

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**E.A.P DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL  
HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016.**

**TESISTA: ESPINOZA CALLOAPAZA, YOJANA PILAR  
ASESORA: DR. MAQUE PONCE, MARY LUISA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRA**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2017**

**TÍTULO**

**FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL  
HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016.**

## DEDICATORIA

A Dios, por todo lo que me brinda cada día,

por estar conmigo en cada paso que doy

A mis Padres, Por ser pilar fundamental en

toda mi formación, por su apoyo

incondicional, por la fortaleza y motivación

constante que me brindaron.

*Yojana*

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” por albergarme y haber permitido que me formara como una buena profesional durante estos años académicos; a la plana docente y personal administrativo de la Facultad de Obstetricia por los conocimientos transmitidos y por el apoyo durante este proceso de formación profesional.

Agradecer a la Dra. Mary L. Maque Ponce por haber conducido y asesorado en el presente trabajo de investigación. Por su constante comprensión y dedicación, permitieron que se mejorara sustancialmente mi trabajo.

Además, quiero agradecer a los profesionales del Hospital II-1 Tocache por haber brindado las facilidades en la ejecución de la presente investigación.

***La Autora***

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer los factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín durante el 2016.

**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 78 pacientes, distribuidos en dos grupos: con aborto retenido y pacientes que terminaron en parto.

**Resultados:** 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).

**Conclusiones:** La, Patologías Maternas: Diabetes, La Edad materna, Los Antecedente de aborto y las Características Sociodemográficas son factores asociados al Aborto Retenido.

**Palabras Clave:** Factores de asociación, Aborto Retenido, Patología maternas, Características Sociodemográficas

## ABSTRACT

**Objective:** To know the factors associated with retained abortion in patients treated in the Gineco-obstetrics service at Hospital II-1 Tocache, San Martin during 2016. **Material and Methods:** An analytical, observational, retrospective, case-control study was conducted. The study population consisted of 78 patients, divided into two groups: with retained abortion and patients who ended up in childbirth. **Results:** Statistical analysis on the variables in the study as factors associated with retained abortion were: Maternal Pathology: Diabetes (OR: 2.7), Urinary Tract Infection (OR: 2.3), Myomas), Trauma (OR: 0.9). Maternal age: Precocious age (OR: 1.7), Advanced age (OR: 6.0). History of abortion (OR: 1.9). Sociodemographic Characteristics: Low or primary education level (OR: 1.6), poverty (OR: 1.6), Rural Area (OR: 2.4), Marital status: cohabiting (OR: 1.9). **Conclusions:** Maternal Pathologies: Diabetes, Maternal Age, History of abortion and Sociodemographic Characteristics are factors associated with Retention Abortion. Trauma is not a factor associated with Retention Abortion.

**Key Words:** *Association factors, Abortion Retention, Maternal Pathology, Sociodemographic Characteristics.*

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE.....	vi
CAPITULO I.....	12
MARCO TEÒRICO.....	12
1.1. Antecedentes.....	12
1.2. Internacionales.....	12
1.2.1. Nacionales.....	15
1.2.2. Locales.....	19
1.3. Investigación bibliográfica.....	21
1.1. Conceptos fundamentales.....	21
1.4. Definición de términos básicos.....	50
1.5. Hipótesis.....	51
1.6. Variables.....	52
1.6.1. Variable independiente.....	52
1.6.2. Variable dependiente.....	53
1.6.3. Indicadores.....	53
1.7. Operacionalización de variables (ver anexo N° 01).....	54
1.8. Objetivos.....	54
1.8.1. Objetivo general.....	54
1.8.2. Objetivos específicos.....	54
CAPITULO II.....	55
MARCO METODOLOGICO.....	55
2.1. Ámbito de estudio.....	55
2.2. Tipo de investigación.....	55
2.3. Diseño y esquema de investigación.....	55
2.4. Universo, población y muestra.....	56
2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos.....	58
2.5.1. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	58
2.5.2. Procesamiento y presentación de datos.....	60
CAPITULO III.....	61
RESULTADOS.....	61
DISCUSIÓN.....	83
ANEXOS.....	93

## INDICE TABLAS

<b>TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>TABLA N° 01:</b> Patologías Maternas(Diabetes) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-	59
<b>TABLA N° 02:</b> Patologías Maternas(ITU) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-	60
<b>TABLA N° 03:</b> Patologías Maternas(Miomas) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	63
<b>TABLA N° 04:</b> Patologías Maternas(Traumatismo) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	65
<b>TABLA N° 05:</b> Edad materna (Edad Precoz) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	67
<b>TABLA N° 06:</b> Edad materna(Edad Avanzada) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache	69
<b>TABLA N° 07:</b> Antecedente de aborto como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	71
<b>TABLA N° 08:</b> Características Sociodemográficas (El Nivel de educación baja o primario) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	73
<b>TABLA N° 09:</b> Características Sociodemográficas (Pobreza) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	75
<b>TABLA N° 10:</b> Características Sociodemográficas(Zona Rural) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	77
<b>TABLA N° 11:</b> Características Sociodemográficas(Estado civil: conviviente) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.	79

## ACRONIMOS

- A de A:** Amenaza de Aborto
- APP:** Amenaza de Parto Pre término
- ANT:** Antecedentes
- AF:** Antecedentes familiares
- ALT:** Alteración
- DM:** Diabetes Mellitus
- DG:** Diabetes gestacional.
- DMNID:** Diabetes mellitus no insulina dependiente
- ECO:** Ecografía.
- IMC:** Índice de Masa corporal
- ITS:** Infección de Transmisión Sexual
- ITU:** Infección del Tracto Urinario
- ICTU:** Infección crónica del tracto urinario.
- OB:** Obesidad
- OD:** Ovario Derecho
- OI:** Ovario Izquierdo
- OCI:** Orificio cervical interno

## INTRODUCCIÓN

Unos de los problemas que afecta la salud de las mujeres en edad fértil es la pérdida temprana de embarazo. Cada año se realizan 56 millones de abortos globalmente. Uno de cada cuatro embarazos termina en abortos (entre inducido y espontaneo), según un estudio global realizado por la Organización Mundial de la Salud. 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.<sup>1</sup>

En el aborto involuntario La tasa de pérdida del aborto es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% ocurren antes de las 12 semanas. Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal como materno o paterno que producen alteraciones y conllevan a la pérdida del producto.<sup>2</sup>

Las repercusiones sobre la paciente que lo sufren trasciende lo orgánico y puede padecer un grado significativo de estrés psicológico y emocional por la magnitud y la complejidad del problema y por ser un problema de salud pública. Es una de las razones por lo que es necesario realizar estos estudios.<sup>3</sup>

En el estudio se realiza un análisis de los casos de aborto retenido de las pacientes atendidas en el servicio de gineceo obstetricia en el hospital II-1 Tocache durante el año 2016 por que se observó que el número de pacientes se fue incrementando y al no tener información documentada sobre los factores que se

asocian o que estarían influenciando para que este evento ocurra, por ello se considera relevante desarrollar el presente trabajo de investigación

La presente investigación surge de la formulación de la siguiente interrogante general: ¿Cuáles son los factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín durante el 2016? Se planificó una investigación de nivel relacional y con el objetivo de Conocer los factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016. Se precisaron las siguientes variables de estudio: factores asociados al aborto retenido y el aborto retenido, las que fueron operacionalizadas con el propósito de alcanzar los objetivos. Este estudio se ha organizado en tres capítulos: Capítulo I EL Marco Teórico, Capítulo II Marco metodológico, y Capítulo III de Resultados seguido de la discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## CAPITULO I

### MARCO TEÒRICO

#### 1.1. Antecedentes

#### 1.2. Internacionales

En Etiopia, Senbeto E, Degu G, Abesno N, Yeneneh H. realizó un estudio titulado **“Prevalencia y factores de riesgo asociados al aborto inducido en el Noroeste de Etiopía”**. 2016. Cuyos objetivos fueron: Evaluar el conocimiento, la actitud, el comportamiento y la práctica de la mujer sobre el aborto e identificar los Factores determinantes importantes. Métodos: Se realizó un estudio transversal de 1346 mujeres de 15 a 49 años en seis "kebeles" rurales y cuatro Noroeste de Etiopía en marzo de 2003. Se utilizó un cuestionario estructurado previamente probado para recoger datos sobre el aborto y Aspectos. Resultados: Doscientas cincuenta y seis mujeres (19%) tuvieron abortos y las tasas de prevalencia de infecciones espontáneas e inducidas El aborto se calculó como 14,3% y 4,8%, respectivamente. Un total de 573 (42,6%) mujeres informaron ser usuarios actuales de Anticonceptivos. Entre los factores determinantes incluidos en el modelo de regresión logística multivariante, el lugar de residencia, El estado civil, el uso de anticonceptivos, el número de embarazos y el nivel de educación alcanzado por las mujeres Significativa e independientemente asociada con el aborto inducido ( $P < 0,05$  para cada factor). Conclusión: Aunque la mayoría de las mujeres tenían conocimientos sobre métodos de planificación familiar, sólo dos quintas partes de ellos Informaron que son usuarios actuales de anticonceptivos. Este estudio ha demostrado el hecho innegable de que el

problema de la El aborto en general y el aborto inducido en particular es muy alto entre las mujeres urbanas y rurales de nuestras áreas de estudio.<sup>4</sup>

En Ecuador, Aguilar A, realizó un estudio titulado “**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**”. 2015. Menciona que el aborto diferido se caracteriza por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. Luego de 24 horas aproximadamente, empiezan las modificaciones estructurales del embrión y del saco gestacional. Los resultados que se obtuvieron demuestran que el aborto diferido (28,7%), aborto en curso (16,1%), y aborto espontaneo (5,95%). Al evaluar la muestra de 98 casos obtuvimos 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. De acuerdo a los resultados obtenidos en éste trabajo de investigación científica, nuestras recomendaciones son que debemos actuar con rapidez y eficacia en el manejo, tanto clínico como quirúrgico del aborto diferido debido a que la agilidad en

nuestro diagnóstico y tratamiento evitarán la presencia de secuelas graves en nuestras pacientes.<sup>5</sup>

En Condes – Chile, Germain A, Fabres C, Huidobro C, Fernández E, realizaron un estudio titulado **“Aborto Recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo”**. (2014). Describe que el aborto recurrente es un síndrome de importancia creciente en la práctica clínica. Su frecuencia es de un 1-5% en la población general. Un estudio cuidadoso y sistemático que incluya las diferentes etiologías es clave para su investigación y tratamiento. Aún no se conocen todas las posibles etiologías. Un grupo importante de ellas está todavía en fase inicial de investigación y comprensión. En este artículo se presenta una revisión de las diferentes etiologías, haciendo énfasis en su diagnóstico y enfrentamiento clínico.<sup>6</sup>

En Etiopía, Senbeto E, Degu G, Abesno N, Yeneneh H. realizaron un estudio titulado **“Prevalencia y factores de riesgo asociados al aborto inducido en el noroeste de Etiopía”**.2005). cuyos antecedentes muestran aproximadamente 20 millones de abortos inseguros que se realizan en todo el mundo cada año. De los estudios fragmentados realizados en Etiopía, podemos ver que la prevalencia del aborto inducido y sus consecuencias negativas están aumentando de vez en cuando en nuestro país. Objetivos: Evaluar el conocimiento, la actitud, el comportamiento y la práctica de la mujer sobre el aborto e identificar los factores determinantes más importantes. Métodos: En marzo de 2003 se realizó un estudio transversal de

1346 mujeres de 15 a 49 años de edad en seis rurales y cuatro "kebeles" urbanos del noroeste de Etiopía. Se utilizó un cuestionario preestablecido estructurado para recopilar datos sobre aborto y aspectos relacionados. Resultados: Doscientas cincuenta y seis mujeres (19%) tuvieron abortos y las tasas de prevalencia de aborto espontáneo e inducido fueron calculadas como 14,3% y 4,8%, respectivamente. Un total de 573 (42,6%) mujeres informaron ser usuarios actuales de anticonceptivos. Entre los factores determinantes incluidos en el modelo de regresión logística multivariable, se encontró que el lugar de residencia, el estado civil, el uso de anticonceptivos, el número de embarazos y el nivel de educación alcanzado por las mujeres se asociaron significativamente e independientemente con el aborto inducido ( $p < 0,05$  para Cada factor).<sup>7</sup>

### 1.2.1. Nacionales

En Lima, Tipiani S, realizó un estudio titulado “**Factores de Riesgo asociados al aborto espontáneo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay**” (2005). El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de Chancay durante el año 2005. Diseño: Estudio descriptivo simple y retrospectivo. Material y métodos: Se recopilaron datos obtenidos de los archivos estadísticos y de emergencia, libros de afiliación e historias clínicas, los cuales se transcribieron en una ficha especialmente preparada para el estudio. Se tabularon y se analizaron estadísticamente los datos, los cuales se presentan en cuadros simples. Resultado: Los resultados muestran una incidencia de

aborto espontáneo en pacientes atendidos en un 15,5%. Dentro de la clasificación del aborto se presentó con mayor frecuencia el aborto fetal con un 58,04% de los casos. Los pacientes que presentaron antecedentes de flujo vaginal recurrente obtuvieron el mayor porcentaje con un 56,4%. Entre los principales factores que se asocian a aborto espontáneo tenemos en primer lugar a las infecciones seguidas de las anomalías endocrinas, anomalías placentarias, anomalías genéticas y anatómicas, las cuales presentaron el 90,73% de los casos estudiados. <sup>8</sup>

En Tacna, Sanchez J, realizó un estudio titulado “**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**”. (2013). cuyos Objetivos fueron 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: Se halló que los principales factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo son: Tener edad  $\geq$  35 años (OR=1.91), ser multigesta (OR=3.58) o gran multigesta (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).<sup>9</sup>

