27.(1).
 17. Cabero R L, Saldivar R D, Cabrilla E. Obstetricia y medicina materno-fetal. 1ª ed. Buenos Aires, Madrid: Md Panamericana; 2007.
 18. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstetricas Segun Nivel de Capacidad Resolutiva. 1ª ed. Talleres de Sinco, editor. Lima: ministerio de salud; Ene 2007. 19 p.
 19. Dalet F, del Río G. Infecciones Urinarias. 1ª ed. España: Medica

Panamericana; 1997. 55-57p.

20. Ralph SG, Rutherford AJ. "Influencia de la Vaginosis Bacteriana sobre la Concepción y el Aborto Espontáneo durante el Primer Trimestre. Un Estudio de Cohorte." *Revista British Medical Journal*. 1999 Jul; 319: 220-23.
21. UNIFERTES. La enfermedad periodontal, partos prematuros y abortos. *Red Lationamericana de Reproducción Asistida UNIFERTES, Ciencia y tecnología [internet]*. 2010 may; [citado el 24 Ene 2016]; 47(1): pp. 1-2. Disponible desde:
<http://www.unifertes.com/nc/noticias-y-eventos/noticias/article/la-enfermedad-periodontal-partos-prematuros-y-abortos/>
22. Maria dB. La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer, Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. 1ª ed. IPAS EE.UU: Graphics Ink, Durham, NC; Ago. 2003. 9-10 p.
23. Alonso SJ. Criterios de valoración del daño corporal. 1ª ed. MAPFRE Fundaciones. España: Díaz de Santos; 2009.
24. Cunningham FG, Leveno JK, Bloom L S, Hauth C J, Dwight JR, Spong Y C. Aborto. En: Garcia Carbajal NL, editor. *Williams obstetrica*. 23^{ava} ed. MÉXICO. McGraw.HILL Interamericana Editores S.A.; 2010. p. 229-33.
25. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, Baird DD, Schlatterer JP, Canfield RE y otros. Incidence of early loss of pregnancy. *Medline*. 1988; 319(4).
26. Cabello Y, Agudo D. Sociedad española de fertilidad. Aborto de repeticion, nutricion y habitos de vida [internet]. 55; 2015 [cited 03 nov 2015]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/docs/grupos/salud/deporte.pdf>.
27. Murillo M C, Murillo Rodriguez O. Ginecología, Una Actualización en Aborto Recurrente. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2011; LXVIII(599): pp. 423-33.

ANEXOS

1. Hoja de recolección de datos	79
2. Matriz de Consistencia	80
3. Permiso al Hospital.....	82
5.Fotos Durante la recolección de datos de las Historias	
Clínica.....	85

Anexo 01:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Obstetricia
---	--

Título: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DE ABANCAY. 2014”**

Nro.: HC:

FECHA:

G P.....

1. ¿INFECCIONES DURANTE ESTE EMBARAZO?

- a) Urinarias ()
- c) Periodontal ()
- d) Otro ().

2. TRAUMATISMOS DURANTE ESTE EMBARAZO

- a) Violencia Física. ()
- b) Accidentes ()
- c) Otros. ().

3. USO DE MIZOPROSTOL:

- a) Si () b) No ()

4. EDAD MATERNA

- a) < de 18 años ()
- b) 18 -29 años ()
- c) 30 - 59 años ()

5. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Analfabeta b) primaria
- c) secundaria d) superior no universitaria
- e) superior universitaria

6. OCUPACIÓN

- a) ama de casa b) estudiante
- c) comerciante d) otro

7. ESTADO CIVIL

- a) soltera b) casada c) conviviente

8. ANTECEDENTE DE ABORTO

- A) con aborto) b) sin aborto

9. ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL

Peso..... Talla.....

