



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

TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A
DICIEMBRE 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

MENDOZA PAHUARA JOSELYN LESLY

ASESOR: Mg. BOADA CAVERO IVONNE ALEIDA

ICA, PERÚ

2018

ÍNDICE

CARÁTULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VII
ABSTRAC	VIII
INTRODUCCIÓN.....	9

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2. Delimitación de la investigación.....	11
1.3. Formulación del problema.....	11
1.3.1. Problema principal.....	11
1.3.2. Problemas secundarios.....	11
1.4. Objetivos de la investigación.....	12
1.4.1. Objetivo principal.....	12
1.4.2. Objetivos secundarios.....	12
1.5. Hipótesis.....	13
1.5.1. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.....	13
1.5.2. Operalización de Variables.....	14
1.6. Diseño de la investigación	
1.6.1. Tipo de investigación.....	15
1.6.2. Nivel de investigación.....	15
1.6.3. Método.....	15

1.7. Población y muestra.....	15
1.7.1. Población.....	15
1.7.2. Muestra.....	16
1.8. Técnicas e instrumentos.....	16
1.8.1. Técnicas.....	16
1.8.2. Instrumentos.....	17
1.9. Justificación.....	17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos teóricos de la investigación.....	19
2.1.1. Antecedentes.....	19
2.1.2. Bases teóricas.....	21
2.1.3. Definición de términos.....	33

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Presentación de resultados.....	36
3.2. Interpretación, análisis y discusión de resultados.....	43

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones.....	46
4.2. Recomendaciones.....	48

FUENTES DE INFORMACIÓN.....	49
-----------------------------	----

ANEXOS

Matriz de consistencia

Instrumento de recolección de datos

Consolidado

Juicio de expertos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

Dedico a:

Dios y a mi madre por su apoyo incondicional para culminar este trabajo.

Agradezco a:

Mi madre por el gran apoyo para mi formación, de igual manera a mis docentes que estuvieron presentes durante todos los años de mi formación académica brindándome sus conocimientos, así mismo a todos los obstetras que me brindaron sus enseñanzas.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el objetivo de conocer, los factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016. El método utilizado para la investigación fue de tipo descriptivo, no experimental, retrospectivo, transversal, con un método documental inductivo. La población de estudio estuvo constituida por 173 pacientes con el diagnóstico de aborto retenido.

Las conclusiones a las que se llegaron fue, que de 173 pacientes con diagnóstico de aborto retenido; según la edad se dio entre los 20-35 años con el 68%, respecto al estado civil prevalece la unión estable con el 79%, en cuanto a paridad tenemos a las multíparas con un 50%, según su antecedente de aborto el 61% no presenta antecedentes, en su gran mayoría el aborto retenido se produjo antes o igual a las 12 semanas de gestación con un 81%, en un 43% no presentaron infección del tracto urinario y el 51% no presentaba diagnóstico de ser una paciente diabética.

Palabras clave:

Factores asociados, Aborto Retenido.

ABSTRACT

The present study was raised with the objective of knowing the factors associated with abortion retained in women treated at the Amazonian Hospital from January 2015 to December 2016. The method used for the research was descriptive, non-experimental, retrospective, cross-sectional, with an inductive documentary method. The study population consisted of 173 patients with a diagnosis of retained abortion.

The conclusions reached were that of 173 patients diagnosed with abortion; according to age it was between 20-35 years with 68%; Regarding marital status, stable union prevails with 79%. Regarding parity, we have multiparas with 50%, according to their antecedent of abortion, 61% do not present antecedents. The abortion aborted occurred before or equal to the great majority at 12 weeks of gestation with 81%, 43% did not have urinary tract infection and 51% did not have a diagnosis of being a diabetic patient.

Keywords:

Associated factors, Abortion withheld

INTRODUCCIÓN

El aborto retenido es una condición clínica que ocurre aproximadamente en un 1.5% de los embarazos durante el primer trimestre, según la situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú del I semestre del año 2016, el cual muchas veces pasa desapercibido por lo que no presenta síntomas, poniendo así en riesgo la salud de la mujer .¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 dice que el 25% de los embarazos termina en aborto y que cada año se realizan 56 millones de abortos globalmente. El estudio aclara que el número de abortos en el mundo se han elevado de 50 millones (años 1990-1994) a 56 millones anuales (2010-2016). Según los investigadores, la cifra se eleva a 1 aborto de cada 3 embarazos en América Latina, región que presenta la tasa más alta a nivel mundial. Así mismo la OMS informa que en el año 2014 los abortos peligrosos representan 13% de todas las defunciones maternas; esto se pudo evitar a través de la educación sexual y planificación familiar .²⁻³

En el Perú según la Dirección General de Epidemiología MINSA en el 2016 nos informa que del total de casos de muerte materna, el 64% fallece debido a causas obstétricas directas, en los cuales se presentaron 122 casos de muerte materna por causas obstétricas directas, donde el 25% fallece debido hemorragias obstétricas, el 38.5% debido a enfermedades hipertensivas del embarazo, el 14.8% debido a sepsis, en el cual se presentó 1 caso de muerte materna debido al aborto retenido y el 19.7% debido a otras causas obstétricas directas. En el año 2015 según la Dirección General de Epidemiología MINSA nos dice que de cada 39 pacientes con sepsis 4 fueron causadas por un aborto retenido que viene a ser el 2.2%.⁴⁻⁵

El propósito de la presente investigación es poder identificar de una manera aceptable los factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En nuestro país, según la Dirección General de Epidemiología MINSA el 2015 y 2016 nos informa que se han presentado casos de sepsis ocasionados por el aborto retenido, que tuvieron como consecuencia la muerte materna .⁴⁻⁵

En el Hospital Amazónico, la incidencia de aborto retenido entre los años 2010 y 2011 fue del 10%, el 2% de los abortos fue de tipo séptico, en el cual dos de los casos fue a consecuencia de un aborto retenido; es por esto que consideró de vital importancia la realización de una investigación sobre los factores que se asocian a esta patología, que pone en peligro la vida de las pacientes con aborto retenido. En cuanto a los exámenes de laboratorio y exámenes auxiliares, ha habido deficiencias para su realización, en algunos casos las pacientes no se han llegado a realizar todos los exámenes solicitados, por otra parte está la poca accesibilidad a algunos tipos de exámenes más complejos y especiales, impidiendo así un mejor diagnóstico sobre cuál fue la causa que pudo provocar el aborto retenido, entre los exámenes a los que se tienen poca accesibilidad están los exámenes relacionados a la tiroides, dosaje de progesterona, infección por toxoplasmosis y estudios genéticos, los cuales si se realizaran nos podrían dar un diagnóstico exacto sobre la causa que produjo el aborto retenido. ⁶

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación Conceptual:** la siguiente investigación se centró en los factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre del 2016.
- **Delimitación Espacial:** Este trabajo de investigación se realizó en el Hospital Amazónico en el servicio de Gineco-Obstetricia.
- **Delimitación Temporal:** La investigación se realizó durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2016.
- **Delimitación Social:** esta investigación se realizó en gestantes con diagnóstico de aborto retenido.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema Principal

¿Cuáles son los factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?

1.3.2. Problemas Secundarios

- ¿Cuál es la edad más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?
- ¿Qué estado civil se presentó con mayor frecuencia en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?
- ¿El antecedente de aborto predomina en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?
- ¿Qué tipo de paridad se presentó más en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?

- ¿Qué edad gestacional es más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?
- ¿Es la Infección del tracto urinario la patología más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?
- ¿Es la diabetes la patología más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo Principal

Determinar los factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.

1.4.2. Objetivos secundarios

- Identificar la edad con mayor frecuencia que se presentó en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.
- Establecer el estado civil que predominó en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.
- Establecer si el antecedente de aborto predomina en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.
- Determinar qué tipo de paridad se presentó más en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.
- Identificar la edad gestacional más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.