En Iquitos, Paredes LI, Ushiñahua J, Meléndez B, Montoya H, realizaron un estudio titulado **“Factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el Aborto”** (2013). Donde se determinó la relación entre los factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el aborto, con un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. Los casos correspondieron a 145 usuarias de 14 a 45 años de edad atendidas en el servicio de ginecología con diagnóstico de aborto, empleándose la estadística inferencial no paramétrica Chi-cuadrado para determinar la relación de las variables en estudio con un nivel de significancia  $\alpha = 0,05$ , obteniéndose que existe relación significativa entre la ocupación ( $X = 15,647$ ), nivel económico ( $X = 9,851$ ), religión ( $X = 18,389$ ), grado de instrucción y actitud hacia el aborto ( $X = 14,651$ ); no se encontró relación estadísticamente significativa con la edad ( $X = 0,382$ ), estado civil ( $X = 0,725$ ) y procedencia ( $X = 2,831$ ). Los resultados de la presente investigación permitirán plantear, ejecutar y evaluar estrategias y actividades orientadas a la prevención o disminución del aborto y sus posibles consecuencias, mejorando el sistema de información, asegurando una buena educación sexual y reproductiva ampliada a centros educativos, logrando de esta manera mejorar la calidad de vida de la adolescente, de la familia y de la sociedad.<sup>10</sup>

En Lima, García B, realizó un estudio titulado **“Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretermo en**

**pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño - San Bartolome”.**

(2015). cuyos Objetivos fueron determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del 2015. La edad de 20 a 35 años se asoció ( $p=0.006$ ) con el parto pretérmino ( $OR=0.2$ ) como un factor protector, mientras que el grupo etáreo de 19 años a menos se comporta como un factor de riesgo ( $p=0.048$ ;  $OR=3.86$ ). En lo que respecta al número de abortos, no se observó asociación entre el número de abortos y el parto pretérmino ( $p>0.05$ ), sin embargo, el no tener abortos se asoció al parto pretérmino ( $p=0.038$ ) como factor protector ( $OR= 0.20$ ).<sup>11</sup>

En Lima, Mora A, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, realizaron un estudio titulado **“Anomalías Cromosómicas en Abortos Espontáneos”** (2016). Refieren que el 15 a 20% de las gestaciones clínicas terminan en aborto espontáneo y 25% de las mujeres sufrirán un aborto a lo largo de su vida. En más del 50% de los casos de abortos espontáneos se puede identificar una o más anomalías cromosómicas. Objetivos: Determinar la frecuencia de anomalías cromosómicas en restos de abortos espontáneos y su relación con edad materna y otros parámetros como la edad gestacional. Diseño: Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal sobre base de datos secundaria. Institución: Laboratorio de Citogenética del Instituto de Medicina Genética. Material: Muestras de abortos espontáneos. Métodos: Se realizó el análisis de base de datos de 2 319 muestras de abortos espontáneos recibidos en el periodo de enero 1996 a diciembre 2013. Principales medidas

de resultados: Frecuencia de anomalías cromosómicas. Resultados: De todos los casos analizados (2 319), 1 595 muestras presentaron cariotipo anormal (68,8%). De las anomalías numéricas (1 395/1 595), el 83,2% correspondió a aneuploidías y 16,8% a poliploidías. Los cariotipos mosaicos estuvieron presentes en 5,5% (87/1 595) y las anomalías estructurales en 3,5% (56/1 595). Se encontró dependencia entre las trisomías y la edad materna ( $X^2 p < 0,05$ ).<sup>12</sup>

### 1.2.2. Locales

En Moyobamba, Urcuhuaranga L, realizó un estudio titulado **“Características Sociodemográficas, Obstétricas y Clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba”**. (2014). cuyos Objetivos fueron determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín. 2014. Metodología: El presente estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo; la población la constituyo 138 abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba-SAN MARTIN en el 2014; la muestra fueron 102 abortos en adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se recolecto la información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y el informe operatorio del legrado uterino. Resultados: Las adolescentes con aborto presentan entre los 17 a 19 años de edad (68.6%), solteras (88.2%), proceden de la zona urbanomarginal (42.2%) y zona urbana (37.3%), con nivel de instrucción secundaria (67.6%). El 23.5% han tenido antecedente de aborto, el 73.5% son primígesta, el 61.8% tienen entre las 10 a 20 semanas y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación. Las principales sintomatologías de los casos de aborto son sangrado (100%) y dolor en la

región de hipogastrio (95.1%), al examen el 45.1% de los casos presentaron el orificio externo abierto y en el 54.9% no hay registro. El 68.6% fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico. Los abortos espontáneos se presentaron en adolescentes de 17 a 19 años de edad (81.4%), solteras (85.7%), proceden de la zona urbanomarginal (40.0%) y urbana (38.6%), secundaria (77.1%), con antecedente de aborto (14.3%), primigesta (76.8%), entre 10 a 20 semanas de gestación (68.6%). Los abortos inducidos fueron en adolescentes de 14 a 16 años de edad (61.5%), solteras (96.2%), proceden de la zona urbanomarginal (46.2%) y urbana (38.5%); secundaria (50%), con antecedente de aborto (46.2%), primigestas (65.4%), entre 10 a 20 semanas de gestación (50.0%). Los abortos sépticos tuvieron igual frecuencia entre las adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años de edad (50.0%), solteras (83.3%), proceden de la zona urbanomarginal (50.0%), secundaria (33.3%), primigestas (50%); entre 5 a 9 semanas de gestación (66.7%).<sup>13</sup>

### 1.3. Investigación bibliográfica

#### 1.1. Conceptos fundamentales

##### a) Aborto

El aborto proviene del latín *aboriri* que significa abortar. El aborto es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. Las causas que provocan el aborto no siempre se terminan conociendo, pero por lo regular cuando el aborto ocurre en las 12 primeras semanas de gestación llamado también aborto temprano se da por anomalías embrionarias y en ocasiones de la placenta, mientras que el aborto que se produce después de la 12 semana de gestación llamado aborto tardío se da frecuentemente por factores maternos.<sup>14</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud es la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un feto inmaduro, no viable; que pesa menos de 500 gr. o de una edad gestacional menor a 22 semanas de amenorrea.<sup>15</sup> No obstante, las definiciones varían en forma considerable según las leyes estatales.

La interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal es un fenómeno muy frecuente en la actividad reproductiva de los seres humanos, lo que tiene diferentes implicancias: para la mujer constituye generalmente un impacto psicológico, motivo de frustración y temor ante la posibilidad de recurrencia; para los servicios de salud significa un alto costo dada su gran frecuencia y su complejidad de los estudios necesarios para determinar sus causas, sobre todo cuando se transforma en un problema de infertilidad.<sup>16</sup>

➤ **Clasificación del Aborto:**

Los abortos pueden clasificarse de distintas maneras según se haga con una base médica o legal.<sup>17</sup>

- **Aborto Precoz:** Es aquel que se produce antes de las 12 semanas de gestación, mientras que un aborto tardío es el que tiene lugar entre la 12 y las 20 semanas de gestación. Esta división resulta útil clínicamente, ya que la etiología de cada uno de estos tipos de aborto es diferente.
- **Amenaza de Aborto:** Se establece cuando durante las primeras 20 semanas de embarazo tiene lugar una hemorragia vaginal, que puede ser mínima o muy abundante. La paciente puede experimentar o no espasmos abdominales, pero cuando estos existen afectan negativamente al pronóstico respecto al mantenimiento del embarazo. Según esta definición al menos un 20% de las embarazadas sufren una amenaza de aborto; de las que sangran, quizá de un 25 a 50%, llegan efectivamente a abortar, mientras que en las demás el embarazo se mantiene.
- **Aborto Inevitable:** Se denomina así, cuando a los síntomas de amenaza de aborto se añade un cierto grado de dilatación cervical. En algunos casos, el producto de la concepción se nota en el orificio cervical, mientras que en otros, el cuello se encuentra vacío. Este tipo de aborto es también llamado Aborto inminente cuando por medio del tacto manual se logra tocar las membranas o alguna parte del producto a través del orificio cervical interno (OCI) dilatado.
- **Aborto Incompleto:** Es aquel que el útero ha expulsado parte del producto de la concepción. A veces resulta difícil distinguir entre un

aborto incompleto y uno inevitable, pero, afortunadamente, esto no tiene transcendencia clínica, ya que el tratamiento es el mismo en ambos casos.

- **Aborto Completo:** El tratado de Williams lo define cuando “el útero ha expulsado el feto y la totalidad de la placenta”.
- **Aborto Diferido:** Según el colegio Americano de Obstetricia y Ginecología se establece el aborto diferido cuando se demuestra que el producto de la concepción ha permanecido retenido en el útero después de haber muerto.

El punto clave de este concepto radica en el elemento tiempo. Por ello se plantea la siguiente pregunta en base al tiempo del producto sin vida en la cavidad uterina, ¿Cuánto tiempo deben permanecer retenidos los productos de la concepción para justificar el término de aborto diferido? Los distintos autores no coinciden al respecto. Un período de tiempo razonable puede ser de cuatro semanas pues la complicación más importante del aborto diferido es la coagulopatía y rara vez se produce antes de este intervalo mínimo. Durante el tiempo que transcurre antes de producirse el aborto no suelen existir síntomas. Por su parte, el *American Collage of Obstetricians and Gynecologists* prefiere establecer un intervalo de 8 semanas.<sup>5</sup>

➤ **Otras Clasificaciones:**

De acuerdo a diversos protocolos de maternidades, el aborto se clasifica atendiendo a su origen, a su dinámica, la edad gestacional en que sucede y la morbilidad asociada, y todas son complementarias entre sí. Por lo tanto tenemos:

- **Según origen:** Espontáneo y el Inducido o provocado.
  - Espontáneo, cuando se produce por causas patológicas dependientes del cigoto o de la madre.
  - Inducido: Interrupciones intencionalmente provocadas, por razones múltiples, pero no dependientes de causas naturales.
- **Según edad gestacional:**
  - Embrionarios: (menor a 8 semanas)
  - Fetal temprano: (8 a menor de 12 semanas)
  - Fetal Tardío: (12 a menor de 22 semanas)
- **Según Morbilidad:** No complicado y el infectado o Séptico.
- **Según su evolución:**
  - Amenaza de Aborto.
  - Aborto en Curso: Inevitable y el Inminente.
  - Aborto Incompleto.
  - Aborto Completo.
  - Aborto Retenido.
- **Según consideraciones jurídicas:** ilegal, legal y terapéutico.

Dentro de la clasificación clínica del aborto según el ministerio de salud pública tenemos: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto en evolución o aborto inminente, aborto completo, aborto diferido o huevo muerto o retenido y aborto séptico.<sup>18</sup>

#### b) **Aborto espontáneo**

Se define como aborto espontáneo a aquel embarazo que finaliza espontáneamente antes de que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define

como la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos hueros) o de un feto de menos de 500 gramos, peso que corresponde a una gestación de 20-22 semanas, si bien este límite varía según la bibliografía y medio que se consulte.<sup>19</sup>

La literatura anglosajona refiere, en general, el límite de las 20 semanas, mientras que, en nuestro medio, coincidiendo con la legislación vigente en relación con la interrupción voluntaria del embarazo y con los criterios de la OMS, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) especifica la semana 22. Debe diferenciarse, por sus implicaciones pronósticas y terapéuticas, entre el aborto acontecido antes de la 12 semana (denominado aborto precoz), y el ocurrido posteriormente a este momento (aborto tardío). El 80-85% de los abortos espontáneos pertenecen al primer grupo y en la mayoría de casos subyace una causa embrionaria.<sup>20</sup> En el grupo de abortos espontáneos tardíos los factores maternos se encuentran presentes con una mayor frecuencia, existiendo al tiempo una mayor tasa de complicaciones asociadas a las medidas terapéuticas.<sup>21</sup>

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo. Ocurre en el 10 a 15% de las gestantes. Por definición el aborto espontáneo es toda pérdida involuntaria del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, en la que no se demuestra causa o intención ajena que lo haya ocasionado. Dentro de la incidencia se ha llegado a calcular que hasta un 65% de los embarazos humanos terminan con una pérdida subclínica, debido a que son embarazos incorrectamente formados por defectos iniciales del espermatozoide o del ovocito, divisiones celulares anómalas, postfecundación, o alteraciones de la implantación. Dichas pérdidas

subclínicas pasan desapercibidas al ocurrir antes de que la mujer sepa que está embarazada.<sup>8</sup>

El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la paridad y las edades materna y paterna en ambos extremos, ya sea por la inmadurez de los órganos como las alteraciones uterinas que se puedan presentar para llegar al fin de la gestación, así como también si la mujer concibe dentro de los tres meses siguientes al parto. Si bien que ocurra un aborto no altera la fecundidad, los múltiples procedimientos de legrado con instrumental cortante por aborto pueden conllevar un incremento del riesgo futuro de placenta previa.<sup>22</sup>

La OMS cita que otra de las posibles causas para este tipo de aborto es la falta de producción de progesterona; sin embargo, tras llevar a cabo un estudio demostraron que el tratamiento con progestágenos entre el primer y el segundo trimestre de embarazo no previene el aborto espontáneo. Los cuatro estudios clínicos pequeños incluidos en esta revisión sugieren que el tratamiento con progestágenos puede ser beneficioso para las mujeres con antecedentes de abortos espontáneos recurrentes.<sup>23</sup>

c) **Aborto Retenido**

El término aborto retenido fue definido muchos años antes del advenimiento de las pruebas inmunológicas del embarazo y la ecografía por lo que en la actualidad es poco preciso se utiliza para describir a los productos muertos de la concepción que se retenía durante varios días, semanas o incluso varios meses dentro del útero. Puesto que los abortos espontáneos casi siempre son precedidos por la muerte embriofetal, la mayor parte se denominaba de manera correcta “retenido”. Esta forma clínica también es llamada aborto diferido o frustrado.<sup>24</sup>

El aborto retenido es una condición clínica que ocurre aproximadamente en un 20% de los embarazos de primer trimestre. Errázuriz y col, mencionan con respecto al manejo del aborto diferido, que puede ser expectante, médico o quirúrgico.<sup>5</sup>

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, La paciente no presenta síntomas. no hay cuadro doloroso, el cérvix se encuentra cerrado y puede o no haber hemorragia vaginal.<sup>25</sup>

Las alteraciones genéticas son las principales causas de éste tipo de aborto. Son Criterios ecográficos para el diagnóstico de Aborto Diferido la presencia de un saco gestacional con una longitud mayor de 10mm en una ultrasonografía transvaginal, o de 35mm de diámetro mayor en una ultrasonografía abdominal, sin embrión en su interior o con embrión pero sin actividad cardíaca. Se ha descrito una baja de la velocidad del flujo (Doppler) en el saco vitelino y en el espacio intervelloso como diagnóstico precoz de aborto diferido.<sup>26</sup>

d) **Etiología:**

El proceso reproductivo implica una fina coordinación de un gran número de procesos en los cuales puede producirse alteraciones que conduzcan a errores irreparables manifestados en forma de aborto. En su origen participan muchas causas, destacando las anomalías intrínsecas del producto y algunas ambientales. Además, con cierta frecuencia el aborto se produce repentinamente.