- a) Adecuado () b) bajo peso ()
- c) sobre peso () d) obesidad. ()

10. CONSUMO DE ALCOHOL.

- a) Esporádico ()
- b) Frecuente ()
- c) No Consume. ()

11. CONSUMO DE TABACO

- a) Esporádico ()
- b) Frecuente ()
- c) No Consume. ()

12. TIPO DE ABORTO POR LA FORMA DE INICIO.

- a) Espontáneo () b) Provocado. ()

2. Matriz de Consistencia

ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DE ABANCAY.ENERO-DICIEMBRE 2014”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIBALES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	METODOLOGIA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014?</p> <p>Problema Específicos</p> <p>1.- ¿Existe asociación entre los factores de riesgo agudos (infecciones, traumatismos, y uso de prostaglandinas) con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014?</p> <p>2.- ¿Existe asociación entre los factores de riesgo personales con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014?</p> <p>3.- ¿Existe relación entre los factores de riesgo exógenos con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1.- determinar la asociación entre los factores de riesgo agudos (infecciones, traumatismos, y uso de prostaglandinas) con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014.</p> <p>2.- determinar la asociación entre los factores de riesgo personales con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014</p> <p>3.- determinar la relación entre los factores de riesgo exógenos con el aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. 2014</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Los factores de riesgos agudos, personales y exógenos se constituyen como factores de riesgo para la culminación del embarazo en aborto en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega 2014.</p> <p>Hipótesis Específicas.</p> <p>1.- Los factores de riesgo agudos están asociados al aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega 2014.</p> <p>2.- Los factores de riesgo personales están asociados al aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega 2014.</p> <p>3.- Los factores de riesgo exógenos están relacionados al aborto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega 2014.</p>	<p>V. Asociada</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>1.FACTORES AGUDOS</p> <p>2.FACTORES PERSONALES.</p>	<p>1.1INFECCIONES</p> <p>1.2TRAUMATISMOS</p> <p>1.3. USO DE PROSTAGLANDINAS</p> <p>2.1 ETAPAS DE VIDA</p> <p>2.2. GRADO DE INSTRUCCIÓN</p> <p>2.3 OCUPACION</p> <p>2.4 ESTADO CIVIL</p> <p>2.5 ANTECEDENTE DE ABORTO.</p>	<p>1.1.1 Urinarias.</p> <p>1.1.2 Periodontales</p> <p>1.1.3 Vaginosis</p> <p>1.2.1 Violencia física.</p> <p>1.2.2 Accidentes</p> <p>1.3.1. Misoprostol</p> <p>2.1.1 menor de 18 años. (adolescente)</p> <p>2.1.2. 18 a 29 años. (joven)</p> <p>2.1.3. 30 a 59 años.(adulta)</p> <p>2.2.1. analfabeta</p> <p>2.2.2. primaria</p> <p>2.2.3.secundaria</p> <p>2..2.4.superior no universitaria</p> <p>2.2.5 superior universitaria.</p> <p>2.3.1. ama de casa</p> <p>2.3.2. estudiante</p> <p>2.3.3. comerciante</p> <p>2.3.4. otro</p> <p>2.4.1 soltera</p> <p>2.4.2 casada</p> <p>2.4.3 conviviente</p> <p>2.5.1. con aborto</p> <p>2.5.2. sin aborto</p>	<p>1.Tipo :</p> <p>Básica.</p> <p>- Observacional, transversal, retrospectiva.</p> <p>2.Nivel de Investigación:</p> <p>Relacional</p> <p>3.Metodo</p> <p>Cuantitativo - inductivo</p> <p>3.Población</p> <p>Por ser un estudio comparativo no se requiere tener el tamaño de la población.</p> <p>4.Muestra:</p> <p>-82 gestantes con aborto</p> <p>-82 gestantes sin aborto</p> <p>5.Técnica:</p> <p>-Documentación</p>

					2.6 ESTADO NUTRICIONAL.	2.6.1 bajo peso 2.6.2. adecuado 2.6.3 sobre peso 2.6.4 obesidad	6.Instrumentos: -Hoja de recolección de datos
				3. FACTORES EXÓGENOS.	2.7. PARIDAD 3.1 CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS.	2.7.1 Nulípara 2.7.2 Primípara 2.7.3 Multípara 2.7.4 Gran Multípara 3.1.1 Alcohol 3.1.2 Tabaco	
			VARIABLE DE ESTUDIO aborto	1. Aborto.	1,1 Reporte de episodio de aborto en la historia clínica	a) con aborto b) sin aborto	

3. Permiso al Hospital



Dirección Regional de Salud Apurímac
Hosptal Regional Guillermo Diaz
de la Vega - Abancay

TRAMITE DOCUMENTARIO

Nº Registro 2219

Folios 01

Fecha 04 MAY 2015

Firma 04/13/2015

OFICIO Nº 011-2015-FMHYCS- EAPO-UAP-F.A

Abancay, 04 de Mayo 2015

A : Dc. Luis Barra Pacheco.
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

DE : Obst. Marleny Miranda Espinoza
DIRECTORA DE LA EAP DE OBSTETRICIA FILIAL ABANCAY

ATENCION : JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

ASUNTO PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION

Por el presente me dirijo a vuestra Dirección con la finalidad de saludarle cordialmente para hacer de su conocimiento que la alumna egresada de la Universidad Alas Peruanas de la escuela Profesional de Obstetricia, Yesmit Mejía Gonzales, realizara su trabajo de investigación por ello se le solicita el permiso respectivo siendo su tema "FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2014".