- Establecer la frecuencia de la Infección del tracto urinario en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.
- Establecer la frecuencia de la diabetes en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.

1.5. HIPÓTESIS

No se consideró hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo no correlacional, en el cual según el autor Sampieri no es necesario considerarla.⁷

1.5.1. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

- **Variable única**

FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO

- **Variables Intervinientes**

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS

- Edad
- Estado civil

FACTORES OBSTÉTRICOS

- Antecedente de aborto
- Paridad
- Edad gestacional

FACTOR INFECCIOSO

- Infección del tracto urinario

FACTOR ENDOCRINO

- Diabetes

1.5.2. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONAL	INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	INDICADOR
VARIABLE ÚNICA: Aborto Retenido	El embrión o feto que muere o se desprende y queda retenido in útero, no hay expulsión de restos ovulares y no hay modificaciones cervicales.	Resultados obtenidos de las historias clínicas con el diagnóstico de ingreso.	SIP 2000 Historias Clínicas	Diagnóstico	SI/NO
VARIABLES INTERVINIENTES: Factores socio demográficos Factores obstétricos Factor infeccioso Factor endocrino	Estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan la formación y la conservación de las poblaciones. Factores obstétricos son aquellos que forman parte y describen la vida reproductiva de una mujer. Proceso patológicos que influye en la salud de la persona. Sistema de glándulas de secreción interna, que segregan hormonas encargadas de regular algunas de las funciones del organismo.	Recolección de datos	Recolección de datos	Edad Estado civil Antecedente de aborto Paridad Edad gestacional Infección del tracto urinario Diabetes	15-19 años 20-35 años 36-40 años Soltera Casada Unión estable SI NO Nulípara Primípara Múltipara Gran múltipara ≤12 semanas > 12 semanas SI NO SIN EXAMEN SI NO SIN EXAMEN

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación no experimental.

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación Retrospectiva, Descriptiva, porque describe los factores socio demográficos, obstétricos, infeccioso y endocrino que se asocian al Aborto Retenido.

- **Según la manipulación de la variable:** Observacional, ya que no se intervino de manera directa, sino que se describirá el comportamiento de las variables tal como se presentan.
- **Según la fuente de toma de datos:** Retrospectivo, porque los datos que conciernen al estudio fueron recogidos de un suceso ya dado anteriormente.
- **Según medida de la variable:** transversal, porque se realizó la recolección de datos en un tiempo y población determinada.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo descriptivo. Se realizará en una sola población, de la cual se describirá los hechos a investigar.

1.6.3. MÉTODO

Inductivo- Documental.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.7.1. POBLACIÓN

La población de estudio comprende todas las mujeres que acuden al Hospital Amazónico de Yarinacocha, al servicio de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de aborto retenido, la suma de 173 casos de enero del 2015 a diciembre 2016.

1.7.2. MUESTRA

La muestra es por conveniencia considerando al total de la población el cual es 173, de enero del 2015 a diciembre 2016. Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 15 a 40 años de edad.
- Mujeres con diagnóstico de aborto retenido por ecografía.
- Mujeres con edad gestacional menor o igual a 20 semanas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 40 años de edad.
- Mujeres sin el diagnóstico de aborto retenido.
- Mujeres con edad gestacional mayor a 20 semanas.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitará a la dirección del Hospital la autorización correspondiente para tener acceso al departamento de Gineco-Obstetricia y el servicio de Estadística.

1.8.1. TÉCNICAS

La técnica utilizada fue la de recolección de datos mediante la adquisición de datos del SIP 2000 (Sistema Informático Perinatal) y revisión de las historias clínicas lo cual nos permitirá cuantificar la incidencia del aborto retenido y sus factores asociados.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Se elaboró una ficha de recolección de datos, en el cual se recolecto los datos necesarios de cada paciente para llevar a cabo la investigación.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio no afectará en nada a las pacientes con diagnóstico de aborto retenido. La investigadora se comprometerá a defender los principios legales y éticos que garanticen el carácter reservado y se le garantice el anonimato.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La magnitud y la trascendencia de este problema justifican su investigación.

La presente investigación se realizó con el objeto de determinar cuáles son los factores asociados al aborto retenido, haciendo hincapié en que una buena educación en mujeres en etapa reproductiva, pueda prevenir riesgos futuros, tomando en cuenta que el aborto y sus diferente tipos, es uno de los problemas sociales más importantes que aqueja nuestra sociedad, donde el sector de la salud con los avances científicos y tecnológicos no logra disminuir estos casos, existiendo permanentemente situaciones que atentan con la salud y bienestar de la mujer ⁸.

Dentro del ejercicio profesional del médico, y propiamente de la práctica obstétrica se ha observado un alto índice de abortos alrededor del mundo, siendo un 80% de los abortos precoces, es decir antes de las 12 semanas de gestación, incluyéndose aquí el aborto retenido; situación en la cual muchas mujeres no son conscientes de lo que está sucediendo por la corta edad gestacional en la que se encuentran, así mismo muchas de ellas desconocen de los factores que se asocian a dicha patología.⁹

Frente a esta problemática social se planteó realizar la presente investigación buscando establecer los factores asociados en pacientes que ingresaron con dicho diagnóstico al Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa; en el área Gineco-

obstétrica, durante los meses de Enero del 2015 a diciembre del 2016; en busca de características asociadas, tomando en cuenta la edad, estado civil, la edad gestacional, paridad, antecedente de abortos, infección del tracto urinario y diabetes, ya que el último factor asociado mencionado no se toma casi nunca en cuenta para el diagnóstico del aborto retenido y así saber por qué se produjo, para poder tomar medidas de prevención en mujeres que presentan todos estos factores de riesgo .

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos teóricos de la Investigación

2.1.1. Antecedentes

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

López D. y Morales C. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital “Homero Castanier Crespo” en el año 2013- 2014. Cuenca – Ecuador. 2015, en dicho estudio se obtuvieron como resultado: La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%. Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo retenido.⁹

Aguilar M. Factores que influyen en la presentación del aborto diferido y sus complicaciones frecuentes en el Hospital DR. Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2013 a enero 2014. Guayaquil-Ecuador 2014-2015, en dicho estudio al evaluar la muestra de 98 casos obtuvieron que el grupo etario más afectado entre los 41 a 45 (37,6%) que representa 38

casos, mientras que el grupo con menos frecuencia fue entre 18-24 años (7,9%) que corresponde a 8 pacientes. El factor de riesgo más frecuente fue edad mayor de los 40 años (38,8%), seguida de abortos previos (29,6%). El 67,3% recibió tratamiento médico farmacológico y el 32,7% tratamiento quirúrgico como el legrado intrauterino, la vía oral fue la más utilizada (62,1%), la vía vaginal (37,9%), el 43,8% presentaron algún tipo de complicación posterior al legrado intrauterino. ¹⁰

Imunes L. y Mesa C. Causas que determinan el aborto en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Luis de Otavalo en el periodo octubre 2010 a agosto del 2011. Ibarra – Ecuador. 2011,

al realizar dicho estudio los resultados fueron: la edad donde más se suscitan los abortos está comprendida entre 19 y 24 años (29%), el estado civil corresponde a casada en un 48%, con un 22% a soltera y con un 27% en unión libre, de acuerdo a las gestaciones, de 1 a 3 gestas con un 63%, con 4 a 6 gestas un 27%, con 7 a 9 gestas un 8%; con antecedente de un aborto en un 92%, con 2 abortos un 13%, con tres abortos un 3%; el aborto se dio entre 6 y 10 semanas de gestación fue en un 45%, entre 11 y 15 semanas con un 31%. ⁸

ANTECEDENTES NACIONALES

Silva C. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia Obstétrica del Hospital I Edmundo Escome! Essalud Arequipa. Juliaca – Perú. 2016, en dicho estudio realizado los resultados fueron con respecto al aborto retenido el 28.3% de casos, de acuerdo a la edad, que de 35-39 años se dio en un 8%, de acuerdo al estado civil prevalece el casado con un 18.1%, el 27.5% si había tenido antecedentes de abortos y el 39.1% no, con respecto a la paridad el 23.1% ha tenido gestaciones previas y el 5.1% no, el 15.2% su ocupación era empleado, el 0.7% habían tenido atención prenatal y el 27.5% no. ¹¹

Espinoza C. Factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin, 2016. Huánuco – Perú. 2017, donde el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados al aborto Retenido fueron: Patologías Maternas: Diabetes (OR: 2,7), Infección del tracto urinario (OR: 2,3), Miomas (OR: 2,0), Traumatismo (OR: 0.9). Edad materna: Edad Precoz (OR: 1,7), Edad Avanzada (OR: 6.0). Antecedente de aborto (OR: 1.9). Características Sociodemográficas: El Nivel de educación baja o primario (OR: 1.6), pobreza (OR: 1.6), Zona Rural (OR: 2,4), Estado civil: conviviente (OR: 0.9).¹²

ANTECEDENTES LOCALES

Pese a la búsqueda continua que se hizo no se han encontrado estudios similares sobre antecedentes a nivel local.