Existen múltiples factores y causas como posibles etiologías tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación.<sup>27</sup>

e) **Factores asociados al aborto retenido**

Entre los factores que se asocian al aborto, se encuentra todo un conjunto de eventos patológicos que afectan a la madre, a la placenta y al feto. Estos efectos pueden dar lugar a un desenlace desfavorable. Entre ellos se encuentran importantes influencias, como las alteraciones físicas, enfermedades existentes antes y durante el embarazo y la predisposición genética heredada por el feto.

**1.1.5.1. Factores Maternos**

**1.1.5.1.1. Patologías Maternas**

Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan sobre la fisiología materna. Así pues, ante un inadecuado control estas enfermedades podrían condicionar abortos de repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones.<sup>25</sup>

La patología local uterina (tumoraciones, malformaciones e incompetencia cervical) afectarán en mayor o menor medida según la repercusión que tengan sobre la propia estructura anatómica uterina. En los procesos infecciosos, la vaginosis bacteriana en el embarazo precoz debe ser considerada como importante factor de riesgo para la aparición de aborto retenido.<sup>28</sup>

Los procesos crónicos más frecuentes con riesgo teratógeno son la diabetes mellitus, los trastornos del tiroides, la hipertensión arterial. Infecciones:

causadas por microorganismos tales como *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*.

#### ❖ **Factores Endócrinos**

Entre los cuales tenemos

- **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 lumínica, como para no permitir el adecuado desarrollo del endometrio, por lo que no se puede mantener el blastocito y desemboca en un aborto. En su tratamiento, se suele utilizar la administración de progesterona por vía vaginal o muscular, obteniendo mejores resultados.<sup>29</sup>

- **Enfermedades de la Tiroides**

Se habla de que la identificación de anticuerpos antitiroideos, representan un factor de riesgo de aborto retenido.<sup>29</sup>

La interrelación tiroides-gestación es recíproca. El embarazo influye en la normal función del tiroides, del mismo modo que las disfunciones tiroideas pueden afectar la fertilidad de la mujer, el curso del embarazo establecido, la salud fetal y 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.<sup>24</sup>

Los trastornos del 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).<sup>30</sup> Los riesgos fetales del hipotiroidismo incluyen el aumento de abortos retenidos, riesgo de pérdida del bienestar fetal, malformaciones y peores resultados perinatales.

- **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.<sup>29</sup>

La Diabetes Mellitus es la enfermedad médica que con mayor frecuencia coincide con el embarazo. En nuestro medio se estima que afecta al 4.5% de gestantes: 12% con diabetes pre gestacional y 88% con diabetes gestacional.<sup>31</sup> Aunque esta prevalencia depende de la población estudiada y de la estrategia diagnóstica empleada, igualmente la severidad del proceso varía ampliamente de unas mujeres a otras. Producida por una insuficiencia insulínica absoluta o relativa que determina una alteración en la movilización y aprovechamiento de la glucosa (cuya entrada en la célula se ve dificultada), se manifiesta por hiperglucemia, glucosuria, incremento del catabolismo de ácidos grasos y proteínas y, en algunas pacientes, cetoacidosis.<sup>27</sup>

La diabetes gestacional la padecen todas aquellas que se diagnostican por primera vez en el curso del embarazo, con

independencia del momento de la gestación en que se detecten, de la severidad del trastorno metabólico, del tratamiento que precisen, de su continuidad después del parto o de la posibilidad de que la diabetes estuviese presente antes de la gestación. La propia definición obliga a re catalogar los casos de diabetes gestacional tras el parto, porque pueden tratarse en realidad de diabetes pre gestacionales no conocidas.<sup>27</sup>

Siguiendo los criterios de la Asociación Americana de Diabetes, actualizados al 2012, se consideran criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus fuera del embarazo:

- Hemoglobina glicosilada  $\geq 6,5\%$
- Glucemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl.
- Glucemia plasmática ocasional mayor o igual a 200 mg/dL, acompañada de síntomas clínicos.
- Test de tolerancia oral a glucosa con glucemia mayor o igual a 200 mg/dl a las 2 horas.

Unas cuatro veces de incremento de riesgo para abortos retenido fue reportada en mujeres diabéticas embarazadas con pobre control glicémico en embarazos tempranos.<sup>32</sup> Limitándonos al efecto de la diabetes sobre el objeto de nuestra investigación, 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. Dada su especial relevancia en relación con el tema que nos ocupa, señalaremos aquí que las malformaciones congénitas más frecuentes asociadas a la diabetes son las cardíacas y las del sistema nervioso y esquelético. Entre dos y cinco veces más frecuentes entre las diabéticas que en la población normal, y con una etiología probablemente multifactorial, se relacionan con la hiperglucemia, que se traduce en un aumento de los niveles de hemoglobina glicosilada durante el periodo de organogénesis precoz (de la 5ta a la 8va semana de embarazo).

Puede que la hiperglucemia actúe alterando los lípidos de membrana o liberando radicales libres. También se ha especulado con que la teratogenicidad aumente entre embriones genéticamente predispuestos o que existan niveles alterados de glucosaminoglucanos, metales o inhibidores de los factores de crecimiento similares a la insulina en estas pacientes, pero los datos aportados resultan aún insuficientes.<sup>33</sup>

Se desconoce la incidencia real del aborto en las mujeres diabéticas, aunque se ha comunicado tasas que oscilan entre el 6 y el 29%.<sup>34</sup> Tampoco es del todo conocida la fisiopatología subyacente a dicha complicación, aunque se baraja la hipótesis de la alteración vascular placentaria, responsable de una deficiente nutrición embrionaria. También es probable que un alto porcentaje de huevos abortivos contenga anomalías estructurales importantes. En cualquier

caso sí es evidente la estrecha relación existente entre aborto y control metabólico en el periodo periconcepcional, de manera que la frecuencia aumenta cuando los niveles de hemoglobina glicosilada están elevados.<sup>27</sup>

#### ❖ **Factores Inmunológicos**

Se está tratando de justificar con estos factores la etiología del aborto espontáneo de causa desconocida. Posiblemente se deba a la presencia de antígenos alotípicos en las membranas fetales, que son llamados antígenos de reacción cruzada, los mismos que al no ser bloqueados por los Inmunoglobulina de la madre, podrían ser reconocidos por los anticuerpos asesinos de la madre, que rechazan al embrión y desencadenan un aborto espontáneo.<sup>29</sup>

Anticoagulante Lúpico, Anticuerpos anticardiolipinas: Inhiben la síntesis de prostaciclina provocando vasoconstricción y agregación plaquetaria con micro trombosis secundaria, produciendo aborto precoz.

#### ❖ **Factores infecciosos**

- **Infección del tracto urinario:**

La infección del tracto urinario constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica clínica.<sup>36</sup> Son las complicaciones que con mayor frecuencia aparecen, entre al 5 al 10% de todos los embarazos.<sup>24</sup> Siendo más frecuente en gestantes multíparas, de nivel socioeconómico bajo, con infección previa y de acuerdo con la edad (a mayor edad mayor predisposición a este tipo de infecciones).<sup>37</sup>

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 y en general constituyen una prueba para las demandas funcionales requeridas para la evolución de la gestación.

A menudo no se identifica la infección como causa de abortos, sin embargo, cuando ocurren abortos precoces inexplicables sobretodo en el segundo trimestre del embarazo se debe pensar en esta patología como la principal etiología. Infecciones asintomáticas del tracto genital podrían 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, con mayor frecuencia en la vejiga misma, la cual puede propagarse 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. En general los gérmenes causantes de 10 infección de tracto urinario durante la gestación son los mismos que fuera del embarazo y dentro de ellos tenemos:

-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 Ureaplasma urealyticum. Chlamydia Trachomatis está asociada con piuria estéril y ocurre más del 30 % de las IU No bacterianas

Hay que tener presente que la infección intrauterina como causa de aborto puede manifestarse sin signos clínicos y con membranas intactas. Para el diagnóstico preciso es esencial obtener un número adecuado de muestras y realizar cultivos microbiológicos completos de los tejidos corioamnióticos y de los órganos fetales.<sup>38</sup>

- **Las enfermedades de transmisión sexual**

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

- **Bacterias:** streptococo b hemolítico, listeria, campylobacter, salmonella, brucella, clamidia, treponema.
- **Parásitos:** toxoplasma y plasmodium.
- **Micoplasmas:** urealyticum, hominis.
- **Virus:** citomegalo, herpes, HIV, / rubeola, varicela y viruela

- ❖ **Patologías Uterinas.**

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 toda o parte del endometrio, podría dar lugar a alteraciones en la fase periimplantativa que conduzcan al aborto.<sup>39</sup>

Por otro lado, una vez sobrepasado el primer trimestre, entrarán en juego otros factores relativos al útero tales como su capacidad de crecimiento, distensión y conformación, su conversión desde forma esférica a cilíndrica y su adecuado mecanismo de cierre cervical. Todos estos factores se encuentran modificados en casos de anomalía uterina, lo que condiciona una mayor frecuencia de abortos tardíos y partos inmaduros. Se cree que los abortos precoces repetidos en pacientes con útero anómalo son debidos a una inadecuada preparación endometrial en el lugar de la implantación. En cambio, la causa más probable de abortos tardíos parece ser la insuficiencia cervical asociada.

Aquí podemos nombrar:

- **Sinéquias intrauterinas:** Consiste en la presencia de bandas fibrosas entre las paredes del útero como consecuencia de una infección, o de un trauma quirúrgico. Se realiza su tratamiento mediante lisis histeroscópica, y luego se coloca en la cavidad intrauterina un DIU o un catéter de Foley, y se finaliza la terapéutica administrando dosis elevadas de estrógenos durante 60 días. No existe evidencia clara sobre el papel que pueden jugar la

sinequias uterinas en la infertilidad, pero puede que la ausencia de endometrio y la deformación cavitaria asociada sean factores contribuyentes al aborto.

- **Fibromas Uterinos:** También denominados leiomiomas o miomas, son tumores benignos del útero que se presentan en un alto porcentaje de mujeres. Ricos en matriz extracelular, derivan de los miocitos presentes en miometrio, admitiéndose un origen clonal en su etiología: un único miocito sufre una mutación somática que favorece su proliferación, siendo su crecimiento estimulado por otros factores genéticos y/o ambientales (como los estrógenos y la progesterona).

En los casos de miomas que distorsionan la cavidad, la alteración vásculo-endometrial asociada y el propio efecto masa podrían condicionar una mayor propensión al aborto; aun así, existen también referencias que apuntan hacia una disminución en las tasas de gestación en aquellos casos de leiomioma que no comprometen la cavidad.<sup>9</sup>

#### **1.1.5.1.2. Edad Materna:**

Tanto la edad avanzada, como la edad precoz de la madre incrementa y contribuyen el riesgo de aborto retenido. El peligro de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna.

Es el principal factor asociado a la aparición de aborto retenido.<sup>40</sup> En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación.<sup>41</sup>

Un estudio prospectivo de Cohortes realizado en Sri Lanka, el cual pretendía determinar los factores de riesgo para aborto espontáneo en su población concluyó que la edad materna >35 años es factor de riesgo (OR 2.98; 95% CI: 1.07-8.26), para abortos espontáneos del segundo trimestre después de controlar los factores de confusión.<sup>42</sup> Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que en las adolescentes puede alcanzar entre 10 a 12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces.<sup>31</sup>

Este aumento de riesgo 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 estudio con gestaciones obtenidas mediante donación de ovocitos los resultados son equiparables a los anteriores, una vez que la fase de implantación ha finalizado.<sup>27</sup> Dicha circunstancia ha hecho que se empiecen a contemplar otros factores como el “envejecimiento” uterino como contribuyentes al aborto retenido. Un amplio estudio llevado a cabo con más de 1.200.000 mujeres permitió estratificar el riesgo de aborto espontáneo según la edad materna en (43).

<b>GRUPOS DE EDAD MATERNA</b>	<b>RIESGO DE ABORTO</b>
12-19	13,3%
20-24	11,1%
25-29	11,9%
30-34	15,0%
35-39	24,6%
40-44	51,0%
45 ó más	93,4%

Las gráficas poblacionales de riesgo gestacional tienen en muchas ocasiones una forma de “U”, observándose un incremento de riesgo en los

extremos, es decir, en las gestaciones de madres muy jóvenes y en las gestaciones de madres de edad avanzada.

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  $\geq 35$  años se asocia con aneuploidías en el 78,4% de los abortos espontáneos.<sup>21</sup>

Hasta el momento no está claro por qué el riesgo de alteraciones cromosómicas aumenta con la edad. Se han considerado dos hipótesis:<sup>22</sup>

- Los ovocitos que se encuentran en mejor estado son los que maduran en los primeros ciclos.
- Las mujeres más jóvenes tienen menos probabilidad de llevar a término una gestación con una alteración cromosómica, al poseer un mejor mecanismo de filtrado para las anomalías embriofetales.

#### **1.1.5.1.3. Abortos previos:**

La existencia de antecedente de aborto en gestaciones anteriores implica un mayor riesgo de repetición del mismo.<sup>15</sup>

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.<sup>44</sup>

- **Aborto Recurrente:**

se define Aborto Recurrente como la pérdida de tres o más embarazos clínicamente reconocidos en forma consecutiva. Se excluyen embarazos ectópicos y embarazos molares. Esto ocurre en

aproximadamente un 1% de la población. Sin embargo, otros lo consideran como dos o más abortos, esta forma es más frecuente y le ocurrirá aproximadamente a un 5% de la población.<sup>45</sup>

#### **1.1.5.1.4. Factores sociodemográficos:**

##### **❖ Estado civil y nivel de educación**

No hay estudios actuales que demuestren que un determinado estado civil constituya un factor de riesgo para aborto retenido. Los estudios que se hicieron en el pasado solo demostraron un grado de asociación. Tampoco hay información sobre la manera en que un determinado estado civil puede ocasionar una pérdida involuntaria del embarazo.