Sin otro en particular y agradeciendo anticipadamente su apoyo hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de nuestra especial consideración.

ATENTAMENTE


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ABANCAY
Obst. Marleny Miranda Espinoza
DIRECTORA
E P OBSTETRICIA

Provincia Regional de Tarma, C.
Hosp. Regional Guillermo Díaz
de la Vega - Abancay

TRAMITE DOCUMENTARIO

N.º Registro 2436

Folio 01

Fecha 18-5-15 Hora 12:30 pm

Firma 

OFICIO N° 016-2015-FMHYCS- EAPO-UAP-F.A

Abancay, 19 de Mayo 2015

A : Dc. Luis Barra Pacheco.
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

DE : Obst. Marleny Miranda Espinoza
DIRECTORA DE LA EAP DE OBSTETRICIA FILIAL ABANCAY

ATENCION : JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
G.O. Luis Rodríguez S.

ASUNTO PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION

*Por el presente me dirijo a vuestra Dirección con la finalidad de saludarle cordialmente para hacer de su conocimiento que la alumna egresada de la Universidad Alas Peruanas de la escuela Profesional de Obstetricia, **Yesmit Mejía Gonzales**, realizara su trabajo de investigación por ello se le solicita el permiso respectivo siendo su tema "FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2014".*

Sin otro en particular y agradeciendo anticipadamente su apoyo hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de nuestra especial consideración.

ATENTAMENTE


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL - ABANCAY
Obst. Marleny Miranda Espinoza
DIRECTORA
DE OBSTETRICIA



UNIDAD EJECUTORA N° 402
HOSPITAL REGIONAL "G.D.V" APURIMAC

FORMULARIO UNICO DE TRAMITE

N° 3839

SOLICITO: PERMISO PARA EXTRAER DATOS ESTADÍSTICOS
Y ASUNTO E HISTORIAS CLÍNICAS

1. Sr. DIRECTOR. LUIS BARRA PACHECO.

2. DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUEEN SE DIRIGE
YESMIT MEJIA GONZALES.

3. DATOS DEL USUARIO (NOMBRES Y APELLIDOS)
Sr. CUSCO n° 730

4. DOMICILIO DEL USUARIO (Cv. de Calle, Pje. N° Urb. Dist. Prov.)

5. FUNDAMENTACION DEL PEDIDO: Que con motivo de realizar
mi trabajo de investigación "FACTORES DE RIESGO DE
ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ
DE LA VEGA - 2014" me dirijo a su servicio con la
finalidad de que me faciliten datos estadísticos y acceso
a las historias clínicas que sean necesarios.

6. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTA:
- OFICIO N° 011.

Abancay, 05 de mayo del 2015

[Firma]
8.- FIRMA DEL USUARIO
9.- D.N.I. N° 46785019

HOSPITAL REGIONAL "G.D.V" APURIMAC
0 «NUMERACION»