2.1.2. BASES TEÓRICAS

I.- ABORTO

La palabra aborto, tiene por lo menos dos o tres etimologías. La más frecuente dice que proviene de abortus o aborsus, que viene de abortior, que se opone a orior (nacer) y en consecuencia significa morir (prematuramente), también se dice que proviene de Ab (privación) y ortus (nacimiento).⁸

El aborto se define como la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de las 20 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación normal, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno, con un feto que pesa menos de 500 gramos para la edad gestacional según la OMS. Sin embargo, estos criterios son contradictorios debido a que el peso promedio de un feto de 20 semanas es de 320 g, mientras que 500 g corresponden al peso promedio entre las 22 y 23 semanas (Moore, 1977); también se considera como la terminación

de la gestación después que el blastocisto se ha implantado en el endometrio, pero antes de que el feto alcance la viabilidad.¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

El aborto puede dividirse en:

a) Aborto espontáneo: Se produce pérdida del producto de la concepción, sin intervención de manipulación artificial o inducción; que afecten la evolución del producto antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa menor o igual a 500 gramos.

b) Aborto inducido: Se produce por maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.

Aproximadamente más de 40 millones de abortos inducidos se realizan anualmente en el mundo, informándose actualmente una tasa mundial de 40 a 70 por cada 1 000 mujeres en edad fértil y de 200 a 460 abortos por cada 1 000 nacidos vivos, y se estima que al menos 19 millones se consideran abortos inseguros. Solo 49 naciones en el mundo realizan el aborto a petición de la mujer que la solicita.

Un estudio en el año 2014, llevado a cabo por Fernández y colaboradores encontraron que en una población adolescente que decidió terminar su embarazo: el grupo de edad predominante estuvo entre 18-19 años, 93,5 % tuvo la primera relación sexual entre los 14 y 17 años, 64,5 % ya había tenido 3 o más parejas, el 77,4 % de las jóvenes eran solteras, el 45,1 % usaba condón, el 41,9 % refirió que el embarazo fue por fallo del método y el motivo más frecuente de solicitud de interrupción fue: muy joven para asumir el rol de la maternidad (90,3 %).⁹

c) Aborto completo: Es la eliminación total del contenido uterino.¹⁶

d) Aborto incompleto: Eliminación parcial del contenido uterino, acompañado de sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable, dilatación cervical evidente y volumen del útero no acorde con amenorrea.¹³⁻

e) Aborto inevitable: Es el aumento progresivo del dolor en hipogastrio, producido por las contracciones o de la hemorragia, a la exploración el cérvix está abierto, con los restos ovulares en vagina o en orificio cervical externo.¹⁰⁻¹⁷

f) Aborto séptico: es una infección ascendente producida por gérmenes gram positivos y anaerobios. Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto; existe escurrimiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido, presencia de fiebre de $\geq 38^{\circ}\text{C}$ sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección, hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero, alteraciones del estado general, y en casos más graves, signos de shock séptico.¹³⁻¹⁴⁻¹⁸

g) Aborto terapéutico: Es terminación médica o quirúrgica del embarazo menor o igual de 22 semanas, para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. El ACOG lo considera en caso de morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida.

De acuerdo al artículo 119° del Código Penal 1991, en el Perú, el aborto es legal solo cuando se realiza con el fin de salvar la vida o evitar un daño grave y permanente en la salud de la gestante.⁹⁻¹⁸

II.-ABORTO RETENIDO

a) Definición: el embrión o feto que muere o se desprende y queda retenido en el útero, no hay expulsión de restos ovulares y no hay modificaciones cervicales. Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnóstico. Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado.¹⁴

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se refiere a la muerte en el útero del embrión o feto antes de las 22 semanas de gestación, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo. Según la imagen ecográfica se distinguen dos tipos: el aborto diferido, en el que hay ausencia de latido cardiaco del embrión y el otro es la gestación anembrionada, en el que se observa un saco mayor o igual a 20 mm sin identificarse embrión. Clínicamente el útero es más pequeño de lo que corresponde para la edad gestacional, el cérvix generalmente está cerrado y no existe sangrado activo. ¹⁹

b) Etiología del aborto retenido

A continuación se realiza un análisis de estas causas:

➤ **Causas fetales**

Factores genéticos:

Del total de abortos con alteraciones cromosómicas, el 80% es anembrionado y del 10 al 20% son embrionados. La mayoría de las anomalías cromosómicas se deben a una alteración en la gametogénesis materna (95%) y en un mínimo porcentaje a un error en la gametogénesis paterna (5%). Entre las alteraciones cromosómicas más comunes tenemos: Trisomía autosómica, Monosomía X, Triploidía, Tetraploidía. Las alteraciones genéticas comprenden las trisomías autosómicas; estas relacionadas fundamentalmente con la edad materna; las triploidias por doble fecundación de un ovulo, monosomias del cromosoma X, las tetraploidías, las cuales tienen un recuento de 92 cromosomas y se expresan como abortos muy tempranos o huevos anembrionados, además están las inversiones cromosómicas y defectos de la fertilización.

9-12

➤ **Causas maternas**

Edad materna:

Es el principal factor asociado a la aparición de aborto retenido. En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación. El incremento de riesgo de cromosomopatía asociado a una edad materna elevada, está muy bien documentado, incluso en un estudio citogenético regional, en Lima, se halló que una edad ≥ 35 años se asocia con aneuploidías en el 78,4%.

Abortos previos:

La existencia de antecedente de aborto en gestaciones anteriores implica un mayor riesgo de repetición del mismo. El riesgo de aborto retenido clínicamente detectable en la mujer que nunca ha abortado oscila entre 11 y el 15%, en cambio después de uno a cuatro abortos es 16%, 25%, 45% y 54%, respectivamente.