Existen estudios que sugieren que las madres con un nivel de educación bajo, vale decir analfabetas presentan una mayor frecuencia de abortos. Sin embargo, en estudios posteriores se ha visto que las mayores frecuencias de abortos se presentaban en las madres que tenían educación secundaria o superior. Aún no se ha planteado estudios que expliquen estos resultados.

##### **❖ Estado económico y Cultural.**

Tensiones externas, trabajos pesados, esfuerzos pueden aumentar las tasas de abortos retenidos (8% entre las 8 y 11 semanas).<sup>46</sup>

En la región es conocido por los pobladores el uso de hierbas naturales que ayuda a provocar un aborto a generar contracciones, así como los períodos menstruales en una mujer, entre ellas tenemos:

- **Hoja de Frijol:** el agua de la hoja de frejol(puspucho), es utilizado medicinalmente en diversos padecimientos digestivos, ginecobstétricos.
- **Corteza de algodón:** Su uso abortivo tiene una gran efectividad Inhibe la implantación, produce contracciones. Se realizaron investigaciones en China y México donde muestra como la raíz de la corteza de algodón tiene la habilidad de interrumpir el embarazo dado su efecto anti-progesterona ya anti-cuerpo lúteo.
- **Hoja de papaya:** una infusión de hoja de papaya puede provocar el aborto también se puede usar como diurético, para mejorar el rendimiento de la vejiga urinaria.
- **Llantén:** Planta vivaz de pequeño tamaño con efecto abortivo también Acción antiinflamatoria, astringente, emoliente, cicatrizante, vulneraria, hemostática y antibacteriana. Además, también es espasmolítica.

#### 1.1.5.1.5. Otros Factores

##### ❖ Relación con el IMC

El Índice de Masa Corporal (IMC) también llamado Índice de Quételet, estima el peso ideal de una persona en función de su tamaño y peso, se considera en la actualidad uno de los criterios más importantes para conocer el estado nutricional de personas adultas. La fórmula es: peso en kg / talla en metros al cuadrado.

La clasificación que se obtiene es la siguiente:

- Infrapeso (o desnutrición) : < 18,5 kg/m<sup>2</sup>

- Normal: 18,5 – 24,99 kg/ m<sup>2</sup>
- Sobrepeso: 25 – 29,99 kg/ m<sup>2</sup>
- Obeso:  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>

Se ha asociado a la Obesidad en las pacientes con un significativo alto riesgo aborto en el siguiente embarazo (OR=1.71; 95% CI, 1.05 2,8). Concluyendo en dicho estudio que el segundo factor predictor de recurrencia de aborto fue el Elevado Índice de Masa Corporal (p=0.04), mientras que el primer factor fue la edad materna (p= 0.01) (47). Similares resultados se muestran en otro estudio donde concluyen que el riesgo de aborto temprano y recurrencia de abortos temprano es significativamente alto en pacientes obesas (OR=1.2; 95% CI, 1.01-1.46; y OR=3.5; 95% CI, 1.03-12.01; respectivamente; p=0.04 para ambos). La razón exacta por la que la obesidad se relacione al incremento de riesgo para aborto es desconocido. La posibilidad de anormalidad del ovocito fue refutado por un reciente estudio de mujeres obesas quienes recibieron donación ovocitaria y luego presentaron un alta tasa de abortos espontáneos comparados con pares de peso normal.<sup>48</sup>

Incluso se ha reportado que la obesidad es un independiente factor de riesgo para aborto. Wang et al, afirma que los abortos espontáneos reportados en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico pueden ser debido a la alta prevalencia de obesidad en este grupo de pacientes con la enfermedad Además la diabetes gestacional, la cual es frecuente en el grupo de pacientes obesas, y más precisamente la insulino resistencia podría jugar un rol en el incremento del riesgo de aborto.<sup>49</sup> El efecto del

Sobrepeso sobre el riesgo de aborto espontáneo no está bien definido aunque algunos estudios mencionan .que tienen un pequeño incremento de riesgo.<sup>9</sup>

La razón de riesgo de aborto espontáneo en mujeres con un índice corporal antes del embarazo masa corporal (IMC) por debajo de 18,5 es de 1,24 (IC del 95% los límites de confianza 0.95-1.63) en comparación con las mujeres con índice de masa corporal normal antes del embarazo. Similar resultado se obtuvo en otro estudio, OR=3.98; 95% CI, 1.06-14.92.<sup>47</sup>

Las mujeres con bajo IMC tienen una mayor incidencia de presentar abortos espontáneos, pero sin alcanzar significación estadística. Las mujeres con aborto espontaneo que son fumadoras y consumidoras de alcohol, tuvieron antecedentes de abortos y presentaban trastornos para alimentarse, la diferencia con las mujeres que no reunían estos factores alcanzó significación estadística. La incidencia de aborto espontaneo no aumenta cuando el IMC está por arriba de lo normal.

Se considera que un bajo valor de leptina en las mujeres con bajo IMC podría ser uno de los mecanismos de acción del aborto espontaneo.<sup>50</sup>

#### ❖ **Suplementos Nutricionales**

Las vitaminas son nutrientes esenciales necesarios para diversas funciones en el cuerpo. Pueden ser hidrosolubles, como la vitamina C y las vitaminas del grupo B (incluido el folato) o liposolubles, como las

vitaminas A, D, E y K. Todas ellas se obtienen a partir de la dieta y de los suplementos dietéticos (como preparados de vitamina individual o complejos multivitamínicos).

El aborto retenido es una complicación del embarazo que puede estar provocada por una amplia variedad de factores. La deficiente ingesta dietética de vitaminas se ha asociado con un aumento del riesgo de aborto espontáneo. Por ello, se ha sugerido la posibilidad de que la administración de suplementos vitamínicos a las mujeres antes del embarazo o en el primer trimestre del mismo pudiera ayudar a prevenirlo.

Un estudio observacional demostró una evidente relación entre el riesgo de aborto retenido y los factores dietéticos, encontrando un alto riesgo asociado con la ingesta deficiente de vegetales verdes, frutas y productos lácteos y con una elevada ingesta de grasas. Así pues, la nutrición materna adecuada, en particular la ingesta de vitaminas, puede ser un factor importante en la prevención del aborto espontáneo. Actualmente existe poca información acerca del tipo de vitamina o la combinación más apropiada.

Un aspecto de especial relevancia respecto de la utilización de los suplementos vitamínicos es su seguridad, particularmente en su utilización durante el primer trimestre del embarazo, cuando existe posibilidad de teratogenicidad. Se sabe que los altos niveles maternos de vitamina A preformada (ácido retinoico) inducen el aborto espontáneo y malformaciones que afectan el desarrollo cardíaco y del sistema nervioso

central. No se han informado posibles efectos teratogénicos de otras vitaminas. En cambio, los suplementos de folato y multivitamínicos se han asociado con una disminución en el riesgo de defectos del tubo neural.<sup>9</sup>

En una reciente revisión Cochrane de 2005 la conclusión de los autores fue que la ingesta de suplementos vitamínicos, solos o en combinación con otras vitaminas, antes del embarazo o en el primer trimestre del mismo, no previene que las mujeres presenten abortos espontáneos o nacimiento de mortinatos. Sin embargo, las mujeres que toman suplementos vitamínicos pueden presentar menores probabilidades de desarrollar pre eclampsia y mayores probabilidades de embarazo múltiple. Además, existe una sólida evidencia científica para recomendar el uso de folato alrededor del momento de la concepción para prevenir los defectos del tubo neural.

#### ❖ **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.<sup>50</sup>

#### ❖ **Hábitos Nocivos**

- **Alcohol:**

El alcance de este hábito tóxico como enfermedad social es muy importante, pero adquiere una relevancia especial en relación con su

abuso durante la gestación, por las consecuencias que se derivan sobre el feto.

El alcohol atraviesa fácilmente la placenta, llegando con rapidez a la circulación fetal, donde el hígado fetal, inmaduro, lo metaboliza más lentamente que en el adulto. Por ello, las concentraciones de alcohol en sangre fetal pueden ser más elevadas que en la madre, manteniéndose además altas durante más tiempo que en sangre materna, dando lugar al Síndrome Alcohólico Fetal o embriofetopatía.<sup>27</sup>

El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa también el riesgo de aborto espontáneo (particularmente aquel de tipo precoz), el bajo peso al nacer y la muerte fetal. Además, cuando hablamos de alcoholismo existe una frecuente asociación del mismo con malnutrición y otros hábitos poco saludables que afectan negativamente sobre el embarazo.

Las mujeres con una ingesta media de tres o más bebidas alcohólicas por semana y dos o más episodios de borracheras tienen un riesgo relativo de aborto espontáneo de 2,20 (IC 95% 1,73-2,80) en comparación con las mujeres sin consumo.<sup>9</sup>

Tanto el aumento de la frecuencia y el de la cantidad promedio semanal de consumo de alcohol se asocia con las tendencias crecientes estadísticamente significativas en las probabilidades de aborto involuntario ( $p = 0,001$  y  $p = 0,03$ , respectivamente).<sup>23</sup>

- **Tabaco:**

El hábito de fumar cigarrillos durante el embarazo es muy extendido. Los estudios de prevalencia realizados en la década de los

noventa mostraron que entre el 20 y el 33% de las mujeres embarazadas de los países desarrollados mantienen su práctica en el embarazo. El riesgo de aborto, aún mínimo, ha sido confirmado en fumadoras de más de 10 cigarrillos por día

Todas las sustancias del tabaco atraviesan la barrera placentaria. De los 2500 productos químicos que contiene el humo del cigarrillo, no se sabe con certeza cuáles son nocivos para el desarrollo fetal, pero lo que si se conoce es que tanto la nicotina como el monóxido de carbono pueden ser perjudiciales para el feto.<sup>27</sup>

Es bien conocido que tanto la síntesis de progesterona como la excreción urinaria de estrógenos se ven disminuidas en fumadoras, probablemente como consecuencia del efecto citotóxico que los alcaloides del tabaco ejercen sobre el trofoblasto. El consumo de tabaco ejerce un claro efecto vasoconstrictor, mediado por la descarga adrenal que provoca la nicotina. Tal efecto reduce el flujo placentario y provoca hipoxia materno-fetal.<sup>9</sup>

- **Cafeína:**

Los primeros estudios en relación con el papel de la cafeína en el aborto espontáneo apreciaron un mínimo aumento del riesgo entre las mujeres cuya ingesta diaria de cafeína era superior a los 500 mg/día. Trabajos más recientes han encontrado que este incremento en el riesgo de aborto espontáneo, aún pequeño, se hace ya presente entre aquellas mujeres que consumen dosis tan bajas como 150mg diarios, si bien no puede destacarse que este efecto pueda deberse (al menos en parte) a otros factores como la edad o el consumo de alcohol y tabaco.<sup>47</sup>

En los últimos años han sido publicados varios trabajos de revisión sobre el consumo excesivo de cafeína (café, cacao, bebidas de cola y té) y sus efectos deletéreos sobre la fertilidad.<sup>48</sup> Los trabajos más rigurosos encuentran que el consumo de cafeína en dosis diarias superiores a 300 mg, además de afectar negativamente la fertilidad, puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo y de bajo peso al nacer, produce taquicardia fetal y presenta riesgo teratogénico.

Una taza de café (expreso) contiene entre 100-150 mg de cafeína, mucho menos si es descafeinado (4mg). La cafeína también se encuentra en el chocolate, el té y los refrescos de cola. La Guía para la Prevención de defectos congénitos, editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en 2006, establece como recomendación que si se consume cafeína habitualmente, su ingesta no sea superior a los 50 mg/día en la etapa periconcepcional, ni a 300 mg/día durante el embarazo.<sup>9</sup>

#### ❖ **Estrés Materno**

Hay muy pocos estudios al respecto, los que sugieren que el estrés en la madre durante la gestación puede ocasionar hiperprolactinemia leve y/o insuficiencia del cuerpo lúteo, los que están asociados al aborto espontáneo. Todavía falta realizar más estudios para establecer una relación causal. Para la medición del estrés en gestantes la mayoría de estudios utiliza la escala de estrés percibido, debido a su facilidad de aplicación y buenos resultados.

Además, se ha reportado, que las gestantes con un trabajo generalmente estresante y/o exigente tienen probabilidades significativamente más altas de aborto espontáneo, OR=1.30, IC 95%.

#### ❖ Causas traumáticas

Ya sean los traumatismos accidentales o de manera intencional como la violencia puede ser causa de aborto.<sup>46</sup>

#### 2.2.5.3. Factores Fetales

Las anomalías embrionarias del embrión o la placenta son la principal causa de aborto, sobre todo en los abortos del primer trimestre. 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%).<sup>24</sup>

Entre las alteraciones cromosómicas más comunes tenemos: o Trisomía autosómica. o Monosomía X. o Triploidía. o Tetraploidía.

#### 2.2.5.4. Factores Paternos

Las alteraciones espermáticas sean de tipo primarias o secundarias a cromosomopatías, metabólicas, endocrinas, tóxicas son causales de aborto.<sup>46</sup>

#### 1.4. Definición de términos básicos

- **Aborto:** Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.
- **Abortos espontáneos:** Se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en 15%.
- **Aborto retenido:** Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
- **Factores de Asociados:** es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor, presenten un riesgo sanitario mayor al de las personas sin ese factor.
- **Factores sociodemográficos:** Enfatiza en la diversidad de aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas, para lo que son esenciales la existencia de otros con conciencia de sí mismos, el lenguaje y la intención de comunicar. Es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano al resultar imposible ser humano en solitario.

## 1.5. Hipótesis

### ➤ **Hipótesis General**

**Ha:** Las patologías maternas, la edad materna, los antecedentes de aborto y las características sociodemográficas son factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016.

**Ho:** Las patologías maternas, la edad materna, los antecedentes de aborto y las características sociodemográficas NO son factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016.

### ➤ **Hipótesis Específica:**

**Ha<sub>1</sub>:** Las patologías maternas son un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016

**Ho<sub>1</sub>:** Las patologías maternas no son un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016

**Ha<sub>2</sub>:** La edad materna es un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016

**Ho2:** La edad materna no es un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016

**Ha3:** Los antecedentes de aborto son un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016

**Ho3:** Los antecedentes de aborto no son un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016.

**Ha4:** Las características sociodemográficas son un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016

**Ho4:** Las características sociodemográficas no son un factor asociado al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016.