N°

R.U.C. N° 20527004269
TEL. FAX N° 083 321566



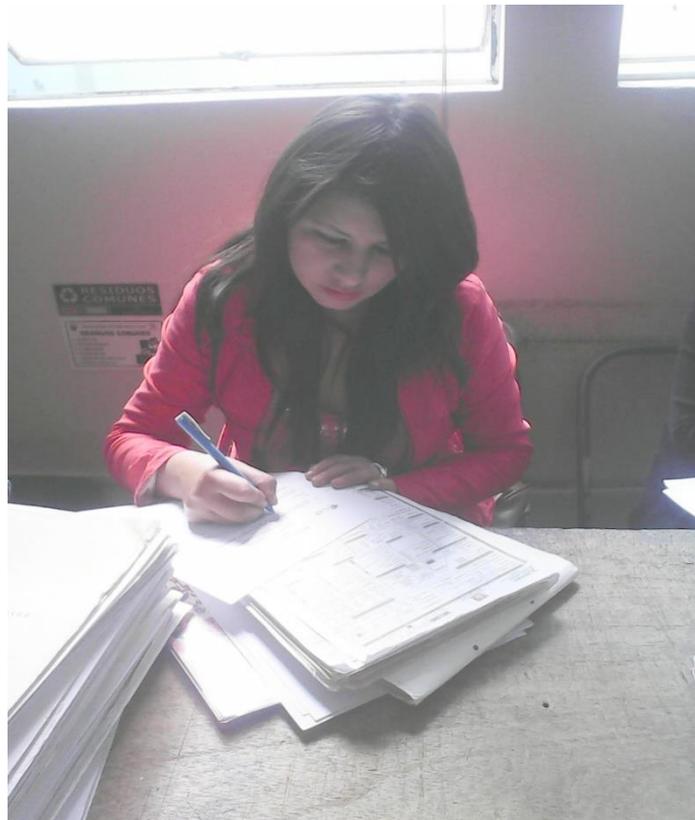
Yesmit Mejia Gonzales
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

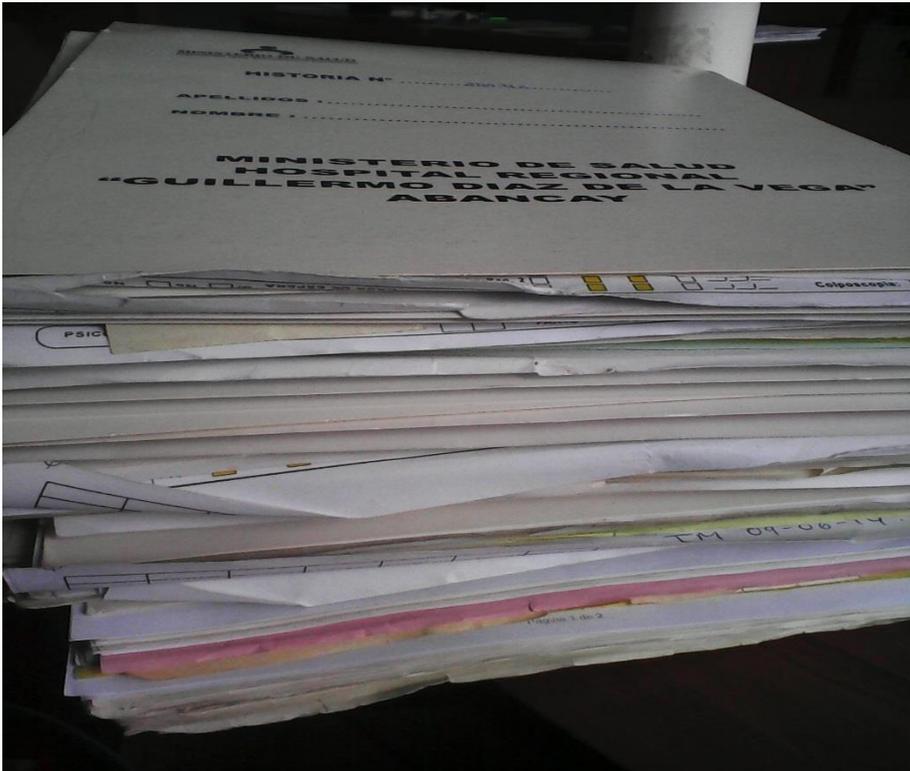
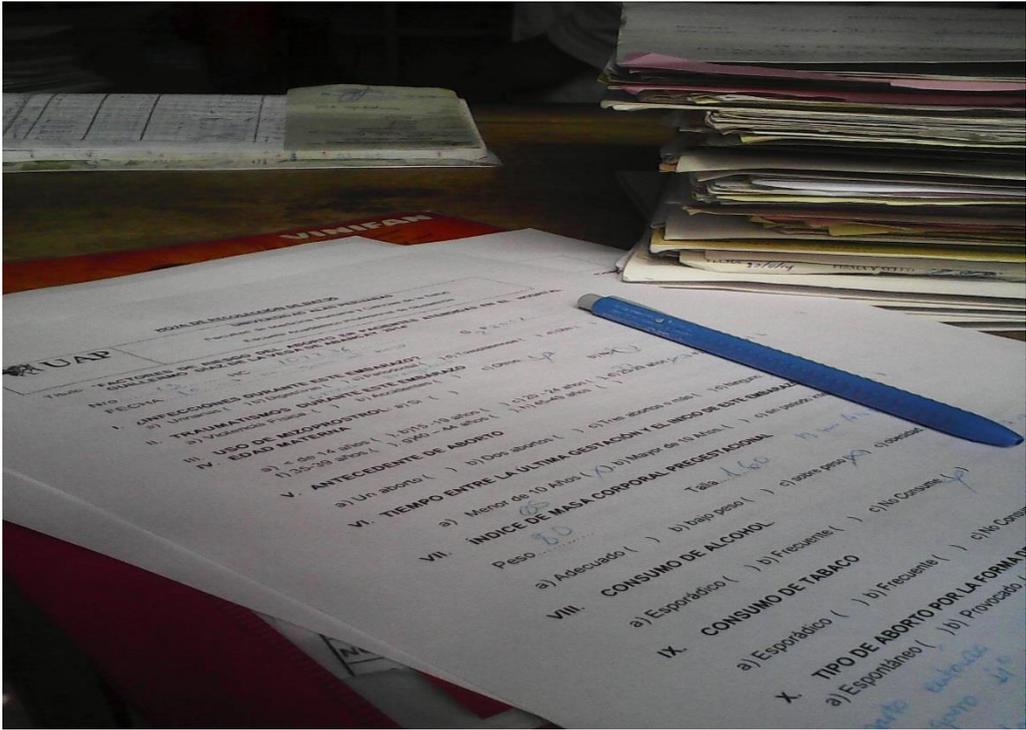
ASUNTO: Solicitud Autorización