Periodo intergenésico:

El período intergenésico menor de 6 meses afecta el resultado final del embarazo, se ha demostrado por varios estudios que toda paciente con un período intergenésico menor de 6 meses tiene 10 veces más riesgo de que su embarazo culmine antes de las 20 semanas o sea de que se produzca un aborto.⁹⁻¹³⁻¹⁴

Anomalías anatómicas adquiridas:

La implantación del huevo tiene lugar a los seis a siete días de la fecundación en la capa funcional del endometrio. Es fundamental que esta capa posea una estructura y vascularización adecuadas, que condicionarán un medio favorable a la implantación en lo que se ha venido a denominar “receptividad endometrial”. Por este mismo motivo, cualquier infección, sustancia tóxica o alteración anatómica que distorsione la estructura o la transformación funcional de todo o parte del

endometrio, podría dar lugar a alteraciones en la fase peri implantativa que conduzcan al aborto retenido. ¹²⁻¹³

Dentro de esta parte se asocian los miomas submucosos o los intramurales de gran tamaño. Los legrados uterinos muy enérgicos o realizados en abortos sépticos o provocados, pueden producir zonas de isquemia en la cavidad uterina. Sinéquias intrauterinas, consiste en la presencia de bandas fibrosas entre las paredes del útero como consecuencia de una infección, o de un trauma quirúrgico. ¹²⁻¹³

Defectos de la implantación:

La edad materna es un factor importante en este ámbito, ya que sobre los cuarenta años se puede observar fibrosis de la musculatura uterina asociadas a falla de la irrigación sanguínea del sitio de implantación. La trombofilia y enfermedades autoinmunes de la tiroides también se asocian con defectos de implantación.⁹

➤ Causas infecciosas

Representan un riesgo importante como causa de aborto retenido. Entre los principales microorganismos que producen esta patología se encuentran:

Parásitos (toxoplasma y plasmodium), Micoplasmas (urealiticum, hominis), Virus (citomegalo, herpes, HIV, rubeola, varicela y viruela), Bacterias (streptococo b hemolítico, listeria, campylobacter, salmonella, brucella, clamidia, treponema). ¹²⁻¹³

Infecciones del tracto urinario (ITU):

En las vías urinarias durante la gestación se producen cambios anatómicos y fisiológicos, como manifestaciones de adaptación al proceso del embarazo. Algunas de ellas predisponen a la infección del tracto urinario.

A menudo no se identifica la infección como causa de abortos, sin embargo, cuando ocurren abortos inexplicables sobretodo en el primer trimestre del embarazo se debe pensar en esta patología como la

principal etiología. La bacteriuria asintomática podría desempeñar un papel importante en los abortos retenidos recurrentes.

Las infecciones del tracto urinario, mayormente son causadas por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga, esto puede llevar a una infección, que se da con mayor frecuencia en la vejiga misma, la cual puede propagarse hacia a los riñones. La mayoría de las veces, el cuerpo puede librarse de estas bacterias. Sin embargo, ciertas afecciones aumentan el riesgo de padecer infecciones urinarias.

En más del 95% de los casos, un único microorganismo es el responsable de la infección.¹¹⁻¹³

En general los gérmenes causantes de las infecciones de tracto urinario durante la gestación son los mismos que fuera del embarazo:

-Gram negativas (-): Escherichiacoli (80 - 90%), Klebsiella Neumoniae (5%), Enterobacter Species (3%), Proteus Mirabilis (5%).

-Gram positivos (+): Streptococcus Grupo B (1%), Staphilococcus saprophiticus (2%) y otros organismos menos comunes como enterococos, Gardnerella vaginalis y Ureaplas maureolyticum.¹²

➤ **Causas funcionales:**

Anomalías endocrinas que afectan la función de órganos o sistemas que interfieren en la normal evolución de la gestación.

Diabetes mellitus:

En pacientes diabéticas con un control metabólico inadecuado, se ha presentado un mayor riesgo de embriopatía, malformaciones congénitas y por ende, abortos espontáneos y de igual manera los abortos retenidos. Unas cuatro veces de incremento de riesgo para abortos retenido fue reportada en mujeres diabéticas embarazadas con pobre control glicémico en embarazos tempranos, sus repercusiones sobre el producto de la concepción se podrán clasificar en dos tipos: embriopatía diabética (aborto y malformaciones congénitas, que acontecerán en la primera

mitad de la gestación), y fetopatía diabética (alteraciones del crecimiento y metabolismo, retraso de la maduración, especialmente pulmonar, pérdida de bienestar fetal y mortalidad fetal) en la segunda mitad de la gestación. Todas estas complicaciones dependen del grado del trastorno metabólico existente a lo largo de toda la gestación y no sólo del inmediato a su presentación. Las malformaciones congénitas más frecuentes asociadas a la diabetes son las cardíacas y las del sistema nervioso y esquelético. ¹²

Enfermedades de la Tiroides:

Se habla de que la identificación de anticuerpos antitiroideos, representan un factor de riesgo de aborto retenido.

La interrelación tiroides-gestación es recíproca. El embarazo influye en la normal función de la tiroides, del mismo modo que las disfunciones tiroideas pueden afectar la fertilidad de la mujer, el curso del embarazo, la salud fetal, el estado materno y del recién nacido en el postparto. Además, las funciones tiroideas materna y fetal están íntimamente ligadas y ciertos cuadros gestacionales, como la hiperémesis gravídica o la mola hidatidiforme pueden alterar también la función tiroidea.

Los trastornos de la tiroides son consecuencia fundamentalmente de procesos auto inmunitarios, que estimulan la producción excesiva de hormonas tiroideas (hipertiroidismo, tirotoxicosis) o provocan destrucción de la glándula y producción insuficiente de hormonas tiroideas (hipotiroidismo). Los riesgos fetales del hipotiroidismo incluyen el aumento de abortos retenidos, riesgo de pérdida del bienestar fetal, malformaciones. ¹²

Déficit de Progesterona:

Al existir una deficiencia del cuerpo lúteo, que es el que se encarga de mantener el endometrio durante las siete semanas primeras de gestación, los niveles de progesterona son suficientemente bajos a mitad de la fase lútea, como para no permitir el adecuado desarrollo del

endometrio, por lo que no se puede mantener el blastocito y desemboca en un aborto retenido o espontáneo. En su tratamiento, se suele utilizar la administración de progesterona por vía vaginal o intramuscular, obteniendo mejores resultados. ¹²⁻¹⁴

➤ **Causas inmunológicas:**

Los que se asocian con el aborto retenido son de tipo autoinmune; como el síndrome de anticuerpo antifosfolípidos; Aloinmunes, como incompatibilidad ABO; Trombofilias. ¹³

➤ **Causas de origen tóxico y ambiental**

Daño por sustancias químicas:

El óxido nitroso usado como anestésico tiene un riesgo relativo de aborto del 2,6%, fenómeno observado en mujeres que trabajan en sitios quirúrgicos.

Tabaco:

En el humo del cigarrillo existen hidrocarburos poliaromáticos que inducen en la placenta formación de radicales libres biotóxicos los cuales tiene un efecto dañino en el feto.

Alcohol:

Consumir alcohol durante las primeras ocho semanas es causa tanto de abortos espontáneos como de anomalías fetales.

Cafeína:

El consumo de más de 5 tazas de café, conlleva una alta concentración de paraxantina, llevando a un riesgo doble de padecer un aborto retenido o cualquier otro tipo de aborto.

Anticonceptivos:

Los anticonceptivos orales no aumentan el índice de abortos, sin embargo los dispositivos intrauterinos, en caso de embarazo, aumentan considerablemente el índice de abortos retenido.

Estrés psicológico:

El estrés aumenta el riesgo de aborto retenido en pacientes mayores de 32 años con un riesgo relativo que corresponde al 2,45%, ya que sugieren que el estrés en la madre durante la gestación puede ocasionar hiperprolactinemia leve y/o insuficiencia del cuerpo lúteo.⁹⁻¹²

➤ **Causas paternas**

Las alteraciones espermáticas sean de tipo primarias o secundarias a cromosomopatías, metabólicas, endocrinas, tóxicas son causales de aborto retenido.¹³

c) Factores de riesgo:

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Patología uterina que compromete su cavidad.
- Periodo intergenésico corto.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socio-económicas (desnutrición).
- Violencia familiar.
- Intoxicaciones ambientales.

d) Criterios de diagnóstico:

- ✓ Exploración: cuello cerrado.
- ✓ Su diagnóstico es ecográfico, en el cual no hay visualización de embrión en una gestante con diámetro medio de saco gestacional de 25 mm, utilizando la ecografía abdominal; o de 18 mm si utilizamos ecografía transvaginal.
- ✓ No identificación de latido cardiaco fetal en un embrión con longitud corono-nalga mayor de 6 mm.
- ✓ Se habla de huevo huero o gestación anembrionada cuando no se visualiza embrión en una vesícula gestacional >25mm, pero la actitud es la misma que en el aborto diferido. ¹⁶⁻¹⁷

e) Tratamiento

Evaluación del riesgo acorde con el nivel de atención de la institución, promoviendo un trato humanizado y cálido a la mujer en este periodo, se iniciará con la identificación de los signos clínicos de infección como complicación del aborto retenido; los casos no sépticos podrán ser manejados ambulatoriamente y aquellos con sobreinfección se manejarán según la norma:

- Hospitalizar.
- Ayuda diagnóstica:
 - Ecografía para evaluar viabilidad fetal.
 - Perfil de coagulación: fibrinógeno, recuento de plaquetas, tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina; sino cuenta con los reactivos, solicite tiempo de coagulación y sangría.
 - Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
 - Grupo y factor sanguíneo.
 - Sedimento de orina.
 - RPR o VDRL.
 - Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.