## 1.6. Variables

- Variable Independiente: Factores Asociados
- Variable Dependiente: Aborto retenido

### 1.6.1. Variable independiente

- Factores asociados

#### Dimensión:

- Patologías Maternas
- Edad Materna

- Antecedentes de aborto
- Características sociodemográficas

### **1.6.2. Variable dependiente**

- Aborto retenido

#### Dimensión:

- Aborto retenido

### **1.6.3. Indicadores**

- Factores asociados

- Diabetes
- Miomas
- ITU
- Traumatismo
- -Edad precoz
- -Edad avanzada
- Antecedentes de aborto
- Estado Civil
- Nivel de Educación
- Pobreza
- Zona Rural

- Aborto retenido

- -Número de pacientes con diagnóstico ecográfico de aborto retenido  
(casos)
- -Número de pacientes con gestación normal en el primer trimestre  
(control)

## **1.7. Operacionalización de variables (ver anexo N° 02)**

### **1.8. Objetivos**

#### **1.8.1. Objetivo general**

- Conocer los factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martin durante el 2016.

#### **1.8.2. Objetivos específicos**

- Identificar las patologías maternas como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.
- Identificar si, la edad materna es un factor asociado al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.
- Identificar si, los antecedentes de aborto son factores asociados al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.
- Identificar si, las características sociodemográficas son factores asociados al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache

## CAPITULO II

### MARCO METODOLOGICO

#### 2.1. Ámbito de estudio

Esta investigación se realizó en el departamento de San Martín, Provincia de Tucumán, Ciudad de Tucumán, en el “Hospital II-1 Tucumán”

#### 2.2. Tipo de investigación

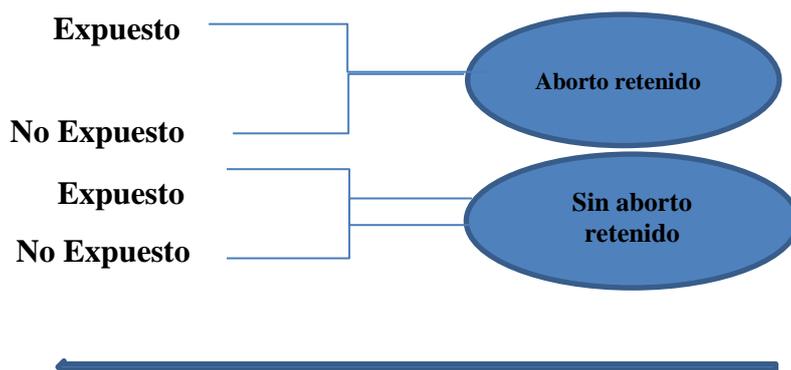
Basado en Fonseca A, Martel S, y según la intervención del investigador el estudio es **observacional**, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **Retro prospectivo**, porque el estudio pertenece al tiempo Pasado y la recolección de datos se realizó a partir de una fuente secundaria.

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**, porque los instrumentos se aplicarán en un solo momento y las variables se medirán una sola vez. Según el número de variables estudiadas es **analítica**, porque el estudio se trabaja con dos variables, buscando relación bivariado.

#### 2.3. Diseño y esquema de investigación

Corresponde a un diseño epidemiológico, de observación, comparativo efecto causa. Se realizará un estudio **caso y control**. La Araña de Kleinbaum muestra el diseño de un estudio de casos y controles.



Araña de Kleinbaum que muestra el diseño de un estudio de casos y controles. CaE = casos (expuestos y enfermos); Ca E = no casos (expuestos, pero no enfermos); Co E = controles enfermos no expuestos; Co E = controles no expuestos no enfermos.

## 2.4. Universo, población y muestra

### 2.4.1. Universo:

Estará conformada por todas las gestantes atendidas en el servicio de Gineco obstetricia en el Hospital II-1 Tocache durante el 2016

### 2.4.2. Población de estudio:

Pacientes que ingresaron al Hospital II-1 Tocache durante el 2016 con diagnósticos de aborto retenido (CIE 10: O021 aborto retenido), dando un total de 76 casos, las cuales se compararon con las gestantes que terminaron en parto eutócico dando un total de 1054 controles.

A) Casos: pacientes con aborto retenido que acuden al servicio de Gineco- obstetricia Hospital II-1 Tocache.

B) Controles: gestantes que no presentaron aborto retenido y terminaron en parto Hospital II-1 Tocache

### 2.4.3. Muestra

La muestra estuvo representada por 39 casos y 39 controles calculada con la siguiente formula y seleccionadas con un tipo de muestreo probabilístico al azar simple.

La selección de los casos (aborto retenido) y la selección de controles (parto eutócico), Para el tamaño de la muestra utilizamos la fórmula para casos y controles<sup>51,52, 53</sup>.

	<b>Aborto retenido(casos)</b>	<b>Parto eutócico (controles)</b>	<b>Total</b>
<b>Expuestos</b>	50	354	374
<b>No expuestos</b>	26	700	756
<b>Total</b>	76	1054	1130

$$OR = W = \frac{a \times d}{c \times b} \qquad OR = W = \frac{50 \times 700}{26 \times 354} = 3,8$$

✓ **P1: Tasa de exposición entre los casos**

$$P1 = \frac{a}{a + c} \times 100 \qquad P1 = \frac{50}{76} \times 100 = 65\%$$

✓ **P2: Tasa de exposición entre los controles**

$$P2 = \frac{b}{b + d} \times 100 \qquad P2 = \frac{354}{1054} \times 100 = 34\%$$

**Fórmula para casos y controles (51):**

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

**Donde:**

- ✓  $Z_{1-\alpha/2}$ : Nivel de confianza. La seguridad con la que se desea trabajar ( $\alpha$ ), o riesgo de cometer un error de tipo I. Generalmente se trabaja con una seguridad del 95% ( $\alpha = 0,05$ ) = **1.96**
- ✓  $Z_{1-\beta}$ : El poder estadístico ( $1-\beta$ ) que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II. Es habitual tomar  $\beta = 0,2$ , es decir, un poder del 80% = **0.84**
- ✓ P: Probabilidad de existo o tasa de prevalencia ( $P_1 + P_2 / 2$ ) = **0,48**
- ✓  $P_1$ : La frecuencia de la exposición entre los casos, cuyo valor es 65% = **0,65**
- ✓  $P_2$ : La frecuencia de la exposición entre los controles, cuyo valor es 30% = **0.34**
- ✓ W: Odds ratio previsto = **3,8**

**Ahora reemplazamos:**

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

$$n = \frac{[ 1,96 \sqrt{2 \times 0,48(1 - 0,48)} + 0,84 \sqrt{0,65 (1 - 0,65) + 0,34 (1 - 0,34)} ]^2}{(0,65 - 0,34)^2}$$

$$n = 39$$

Se trabajó en una proporción de casos controles 1: 1, es decir se necesitaría un grupo de 39 casos y otros 39 controles.

Se realizará un muestreo probabilístico de tipo aleatorio.

## 2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

### 2.5.1. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos

- f) **Fuente:** validación indirecta o secundaria: aplicada a la variable independiente por ser teórico, ya que también requerirá de contrastación y confirmación de si hay o no recuperación en su aplicación.
- g) **Técnica:** Para la recopilación de los datos la técnica a usarse fue lo siguiente: **Análisis documental:** por medio de esta técnica se realizó un estudio de las historias clínicas.
- h) **Instrumento:** a usar es la ficha de recolección de datos

Para validar la consistencia interna del instrumento se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0,807 y para su interpretación se tuvo en cuenta el baremo de sus parámetros y valores según Raúl Pino Gotuzzo, en fuerte confiabilidad

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.807	12

<b>CRITERIO DE CONFIABILIDAD</b>	<b>VALORES</b>
No es confiable	-1 a 0
Baja confiabilidad	0.01 a 0.49
Moderada confiabilidad	0.5 a 0.75
<b>Fuerte confiabilidad</b>	<b>0.76 a 0.89</b>
Alta confiabilidad	0.9 a 1

<b>ESTADÍSTICAS DE TOTAL DE ELEMENTO</b>	<b>Media de escala</b>	<b>Varianza de escala</b>	<b>Correlación total</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Mioma	18.01	7.208	.551	.792
Traumatismo	17.97	7.714	.292	.807
Aborto retenido	18.45	6.147	.640	.773
Diabetes	18.04	7.050	.566	.789
Edad precoz	18.05	6.958	.587	.786
Antecedentes de aborto	18.35	5.918	.767	.759
Edad avanzada	18.15	6.392	.701	.771
Infección del tracto urinario	18.27	5.966	.789	.757
Nivel de educación baja	18.37	5.951	.742	.762
Estado civil: conviviente	18.67	7.654	.055	.831
Zona Rural	18.59	7.726	.014	.837
Pobreza	18.51	7.370	.140	.827

Una vez validados y reajustados el instrumento, se procedió a su aplicación.

### **2.5.2. Procesamiento y presentación de datos**

Los datos se obtuvieron haciendo uso de las técnicas básicas de la estadística, mediante programas como: MICROSOFT, WORD 2016 Y MICROSOFT EN EXEL 2010, y el SPSS versión 22, siendo la presentación de los datos por medio del sistema de tablas y cuadros. Para analizar datos ya tabulados se hizo uso de cuadros estadísticos y gráficos destacando así los frecuentes que dan respuesta al problema planteado. En la estadística inferencial se utilizará la prueba de monomios llamada ODD RATIO para cuantificar el factor de riesgo al aborto retenido

## CAPITULO III

## RESULTADOS

Tabla 01

Patologías Maternas (**Diabetes**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

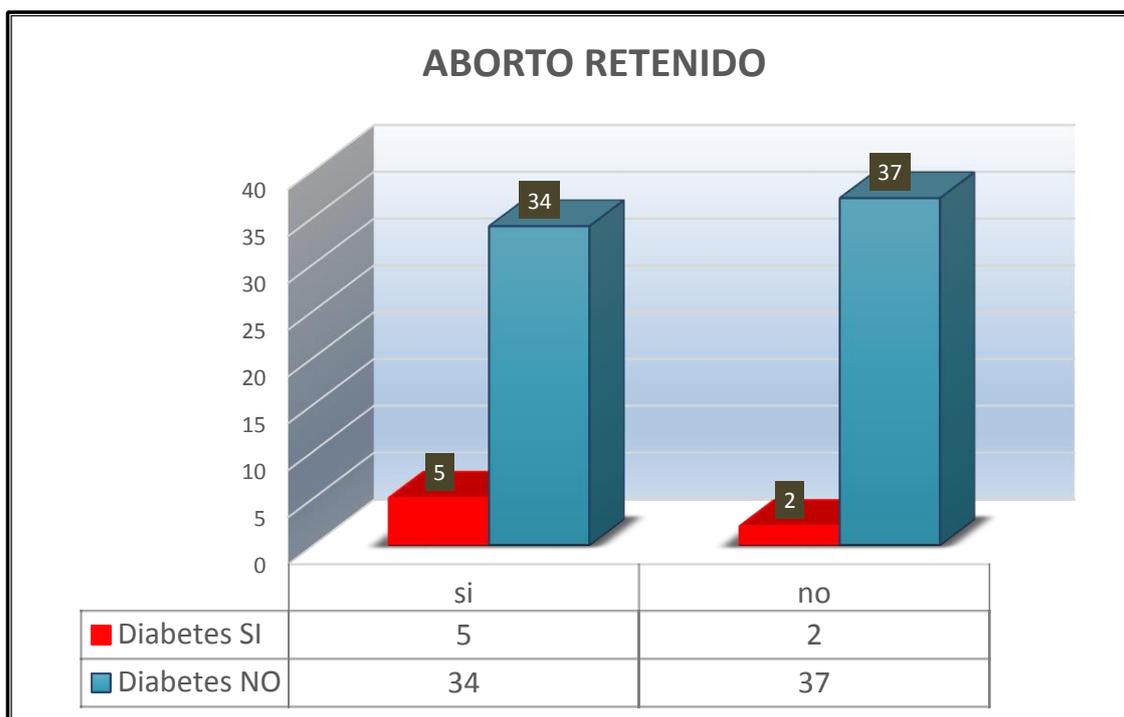
Aborto retenido	Diabetes		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	si	no				
Si	5	34	39			
No	2	37	39	2,721	,495	14,962
Total	7	71	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

**Interpretación:**

Las patologías maternas (**Diabetes**) es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 2,7 lo cual manifiesta que las gestantes con diabetes tienen casi tres veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(2,7/2,7+1)$  el valor de 0,729 lo que es igual a 72,9% en este caso la interpretación sería que existe un 72,9% de probabilidad que la gestante con diabetes termine en aborto retenido.



**Figura N°01**

**Diabetes como un factor asociado al aborto Retenido.**

En esta grafica se puede observar la frecuencia de diabetes de forma detallada, de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido solo 5 pacientes presentaban diabetes, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en parto eutócico fueron 2 los pacientes que presentaron diabetes .