Abancay, 05 de mayo del 2015

TALON QUE SERA DESGLOSABLE PARA EL USUARIO

4. Fotos Durante la recolección de datos de las Historias Clínica





- BASE DE DATOS.

Base de datos yesmit aborto.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 23 de 23 variables

	Ord	HCL	Infecciones	Traumatismos	Traumatis modic	Prostaglan dinas	Edad	Etapadevida	Grado	Ocupacion	Ecivil	Ecivildic	Antecaborto	Antecabortod c	Perinterg	Pe
1	13	250041	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	15 - 19 años	Adolescente	Secundaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	1 aborto	Con antec...	Corto	
2	9	101901	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Superior univers...	Otro	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
3	10	61211	Otras	Ninguna	Ninguna	No	35 - 39 años	Adulta	Superior univers...	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
4	24	196891	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Superior no univ...	Ama de casa	Soltera	Soltera	2 abortos	Con antec...	Corto	
5	30	248522	Periodontal	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Secundaria	Otro	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
6	33	254542	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Primaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
7	48	205251	Ninguna	Accidentes	Violenci...	No	20 - 24 años	Joven	Secundaria	Otro	Soltera	Soltera	Ninguno	Sin antece...	Corto	
8	52	81300	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Superior univers...	Comerciante	Soltera	Soltera	Ninguno	Sin antece...	Corto	
9	67	203592	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Superior univers...	Estudiante	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
10	71	192382	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Secundaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
11	87	223560	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Superior no univ...	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
12	88	254606	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Primaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
13	94	109236	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Superior no univ...	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
14	105	216604	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Secundaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	2 abortos	Con antec...	Corto	
15	119	207226	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	15 - 19 años	Adolescente	Secundaria	Estudiante	Conviviente	Casada+c...	1 aborto	Con antec...	Corto	
16	128	163499	Otras	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Secundaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	1 aborto	Con antec...	Corto	
17	132	216604	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Secundaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	2 abortos	Con antec...	Corto	
18	145	249321	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Secundaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	1 aborto	Con antec...	Corto	
19	154	250483	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	20 - 24 años	Joven	Superior no univ...	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	Ninguno	Sin antece...	Corto	
20	156	249384	Infeccion del tra...	Ninguna	Ninguna	No	15 - 19 años	Adolescente	Secundaria	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	1 aborto	Con antec...	Corto	
21	1	251973	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	25 - 29 años	Joven	Superior no univ...	Otro	Soltera	Soltera	Ninguno	Sin antece...	Corto	
22	5	664131	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No	35 - 39 años	Adulta	Superior univers...	Ama de casa	Conviviente	Casada+c...	1 aborto	Con antec...	Corto	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

05:35 p.m. 01/08/2016