- Si el cuello uterino es permeable realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU) solo hasta las doce semanas de gestación y sin complicaciones infecciosas, se realizará legrado uterino después de las 12 semanas de gestación, previa dilatación al igual que para el AMEU.
- Si el cuello uterino no es permeable, madurar con prostaglandinas (Misoprostol). Luego realizar AMEU o legrado uterino según se requiera.
- Si existen alteraciones en las pruebas de coagulación someter a legrado inmediatamente, con transfusión simultánea de componentes sanguíneos necesarios o sangre total fresca.¹⁶

Actividades post aborto

- Atención integral a la mujer siendo el periodo del pos aborto uno de los más críticos en la vida de una mujer, debe ofrecerse una atención de alta calidad, rápida, respetuosa y amable, que considere el entorno social y los sentimientos de la mujer en este estado. Debe ofrecerse apoyo con trabajo social o psicología para la intervención en crisis que requiere este grupo de mujeres.
- Ofrecimiento de anticonceptivos a toda mujer que se haya atendido a causa de un aborto, deberá ser asesorada y darle la oportunidad de escoger y optar por un método anticonceptivo, si desea, o si su situación clínica exige el espaciamiento de un nuevo embarazo.¹⁴

EFICACIA DEL MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO DIFERIDO

Hasta la década de 1980 el aborto era siempre quirúrgico, un método invasivo, realizado mediante instrumentos que pueden favorecer el ascenso de gérmenes desde la vagina o del cuello hasta la cavidad uterina. Los más utilizados son: Dilatación, Curetaje y Dilatación con Aspiración al Vacío o vacuo, tanto manual (AMEU) como eléctrico. Más recientemente se está

utilizando con amplia aceptación el Aborto Médico, Medicamentoso o Farmacológico, en el que la interrupción de un feto retenido se consigue mediante la administración de medicamentos, entre los cuales el más accesible en América Latina es el misoprostol, por ser de bajo costo, no necesita refrigeración y es de fácil administración, lo que facilita su utilización. ¹⁸

Otro estudio nos demuestra que la necesidad de dilatación mecánica post maduración cervical, en pacientes con diagnóstico de aborto retenido menor a 12 semanas, es menor si se utiliza 200 o 400 µg de misoprostol, sin aumento de la tasa de perforación uterina por legrado uterino. ²⁰

2.1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- ✓ **Amenorrea:** ausencia o suspensión anormal de la menstruación, de las cuales existen:
 - Primaria: si la adolescente no menstrúa luego de cumplir los 16 años.
 - Secundaria: ausencia por 3 meses, si se produce en mujeres con ciclos menstruales regulares.
 - En la menopausia: cese de la menstruación por un período mayor de seis meses, que ocurre al final del período reproductivo. En nuestro medio ocurre entre los 48 y 50 años. ¹⁶
- ✓ **Antecedente:** cosa o periodo que precede a otros en el tiempo o en el orden. ²¹
- ✓ **Blastocisto:** equivalente a la blástula, que constituye una estructura celular compleja derivada de la mórula; está formada por una masa celular interna de la que se origina el embrión y de una capa periférica de células que formará la placenta. ²¹
- ✓ **Cureta:** instrumentos ginecológicos para los raspados uterinos. ⁸
- ✓ **Dilatación:** consiste en el borramiento del cuello uterino, en la que se produce el ablandamiento y borramiento total del cilindro que constituye el cuello del útero. ⁸

- ✓ **Edad:** con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento actual de su vida. ²¹
- ✓ **Edad gestacional:** en el desarrollo fetal, número de semanas desde la concepción hasta el momento actual de la gestación. ²¹
- ✓ **Embrión:** producto de la concepción hasta las 8 semanas de gestación. ²²
- ✓ **Feto:** descendencia nonata en el periodo pos embrionario a partir de las 9 semanas de gestación, después que se han bosquejado las estructuras principales. ²²
- ✓ **Infección del tracto urinario (ITU):** es la existencia de gérmenes patógenos en la orina a consecuencia de una infección en cualquier órgano de las vías urinarias. ¹²
- ✓ **Isquemia:** Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada. ²¹
- ✓ **Legrado:** intervención quirúrgica para limpiar mediante raspado, una cavidad, especialmente la uterina. ⁸
- ✓ **Monosomía:** ausencia de un cromosoma de una homólogo en el complemento de una célula por lo demás diploide, como se observa en el cariotipo del síndrome de Turner, en el que sólo hay un cromosoma sexual. ²²
- ✓ **Paridad:** clasificación de una mujer por el número de partos con niños nacidos vivos y de nacidos muertos después de las 20 semanas de gestación. ²¹
- ✓ **Tiroides:** glándula que está situado en la parte anterior y superior de la tráquea y segrega hormonas que influyen en el metabolismo y el crecimiento. ²²
- ✓ **Triploidía:** individuo o célula que tiene tres juegos de cromosomas. ²²
- ✓ **Trombofilia:** tendencia a padecer trombosis. ²²

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS

3.1. Presentación de resultados

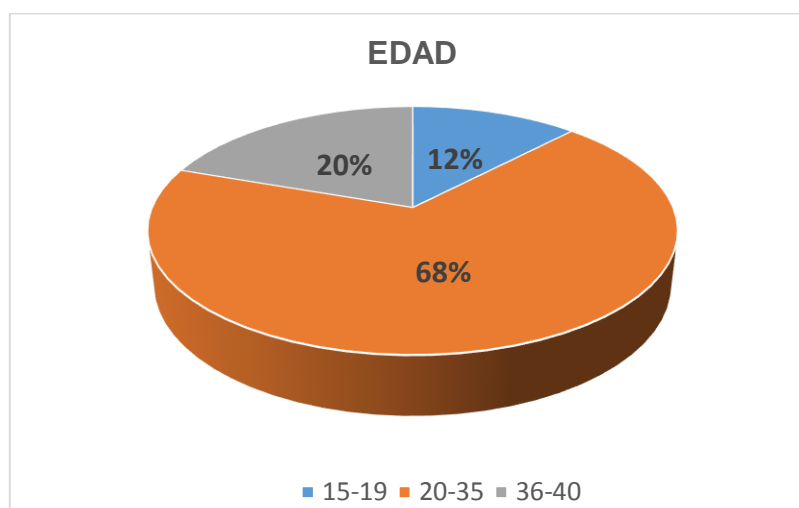
FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016

TABLA N°1: SEGÚN EDAD

EDAD	N	%
15-19	21	12
20-35	118	68
36-40	34	20
TOTAL	173	100

FUENTE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL 2000

En el cuadro según las edades podemos observar que en su mayoría, las edades donde más se produjo dicha patología con el 68% son de 20-35 años, el 20% entre los 36-40 años y sólo el 12% son entre los 15-19 años.