**Tabla 02**

Patologías Maternas (**ITU**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

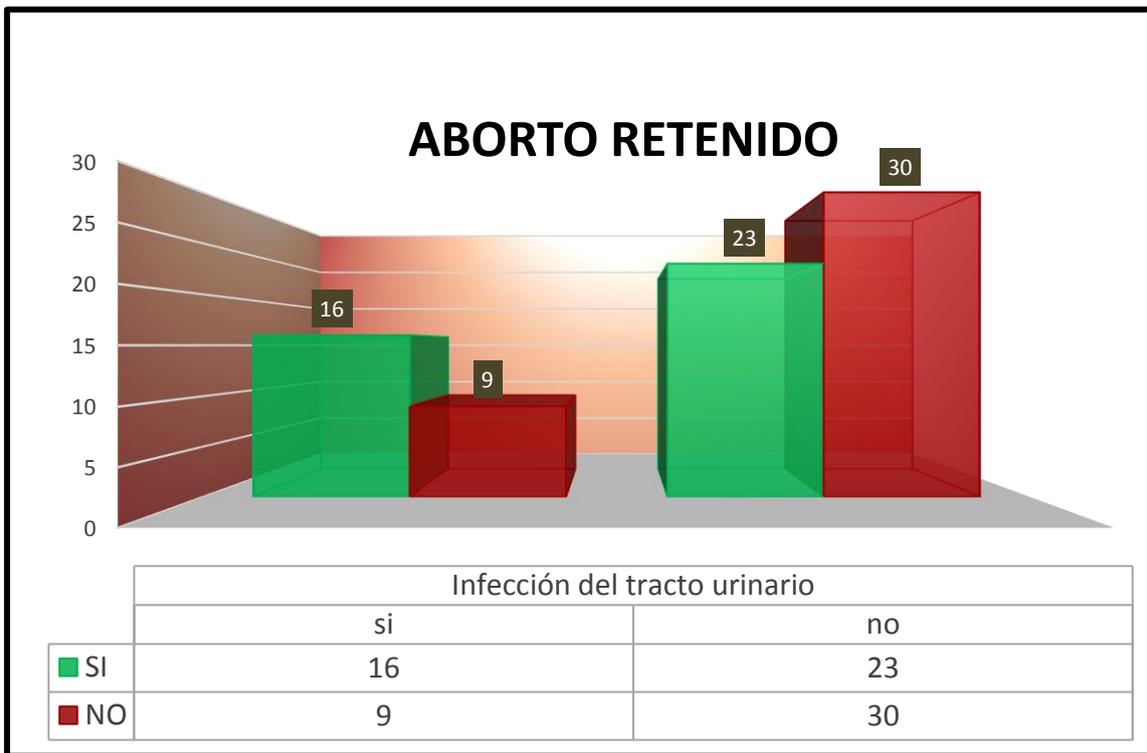
Aborto retenido	Infección del tracto urinario		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	si	No				
si	16	23	39			
no	9	30	39	2,319	,870	6,183
Total	25	53	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Las patologías maternas (**Infección del tracto urinario**) es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 2,3 lo cual manifiesta que las gestantes con Infección del tracto urinario tienen dos veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(2,3/2,3+1)$  el valor de 0,696 lo que es igual a 69,6% en este caso la interpretación sería que existe un 69,6% de probabilidad que la gestante con Infección del tracto urinario termine en aborto retenido.



**Figura N°02**

**Infección del tracto urinario como un factor asociado al aborto**

En esta grafica se puede observar que de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido 16 pacientes presentaban infección del tracto urinario, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 2 los pacientes que presentaron infección del tracto urinario

**Tabla 03**

Patologías Maternas (**Miomas**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

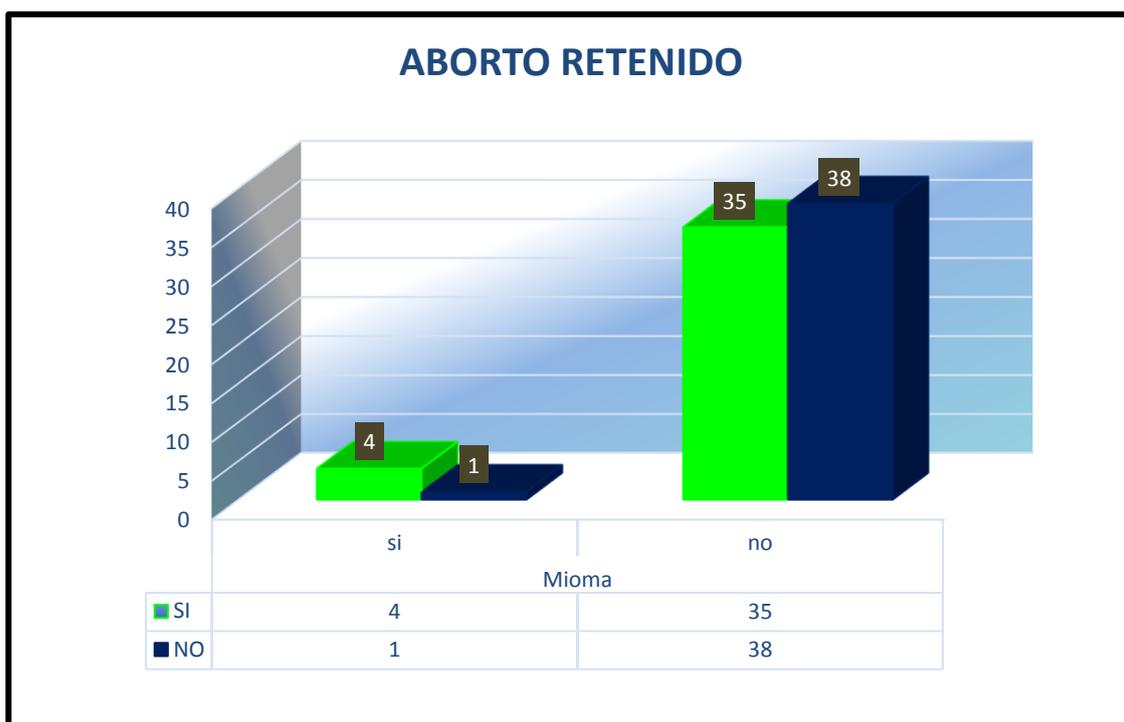
Aborto retenido	Mioma		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	si	No				
si	4	35	39	2,021	,495	14,962
no	1	38	39			
Total	5	73	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Las patologías maternas (**Miomas**) es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 2,0 lo cual manifiesta que las gestantes con Miomas tienen casi dos veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(2,0/2,0+1)$  el valor de 0,666 lo que es igual a 66,6% en este caso la interpretación sería que existe un 66,6% de probabilidad que la gestante con Miomas termine en aborto retenido.



**Figura N°03**

**Miomas como un factor asociado al aborto Retenido.**

En esta grafica se puede observar, que de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido solo 4 pacientes presentaban miomas, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 1 los pacientes que presentaron Miomas

**Tabla 04**

Patologías Maternas (**Traumatismo**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

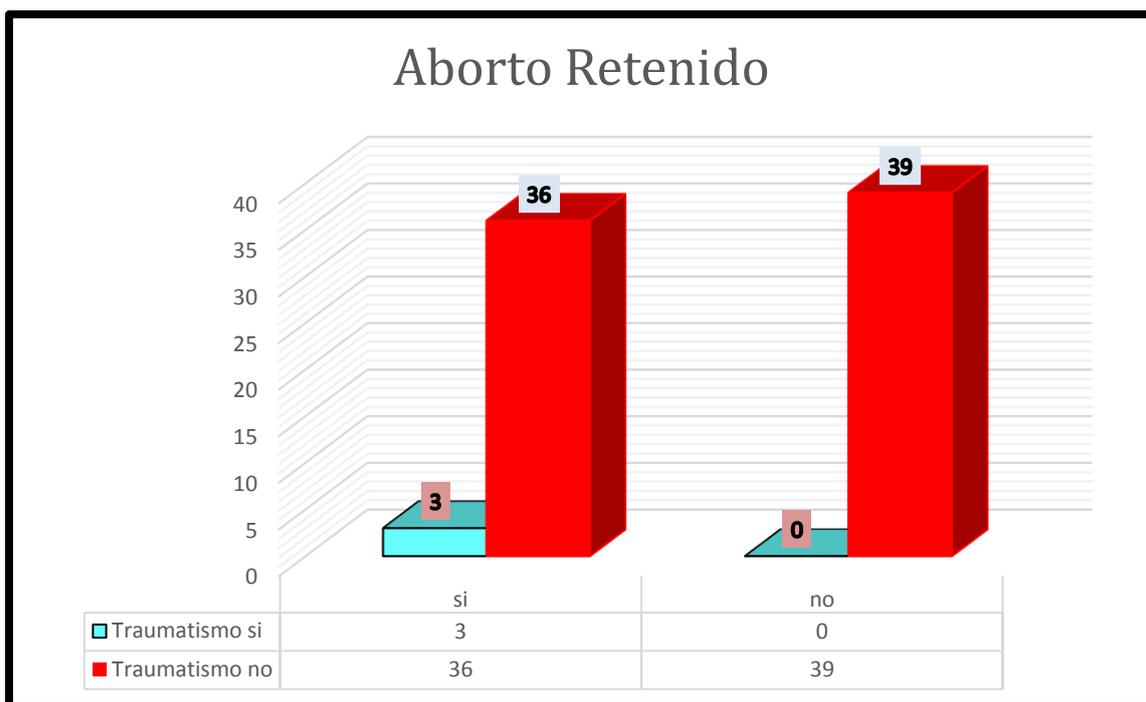
Aborto retenido	Traumatismo		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	si	no				
si	3	36	39			
no	0	39	39	0,923	0,843	1,011
Total	3	75	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Las patologías maternas (**Traumatismo**) no es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 0,9 lo cual manifiesta que las gestantes tienen poca probabilidad de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(0,9 / 0,9 + 1)$  el valor de 0.473 lo que es igual a 47.3% en este caso la interpretación sería que existe un 47.3% de probabilidad que la gestante con traumatismo termine en aborto retenido.



**Figura N°04:**

**Traumatismo como un factor asociado al aborto Retenido.**

En esta grafica se puede observar de forma detallada, que de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido 3 pacientes presentaban traumatismo, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico no se encontraron pacientes que presentaran traumatismo.

**Tabla 05**

Edad materna (**Edad Precoz**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

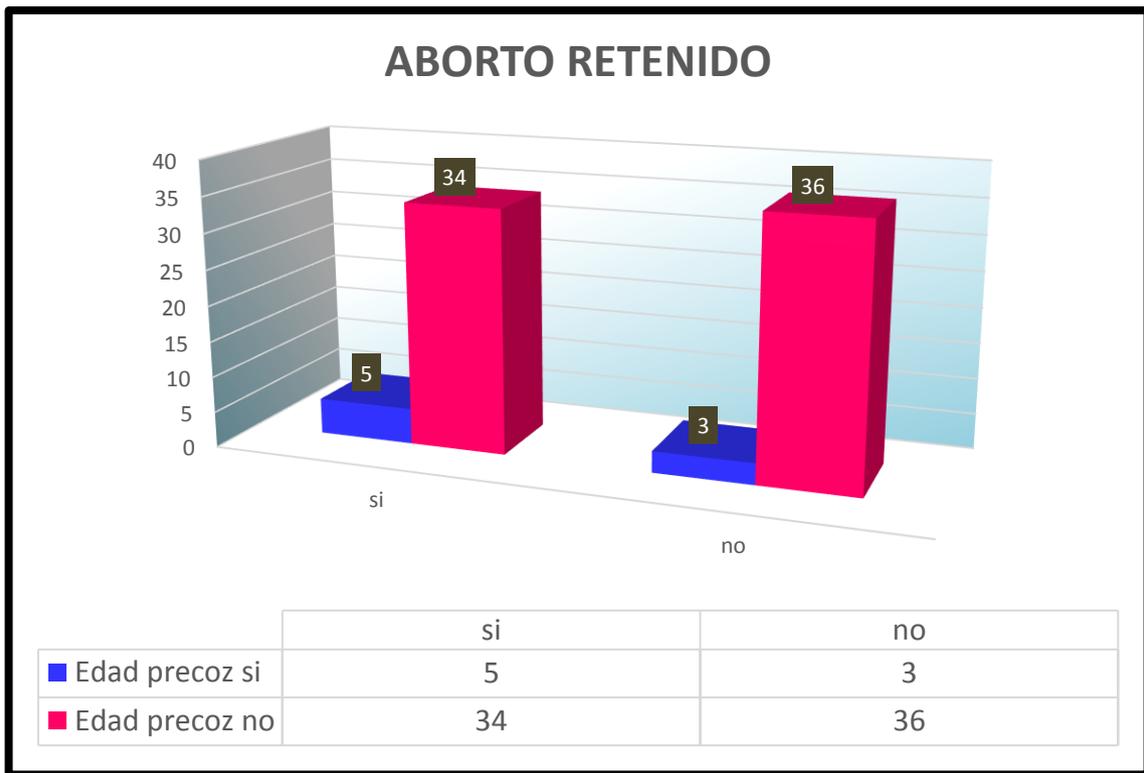
Aborto retenido	Edad precoz		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	si	No				
si	5	34	39	1,765	,391	7,958
no	3	36	39			
Total	8	70	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### Interpretación:

Las patologías maternas (**Edad Precoz**) es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 1.7 lo cual manifiesta que las gestantes con Edad Precoz tienen casi dos veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(1.7/1.7+1)$  el valor de 0.629 lo que es igual a 62.9% en este caso la interpretación sería que existe un 62.9% de probabilidad que la gestante con Edad Precoz termine en aborto retenido.



**Figura N°05**

**Edad Materna - Precoz como un factor asociado al aborto Retenido**

En esta grafica se puede observar que de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido se presentaron 5 pacientes con edad precoz, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en parto eutócico fueron 3 los pacientes de edad precoz

**Tabla 06**

Edad materna (**Edad Avanzada**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

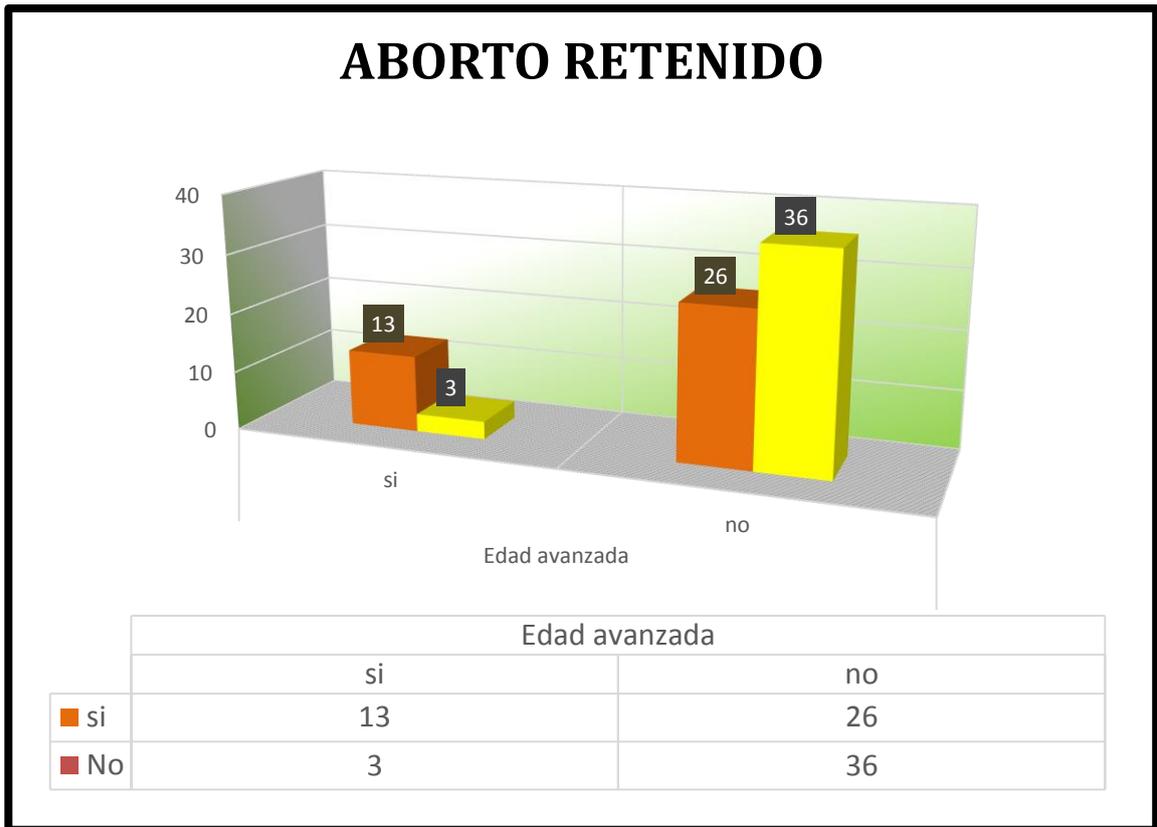
Aborto retenido	Edad avanzada		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	si	No				
si	13	26	39	6,000	1,551	23,213
no	3	36	39			
Total	16	62	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Las patologías maternas (**Edad Avanzada**) es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 6.0 lo cual manifiesta que las gestantes con Edad Avanzada tienen casi seis veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(6.0/6.0+1)$  el valor de 0.857 lo que es igual a 85.7% en este caso la interpretación sería que existe un 85.7% de probabilidad que la gestante con Edad Avanzada termine en aborto retenido.



**Figura N°06**

#### **Edad Materna – Avanzada como un factor asociado al aborto Retenido**

En esta grafica se puede observar que de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido se presentaron 13 pacientes con Edad Avanzada, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 3 los pacientes con Edad Avanzada

**Tabla 07**

Antecedente de aborto como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

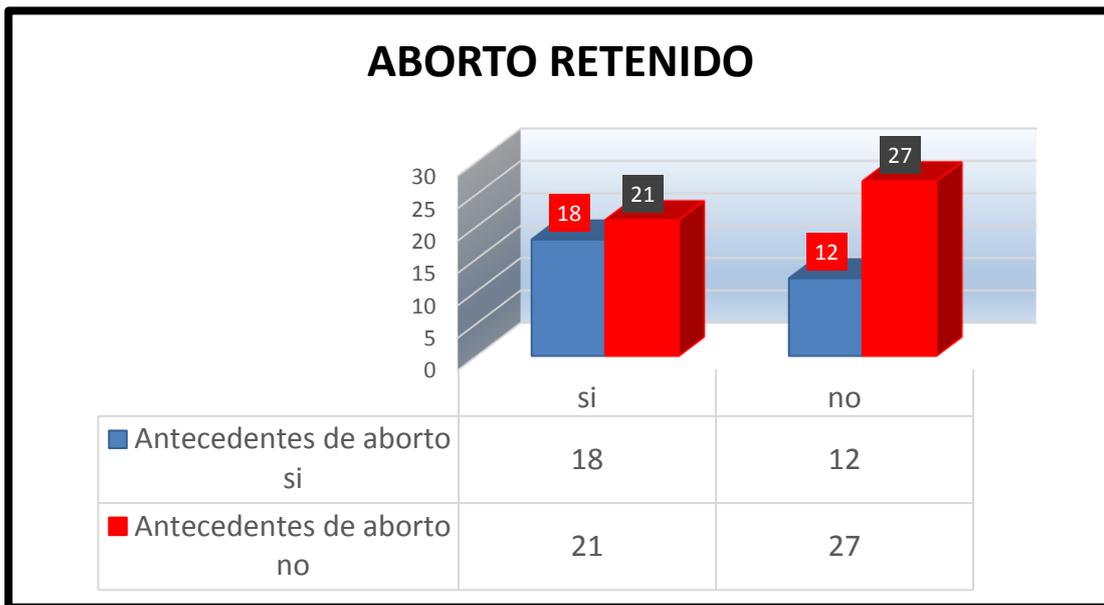
Aborto retenido	Antecedentes de aborto		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	si	No				
si	18	21	39	1,929	,763	4,872
no	12	27	39			
Total	30	48	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### Interpretación:

Los **Antecedente de aborto** es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 1.9 lo cual manifiesta que las gestantes con Antecedente de aborto tienen casi dos veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(1.9/1.9+1)$  el valor de 0, 0.655 lo que es igual a 65,5% en este caso la interpretación sería que existe un 65,5% de probabilidad que la gestante con Antecedente de aborto termine en aborto retenido.



**Figura N°07**

**Los Antecedente de aborto como un factor asociado al aborto Retenido**

En esta grafica se puede observar los Antecedente de aborto, en las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido solo 18 pacientes presentaron Antecedente de aborto, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 12 los pacientes presentaron que antecedente de aborto.

**Tabla 08**

Características Sociodemográficas (**El Nivel de educación baja o primario**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

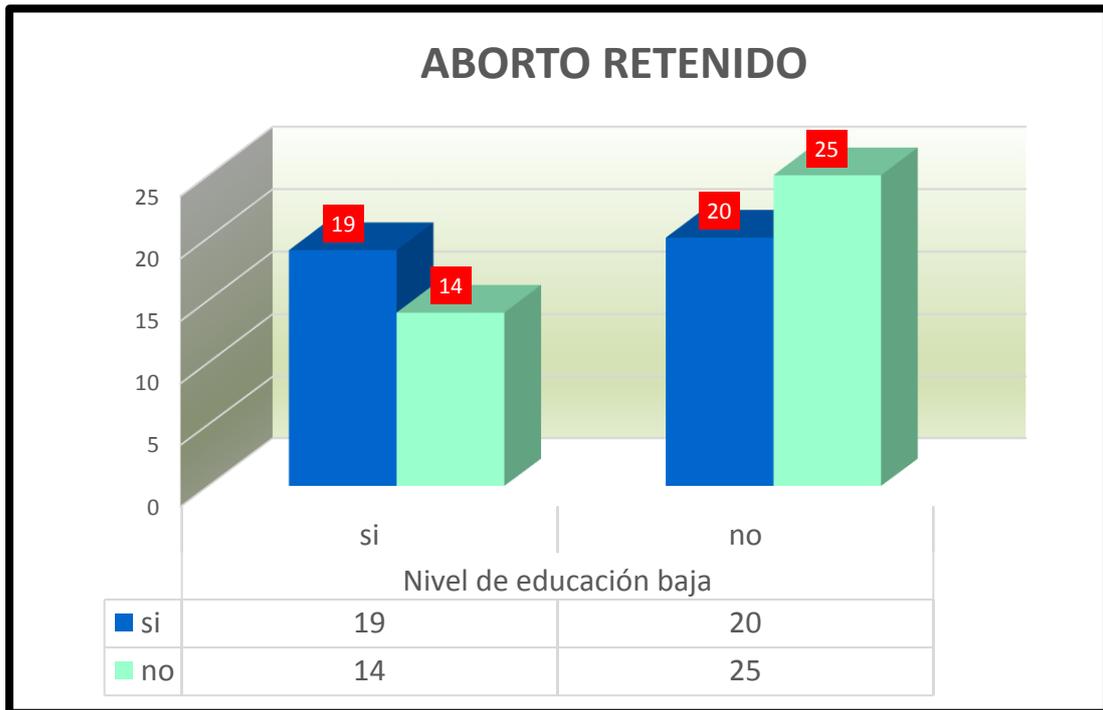
Aborto retenido	Nivel de educación baja		Total	Odds ratio	Inferior	Superior
	<u>si</u>	<u>No</u>				
<u>si</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>39</u>			
<u>no</u>	<u>14</u>	<u>25</u>	<u>39</u>	1,696	,685	4,201
<u>Total</u>	<u>33</u>	<u>45</u>	<u>78</u>			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Características Sociodemográficas (**El Nivel de educación baja o primario**) es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 1.6 lo cual manifiesta que las gestantes con un Nivel de educación baja tienen casi dos veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido. 0

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(1.6/1,6+1)$  el valor de 0, 615 lo que es igual a 61.5% en este caso la interpretación sería que existe un 61.5% de probabilidad que la gestante con un Nivel de educación baja termine en aborto retenido.



**Figura N°08**

**El Nivel de educación baja o primario como un factor asociado al  
aborto Retenido**

En esta grafica se puede observar que de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido 19 pacientes tenían un Nivel de educación baja mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 14 los pacientes que presentaron un Nivel de educación baja

**Tabla 09**

Características Sociodemográficas (**pobreza**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

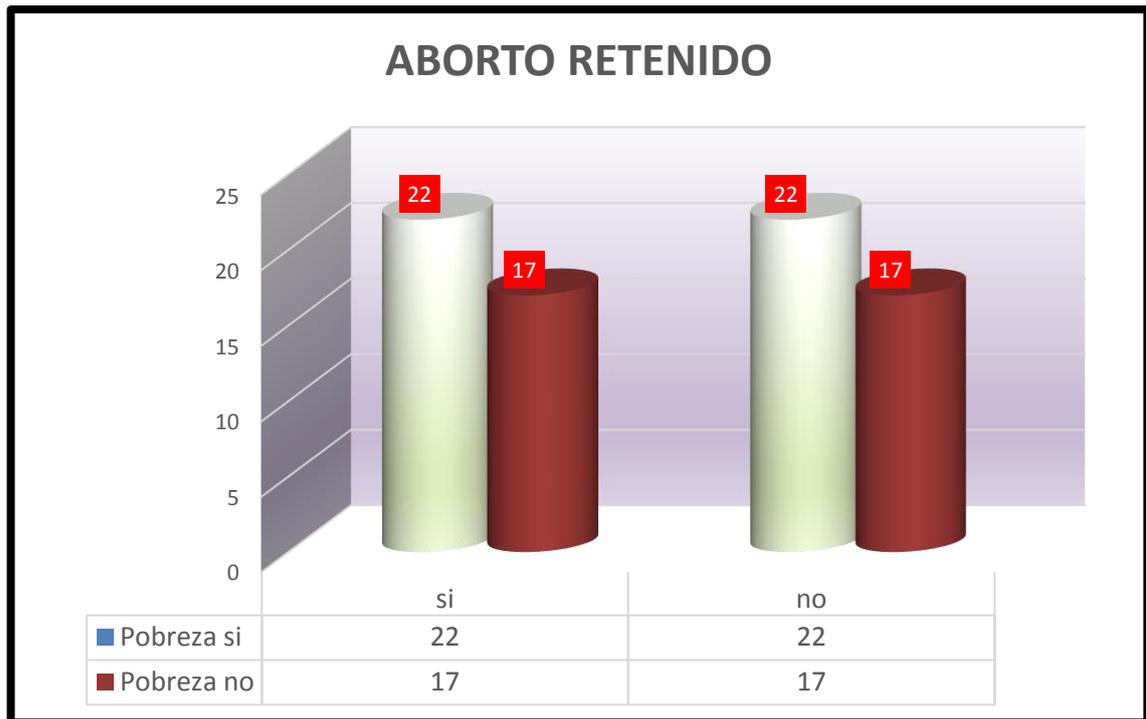
Aborto retenido	Pobreza		Total	Odds ratio	Inferior	Superi or
	si	no				
si	22	17	39			
no	22	17	39	1,000	,409	2,448
Total	44	34	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Características Sociodemográficas (**pobreza**) no es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 1.0 lo cual manifiesta que las gestantes con **pobreza** tienen una vez más de probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(1.0/10+1)$  el valor de 0, 5 lo que es igual a 50% en este caso la interpretación sería que existe un 50% de probabilidad que la gestante con pobreza termine en aborto retenido.



**Figura N°09**

**Pobreza como un factor asociado al aborto Retenido**

En esta grafica se puede observar la frecuencia de pobreza de forma detallada, de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido 22 pacientes viven en condiciones de pobreza, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 17 los pacientes que presentaron condiciones de pobreza

**Tabla 10**

Características Sociodemográficas (**Zona Rural**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

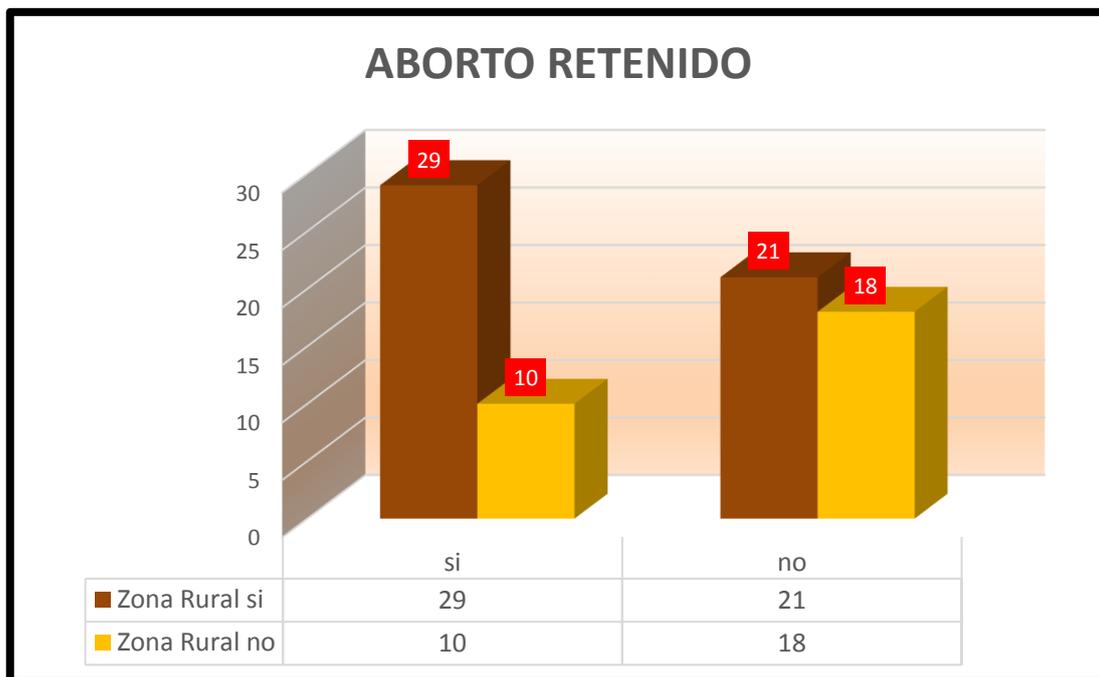
Aborto retenido	Zona Rural		Total	Odds ratio	Inferi or	Super ior
	si	no				
si	29	10	39	2,486	0,956	6,463
no	21	18	39			
Total	50	28	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Características Sociodemográficas (**Zona Rural**) es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 2,4 lo cual manifiesta que las gestantes que viven en una **Zona Rural** tienen dos veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido.