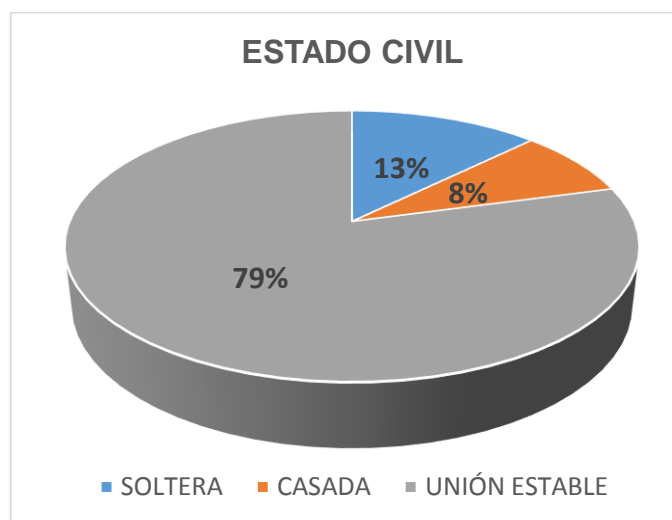
FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A
DICIEMBRE 2016

TABLA N°2: SEGÚN EL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N	%
SOLTERA	22	13
CASADA	14	8
UNIÓN ESTABLE	137	79
TOTAL	173	100

FUENTE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL 2000

Según el cuadro relacionado al estado civil, prevalece en su gran mayoría con un 79% la unión estable, el 13% soltera y sólo el 8% fueron casadas.



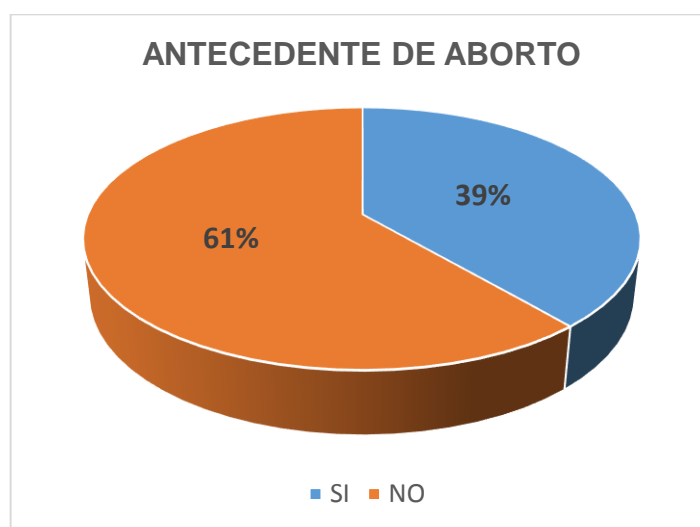
FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A
DICIEMBRE 2016

TABLA N°3: SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO

ANTECEDENTE DE ABORTO	N	%
SI	67	39
NO	106	61
TOTAL	173	100

FUENTE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL 2000

En el cuadro según los antecedentes de aborto de las pacientes, podemos observar que el 61% no tenía antecedente de aborto y el 39% sí.



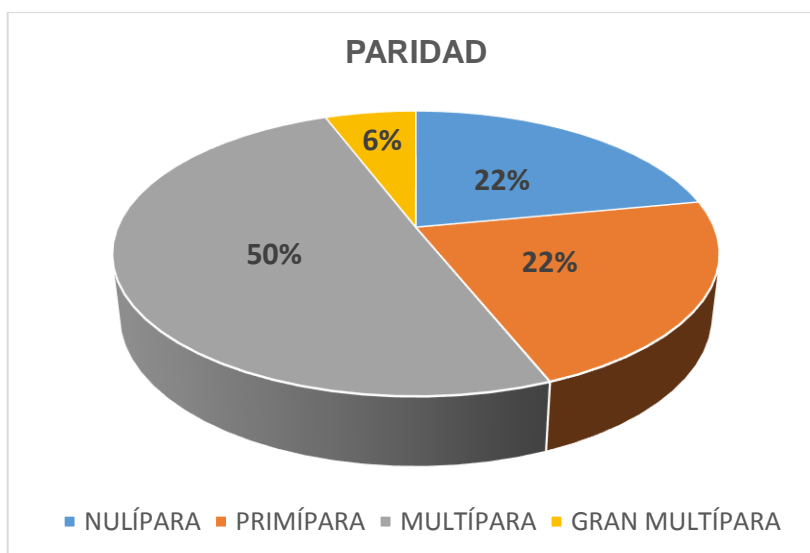
FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A
DICIEMBRE 2016

TABLA N°4: SEGÚN LA PARIDAD

PARIDAD	N	%
NULÍPARA	38	22
PRIMÍPARA	38	22
MULTÍPARA	87	50
GRAN MULTÍPARA	10	6
TOTAL	173	100

FUENTE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL 2000

El cuadro según la paridad de las pacientes en estudio, observamos que el 50% son multíparas, el 22% son tanto las nulíparas como primíparas y sólo el 6% son gran multíparas.



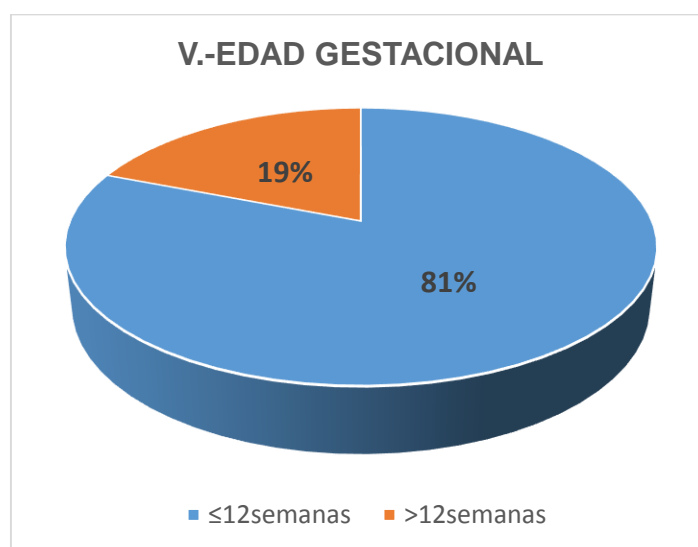
FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A
DICIEMBRE 2016

TABLA N°5: SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	N	%
≤12 semanas	140	81
>12 semanas	33	19
TOTAL	173	100

FUENTE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL 2000

El cuadro según la edad gestacional en que se produjo el aborto retenido, nos muestra que se dio en su gran mayoría con un 81% antes o igual a las 12 semanas y un 19% mayor de 12 semanas.



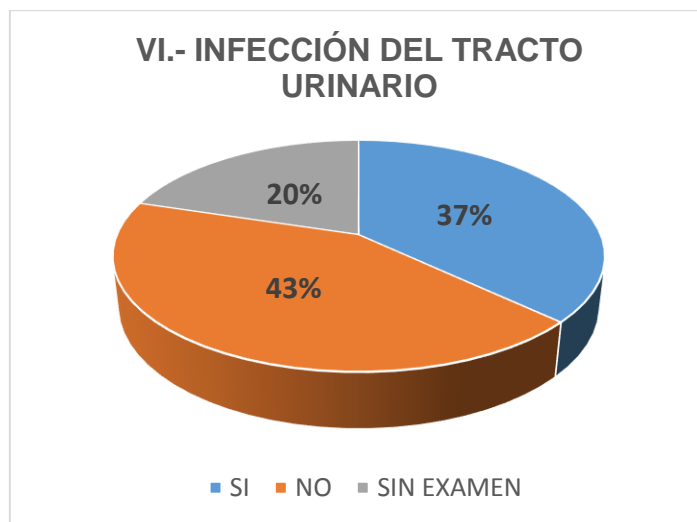
FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A
DICIEMBRE 2016

TABLA N°6: DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	N	%
SI	64	37
NO	74	43
SIN EXAMEN	35	20
TOTAL	173	100

FUENTE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL 2000

El cuadro según la infección del tracto urinario, nos muestra que la mayoría con un 43% no presento dicha patología, el 37% si y el 20% no se habían realizado el examen.



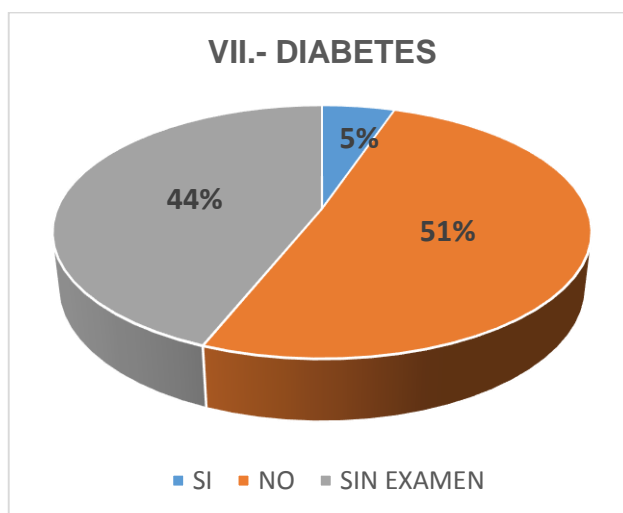
FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A
DICIEMBRE 2016

TABLA N°7: SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES

DIABETES	N	%
SI	9	5
NO	88	51
SIN EXAMEN	76	44
TOTAL	173	100

FUENTE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL 2000

El cuadro según el diagnóstico de diabetes, nos muestra que la mayoría de las pacientes en estudio con un 51% no tuvieron dicha patología, en un 44% no se llegaron a realizar el examen y sólo el 5% que sí tuvieron el diagnóstico de diabetes.



3.2. Interpretación, análisis y discusión de resultados.

Según la edad materna donde más se produjo el aborto retenido son de 20-35 años, el cual resulto ser la edad más frecuente que se presentó el aborto retenido con un 68%, esto nos indica que se ha presentado entre las edades óptimas recomendadas para llevar un embarazo con menos riesgo, según la Historia Clínica Materno Perinatal. Dicho resultado coincide con los estudios llevados a cabo por López D. y Morales C. en Cuenca-Ecuador 2015, cuyo resultado es un 43.8%. Según las bases teóricas nos dice que las edades maternas elevadas mayores o igual a 35 años están relacionados a anomalías cromosómicas, que se deben a una alteración en la gametogénesis materna en un 95%. La edad materna también juega un rol importante en cuanto a los defectos de implantación, ya que sobre los 40 años se puede observar fibrosis de la musculatura uterina que se asocian a la falta de irrigación sanguínea del sitio de implantación, y de igual manera la edad de la madre influye en las deficiencias de progesterona para la conservación del embarazo, ya que a mayor edad los niveles de progesterona van disminuyendo.

Según el estado civil prevalece es la unión estable con un 79%. Dicho resultado coincide con el estudio realizado por Espinoza C. en Huánuco-Perú 2017, cuyo resultado fue OR de 0.6. Pese a la búsqueda no se encontraron estudios sobre la asociación del estado civil con el aborto retenido.

Según la paridad prevalece las pacientes multíparas con un 50%, el cual nos indica que a mayor número de hijos es un factor asociado para poder desarrollar un aborto retenido. Cuyo resultado coincide con el estudio realizado por López D. y Morales C. en Cuenca – Ecuador 2015, cuyo resultado es 23.1%. Según la literatura nos dice que a mayor número de partos hay mayor probabilidad de que el embarazo próximo termine en un aborto retenido, debido a que en el útero se puedan quedar zonas fibrosas en el lugar de implantación placentaria del embarazo anterior, trayendo como consecuencia que si la placenta del embarazo actual se implante en el mismo lugar termine en un aborto retenido,

ya que habrá deficiencia de irrigación sanguínea en dicha zona. Y según el periodo intergenésico menor de 6 meses tiene 10 veces más riesgo de que su embarazo culmine antes de las 20 semanas de gestación.

Según el antecedente de aborto, prevaleció que no tuvieron dicho antecedente en un 61%, el cual nos indica que este no es un factor asociado para desarrollar el aborto retenido según la realidad del Hospital Amazónico donde se realizó el estudio. Cuyo resultado coincide con el estudio realizado por Silvia C. en Juliaca-Perú 2016, cuyo resultado fue 14.5%. Según la literatura es muy tajante al indicar que el antecedente de aborto en gestaciones anteriores implica un mayor riesgo de que se repita el mismo.

Según la edad gestacional donde se produjo el aborto retenido prevalece igual o antes de las 12 semanas de gestación con un 81%, el cual se considera a aquellas como las edades gestacionales asociadas al aborto retenido. Dicho resultado concuerda con el estudio realizado por Imunes L. y Mesa C. cuyo resultado fue de 45%. La literatura nos indica que el aborto retenido generalmente se va a presentar en su mayoría durante las 4 primeras semanas de gestación, debido a que como el embarazo no sigue su curso, hay disminución de la progesterona y disminución de los síntomas propios del embarazo, lo que permite muchas veces que se realice el tratamiento adecuado y a tiempo, antes de que se produzcan complicaciones para extraer el embrión o feto retenido.

Según el diagnóstico de las pacientes con infección del tracto urinario, prevaleció que no tuvieron dicha patología un 43%, pero cabe resaltar que un 20% de la población en estudio no se llegaron a realizar dicho examen, pudiendo haber entre ellos pacientes con dicha patología. En conclusión esto nos indica que este no es un factor asociado para desarrollar el aborto retenido según la realidad del Hospital Amazónico en el periodo que se realizó el estudio. A comparación con el estudio realizado por Espinoza C. en Huánuco-Perú 2017, cuyo resultado fue 69.9% que si presentaron ITU. Según la literatura nos dice

que durante el embarazo se producen cambios anatómicos y fisiológicos, como manifestaciones de adaptación al embarazo, predisponiendo algunas de ellas a la infección del tracto urinario. Teniendo a la bacteriuria asintomática como una de las infecciones peligrosas debido a que no presenta síntomas como su mismo nombre lo dice, y se considera a la escherichiacoli como la bacteria más común que ocasiona esta patología en un 80 a 90%.

Según el diagnóstico de las pacientes con diabetes, prevaleció que no tuvieron dicha patología un 51%, pero cabe resaltar que un 44% de la población en estudio no se llegaron a realizar dicho examen, pudiendo haber entre ellos pacientes con dicha patología que se estaría obviando. En conclusión esto nos indica que este no es un factor asociado para desarrollar el aborto retenido según la realidad del Hospital Amazónico en el periodo que se realizó el estudio. A comparación con el estudio realizado por Espinoza C. en Huánuco-Perú 2017, cuyo resultado fue de 72.9% que si presentaron diagnóstico de diabetes. La literatura nos dice que las pacientes con diabetes pueden presentar embriopatías, malformaciones congénitas, por ende un aborto retenido a una edad gestacional temprana y más aún en pacientes con un mal control de su glicemia.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

El grupo poblacional en el que más se presentó el aborto retenido fueron las edades entre los 20 a 35 años, lo cual nos indica que las edades óptimas para un embarazo también hay riesgo de presentar dicha patología.

El estado civil que prevalece en las pacientes diagnosticadas con aborto retenido es la unión estable.

Según la paridad nos indica que las pacientes multíparas son las que más presentaron aborto retenido, lo que nos indica que las mujeres que ya han experimentado el parto alguna vez, tienen riesgo de presentar la patología.

Las pacientes que se les diagnosticó aborto retenido no han tenido ningún antecedente de aborto, pero es importante resaltar que también hay un número considerable de pacientes en estudio que ya habían tenido un antecedente aborto, lo que nos indica que tanto las que no tuvieron ningún antecedente como las que tuvieron un antecedente corren riesgo de presentar la patología.

La edad gestacional en la que más se produjo el aborto retenido fue antes o igual a las 12 semanas, lo que nos indica que en su gran mayoría dicha patología se presenta dentro del primer trimestre, etapa que es muy importante para la continuidad del embarazo.

Las pacientes que se les diagnosticó aborto retenido no habían presentado infección del tracto urinario (ITU), en un 43%.

Las pacientes que se les diagnosticó aborto retenido no tuvieron el diagnóstico de diabetes. Esto nos indica que ser una paciente diabética, no es un factor de riesgo para que se produzca el aborto retenido; según la realidad del Hospital Amazónico en el periodo que se realizó el estudio.

4.2. Recomendaciones:

El personal responsable deberá brindar la información necesaria a las mujeres en edad fértil que a cualquier edad se puede presentar dicha patología, no necesariamente en mujeres de edad avanzada o en edades precoces; y realizar una evaluación preconcepcional para prevenir complicaciones al momento del embarazo. El personal de salud brindaría la información mediante charlas de Salud Sexual y Reproductiva.

Concientizar a las mujeres que a mayor número de partos, tienen mayor probabilidad de presentar un aborto retenido en su próxima gestación, se le debe brindar consejería para ofertarle el inicio de metodología anticonceptiva post parto y que al alta médica continúe con el método anticonceptivo, en caso contrario captarla durante el primer control puerperal y hacerle una interconsulta al servicio de planificación familiar.

Realizar sesiones educativas de Salud Sexual y Reproductiva en las Instituciones Educativas, Institutos, Universidades, en CETPROS, etc.

Difundir la importancia de la Atención Prenatal en las gestantes, en el servicio de Obstetricia.

Buscar estrategias para que las pacientes cumplan satisfactoriamente con los exámenes de laboratorio y exámenes auxiliares que se les solicite.

Implementar las tiras reactivas para gluco test en el servicio de obstetricia, con lo que se lograra disminuir el porcentaje de pacientes sin examen de glicemia.

Educar a las pacientes para que los resultados de Anatomía Patológica de la muestra del legrado uterino o AMEU, lo presente en el primer control post aborto, para determinar posibles causas de la patología.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Ministerio de Salud del Perú. Situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú, al I semestre 2016; 25. Pág. 647 – 652.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna 2013 [Internet] [Fecha de acceso 4 de agosto del 2018] .Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
- 3.- Organización Mundial de la Salud. El aborto peligroso 2017 [Internet] [Fecha de acceso 4 de agosto del 2018] .Disponible en:
<http://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
- 4.- Ministerio de Salud del Perú. Vigilancia epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú.2016; 56. Pág. 4 – 20.
- 5.- Ministerio de Salud del Perú. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 – 74.
- 6.- Barreto G, et al. Guías de prácticas clínicas y procedimientos en Emergencias Obstétricas: Pucallpa- Perú. 2015.
- 7.- Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación. 5^a edición. México: Edit. Interamericana, McGraw-Hill; 2010.
- 8.- Imues L y Mesa C. Causas que determinan el aborto en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “San Luis de Otavalo”: Ibarra – Ecuador. 2011.
- 9.- López D. y Morales C. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital “Homero Castanier Crespo”: Cuenca-Ecuador. 2015.
- 10.- Aguilar M. Factores que influyen en la presentación del aborto diferido y sus complicaciones frecuentes en el Hospital DR. Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil-Ecuador 2014-2015.
- 11.-Silva C. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia Obstétrica del Hospital I Edmundo Escomel Essalud Arequipa: Juliaca-Perú. 2016.

- 12.- Espinoza C. Factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín: Huánuco-Perú .2017.
- 13.- Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC). 1ª edición. Quito: La caracola editores; 2013.
- 14.- Rodríguez D y León H. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog)- Guía de atención del aborto. Bogotá. 2011.
- 15.- Williams. Manual de Obstetricia-complicaciones en el embarazo. 24ª edición. España: Edit. Interamericana, McGraw-Hill; 2015.
- 16.- Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 1ª edición. Lima-Perú: Edit. Talleres de Sinco Editores; 2007.
- 17.- Zapardiel G, et al. Guía práctica de urgencias en Obstetricia Y Ginecología (Acorde a los protocolos de la S.E.G.O.): Madrid-España. 2008.
- 18.- Micolta S. Eficacia y seguridad del misoprostol intravaginal previo al legrado instrumental en el aborto diferido e incompleto, Hospital provincial docente de Riobamba: Ecuador. 2010.
- 19.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O). Protocolos asistenciales en obstetricia. Madrid-España 2014
- 20- Errázuriz V, et al. Efectividad del tratamiento médico con misoprostol según dosis administrada en aborto retenido menor de 12 semanas .Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(2): 76 – 80.
- 21.- Mosby Pocker Diccionario de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ª edición. España: Edit. ELSEVIER, S.L; 2011.
- 22.- Dorland Diccionario Medico. 28ª edición. España: Edit. Interamericana, McGraw-Hill; 2010.

ANEXOS

1.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016							
Formulación del problema	Objetivos	Variable Única	Dimensión	Indicador	Escala	Fuente	Prueba estadística
<p>Problema principal: ¿Cuáles son los factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?</p> <p>Problemas secundarios: ¿Cuál es la edad más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016? ¿Qué estado civil se presentó con mayor frecuencia en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016? ¿El antecedente de aborto predomina en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016? ¿Qué tipo de paridad que se presentó más en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016? ¿Qué edad gestacional es más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016? ¿Es la Infección del tracto urinario la patología más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016? ¿Es la diabetes la patología más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016?</p>	<p>Objetivo Principal Determinar los factores asociados al aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.</p> <p>Objetivos secundarios *Identificar la edad con mayor frecuencia que se presentó en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016. *Establecer el estado civil que más se presentó en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016. *Establecer si el antecedente de aborto predomina en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016. *Determinar qué tipo de paridad se presentó más en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016. *Identificar la edad gestacional más frecuente en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016. *Establecer la frecuencia de la Infección del tracto urinario en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016. *Establecer la frecuencia de la diabetes en el aborto retenido en mujeres atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2015 a diciembre 2016.</p>	<p>FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO</p> <p>VARIABLES INTERVENIENTES:</p> <p>•FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS</p> <p>•FACTORES OBSTÉTRICOS</p> <p>•FACTOR INFECCIOSO</p> <p>•FACTOR ENDOCRINO</p>	<p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Antecedente de aborto</p> <p>Paridad</p> <p>Edad gestacional</p> <p>ITU</p> <p>Diabetes</p>	<p>15-19 años 20-35 años 36-40 años</p> <p>Soltera Casada Unión estable</p> <p>SI NO</p> <p>Nulípara Primípara Multípara Gran multipara</p> <p>≤12 semanas >12 semanas</p> <p>SI NO SIN EXAMEN</p> <p>SI NO SIN EXAMEN</p>	<p>Razón o Proporción</p>	<p>SIP 2000</p> <p>Historias Clínicas</p>	<p>Pruebas no paramétricas</p>

2.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

TESIS: FACTORES ASOCIADOS
AL ABORTO RETENIDO EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO
ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016

HCL

Ficha N°

1.- Edad

- a) 15-19 años ()
- b) 20-35 años ()
- c) 36-40 años ()

2.- Estado civil

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Unión estable ()

3.- Paridad

- a) Nulípara ()
- b) Primípara ()
- c) Multípara ()
- d) Gran multípara ()

4.- Antecedente de Aborto

- a) SI ()
- b) No ()

5.- Edad gestacional

- a) ≤12 semanas ()
- b) >12 semanas ()

6.- Infección de tracto urinario

- a) SI ()
- b) No ()
- c) Sin examen ()

7.- Diabetes

- a) SI ()
- b) No ()
- c) Sin examen ()

3.- CONSOLIDADO

NÚMERO DE FICHA	HCL	I.-EDAD	II.- ESTADO CIVIL	III.- ANTECEDENTE DE ABORTO	IV.-PARIDAD	V.EDAD GESTACIONAL	VI.-ITU	VII.-DIABETES