Al traducirlo a la probabilidad se obtiene  $(2,4/2,4+1)$  el valor de 0, 705 lo que es igual a 70.5% en este caso la interpretación sería que existe un 70.5% de probabilidad que la gestante que viven en una Zona Rural termine en aborto retenido.



**Figura N°10**

**Zona Rural como un factor asociado al aborto Retenido**

En esta grafica se puede observar que, de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido solo 29 pacientes viven en una **Zona Rural**, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 10 los pacientes que viven en una **Zona Rural**.

**Tabla 11**

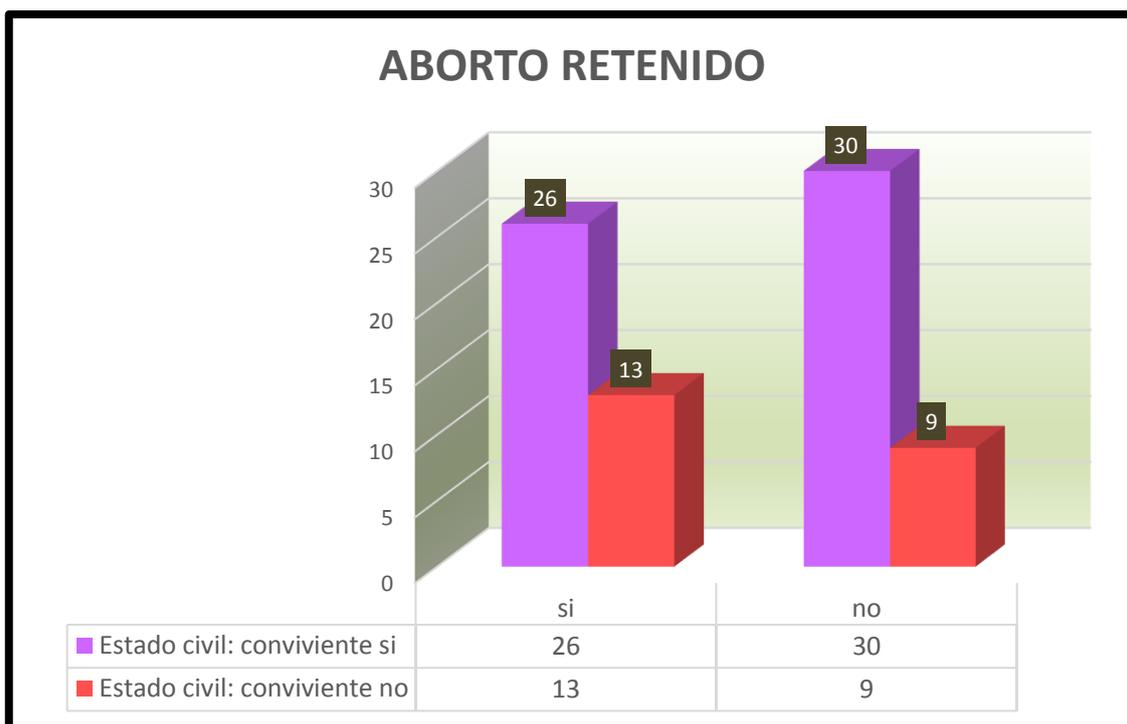
Características Sociodemográficas (**Estado civil: conviviente**) como un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

Aborto retenido	Estado civil: conviviente		Total	Odd s ratio	Infer ior	Superi or
	si	No				
si	26	13	39	,600	,221	1,629
no	30	9	39			
Total	56	22	78			

FUENTE: HOSPITAL II-1 TOCACHE - Archivo de historias clínicas: 2016.

### **Interpretación:**

Características Sociodemográficas (**Estado civil: conviviente**) no es un factor asociado al aborto retenido pues se obtuvo un OR de 0.6 lo cual manifiesta que las gestantes con Estado civil: conviviente tiene poca probabilidad de desarrollar un aborto retenido.



**Figura N°11**

**Estado civil de convivencia como un factor asociado al aborto Retenido.**

En esta grafica se puede observar que, de las 39 pacientes estudiadas con aborto retenido solo 26 pacientes viven con Estado civil: conviviente, mientras que de las 39 pacientes estudiadas en el grupo que termino en Parto eutócico fueron 13 los pacientes que viven con Estado civil: conviviente

## DISCUSIÓN

En este estudio se planteó conocer los factores de asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia; A continuación, se presenta la discusión de acuerdo con los objetivos y resultados obtenidos los cuales permitieron realizar la comparación con otros estudios utilizados en los antecedentes referentes:

En la **Tabla 01, 02, 03 y 04** se identificó a las **Patologías Maternas** en estudio, como factores asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia. se pudo determinar que **la Diabetes, la infección del tracto urinario, y la Mixomatosis uterina** son factores de riesgo para el aborto el aborto retenido, dicho resultados concuerdan con los estudios llevados a cabo en la ciudad de Tacna el año 2013 a cargo del investigador Sánchez J, en el estudio titulado: **“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”** donde se muestran tanto a la diabetes (OR=5.06) y la infección del tracto urinario (OR=4.8), como los principales factores asociados al aborto retenido.

En la **Tabla 05 y 06** en cuanto **la Edad Materna** como factor asociado al aborto Retenido se pudo determinar que el mayor porcentaje con aborto retenido fueron las pacientes con **edad avanza** mayor o igual a 35 años con un (OR de 6.0), tales resultados concuerdan con los estudios llevados a cabo en Ecuador el año 2015 a cargo de los investigador Aguilar A, quien realizó el estudio titulado **“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”**, donde El factor de riesgo más frecuente fue edad mayor de los 40 años.

En la **Tabla 07** se muestra a los **Antecedente de aborto** como un factor asociado al aborto Retenido se pudo determinar que tienen casi dos veces más probabilidades de desarrollar un aborto retenido. estos resultados concuerdan claramente con los estudios realizado por García B, en el estudio titulado: “**Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para el aborto diferido en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño - San Bartolomé**”, donde se encontraron como un factor primordial que predispone al aborto retenido.

En la **Tabla 08,09,10,11** Dentro las **Características Sociodemográficas** asociados al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia., pudimos determinar que el Nivel de educación baja o primario, Zona Rural son factores de riesgo para el aborto, dicho resultados concuerda con los estudios llevados a cabo en la ciudad de Moyobamba el año 2014 a cargo del investigador Urcuhuaranga L, en el estudio titulado “**Características Sociodemográficas, Obstétricas y Clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba**” donde Se determinó la asociación entre los factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el aborto.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación se llegaron a las conclusiones:

1. Las Patologías Maternas que se encuentran asociados a al aborto Retenido. en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache de San Martin durante el año 2016, se encontraron a la Diabetes y la infección del tracto urinario como factores de mayor significancia.
2. La Edad materna avanzada mayor de 35 años resultó ser la edad asociada al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache de san Martin durante el año 2016.
3. Los antecedentes de al menos un aborto se encuentran asociados al aborto retenido en las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.
4. Las características sociodemográficas como el nivel de educación bajo o primario, pobreza, zona rural, y el estado civil: conviviente son factores asociados al aborto Retenido ya que existe relación de dependencia entre todos factores estudiados al aborto retenido.

## SUGERENCIAS

1. A los profesionales obstetras se les recomienda tomar en cuenta los casos de la Diabetes y la infección del tracto urinario como factores asociados, por lo tanto, estas pacientes deben ser orientadas a la planificación de la gestación y control respectivo.
2. A los profesionales obstetras se le sugiere tener en cuenta que la edad avanzada mayor de 35 años es un factor asociado en mujeres de edad fértil y adoptar una actitud expectante y vigilante en las mujeres de esta edad que resulten embarazadas.
3. A los profesionales obstetras se le sugiere tener en cuenta que los antecedentes de al menos un aborto es un factor asociado en mujeres de edad fértil y se debe adoptar una actitud también expectante y vigilante en aquellas mujeres con antecedentes de aborto que resulten embarazadas.
4. A los profesionales obstetras se les recomienda tomar en cuenta y no dejar desapercibidos las características sociodemográficas de una población como el nivel de educación bajo o primario, pobreza, zona rural, y el estado civil ya que existe una relación de dependencia significativa con el aborto retenido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud. Aborto inseguro: estimaciones mundiales y regionales de la incidencia del aborto inseguro y la mortalidad asociada en 2008. Sexta ed.; 2015.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno. 2008 Agosto.
3. Tavera L. El Aborto como un Problema de Salud Pública. Ginecología y Obstetricia. 2001 Octubre- Ddiciembre; 447(4).
4. Senbeto E, Degu G, Abesno N, Yeneneh H. Prevalencia y factores de riesgo asociados al aborto inducido en el noroeste de Etiopía. Ethiop.J.Health Dev. 2008 Junio; 19(1): p. 38-45.
5. Aguilar V. Factores que influyen en la presentacion del Aborto Diferido y sus complicaciones frecuentes en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2013 a enero 2014. 2015. Tesis - Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina.
6. Germain A, Fabres C, Huidobro C, Fernández E. Aborto Recurrente. Aproximación Diagnóstica para un Complejo Síndrome Reproductivo. Med. Clin. 2014; 25(6): p. [-898-907].
7. Senbeto E, Degu G, Abesno N, Yeneneh H. Prevalencia y factores de riesgo asociados al aborto inducido en el noroeste de Etiopía. Ethiop.J.Health Dev. 2005; 19(1): p. 37-44.

8. Tipiani S. Factores de Riesgo asociados al Aborto Espontáneo en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Chancay. Peru Obstetricia. 2005; 2((2)).
9. Sanchez J. 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. 2013. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman.
10. Paredes LI, Ushiñahua J, Meléndez B, Montoya H. Factores sociodemográfico-culturales y la actitud hacia el aborto. Conoc Amazonico. 2013 Enero; 4(1): p. 43-48.
11. García B. Edad Materna y el numero de abortos como factores de riesgo para parto pretermino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “san bartolome” durante enero a febrero del año 2015. 2015. Tesis.
12. Mora A, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F. Anomalías Cromosómicas en Abortos Espontáneos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016.
13. Urcuhuaranga L. Características Sociodemográficas, Obstétricas y Clínicas de los Abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba. 2014. Tesis.
14. Schorge J, Shaffer J, Halvorson, Hoffman, Bradshaw, Cunningham. In Williams Ginecología. Texas: McGrawHill.; 2009. p. 137-138.
15. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en obstetricia y Perinatología. 2010.
16. Perez A. Obstetricia. Cuarta ed.: Mediterraneo; 2008.

17. Carrera J. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4th ed. España: Mason S.A.; 2006.
18. Ministerio de Salud Pública. Guía de Aborto Espontáneo [Retrieved from].; 2013. Available from: <http://www.salud.gob.ec/catalogo-de-normas-politicas-reglamentosprotocolos-manuales-planes-guias-y-otros-del-msp/>.
19. Ragan L, Rai R. Epidemiología y las causas médicas del Aborto Espontáneo. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000; 14(839): p. 92.
20. Wicox A, Weinberg C, O'Connor J. Incidente de pérdida precoz del embarazo. N Eng J Med. 319; 189: p. 94.
21. Verdú LI, Santamaría R. Aborto: concepto y clasificación. Etiología, Anatomía Patológica Clínica y Tratamiento. Primera ed. Cabero L, editor. Cabero: Médica Panamericana; 2003.
22. Kenneth L. Manual de obstetricia: complicaciones en el embarazo México: McGraw-Hill; 2008.
23. Organización Mundial de la Salud. Progestágenos para prevenir el aborto espontáneo: Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS; 2009.
24. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D. Williams obstetricia México: McGrawHill; 2011.
25. Schorge J, Schaffer J. Ginecología de Williams. Primera ed. México: McGraw-Hill; 2009.
26. Illescas M. Misoprostol oral vs. vaginal para la maduración cervical en pacientes con Diagnóstico de Aborto Diferido en el Departamento de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso – Cuenca 2009. 2010. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas - Tesis.

27. Hijona J. Factores Asociados al aborto espontáneo. 2009. Tesis doctoral - Universidad de Granada.
28. Leitich H, Bodner B, Brunbauer M, Kaider A, . Vaginosis Bacteriana como riesgo de parto prematuro: un metaanálisis. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(139): p. 147.
29. Jijon A, Sacoto M, Cordova A. Alto Riesgo Obstétrico. Primera ed. Quito: Ecuaooffset; 20006.
30. Kasper D, Braunwald E, Fauci A. Principios de Medicina Interna. Enfermedades del tiroides. 17th ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
31. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en obstetricia y Perinatología. 2010. Perú.
32. Temple R, Aldridge V, Greenwood R, Heyburn P Sampon M , Stanley K. Asociación entre el resultado del embarazo y el control glucémico en el embarazo precoz en la diabetes tipo 1: estudio de base poblacional. BMJ. 2002; 325(1275): p. 127.
33. Reece E, Homko C. ¿Por qué las diabéticas tienen productos malformados? Clin Obstet Gynecol. 2000; 1(29): p. 42.
34. Cerqueira D. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. In. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 732-747.
35. Gary F, Leveno J, Obstetricia de Williams. 22nd ed. México; 2006.
36. Dalet F, Del Rio G. Infecciones Urinarias.: Medico Panamericana; 2012. Available from: <http://books.google.com.pe>.
37. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C,. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.

38. Loughlin J, Vigneswaran R. La vaginosis bacteriana en el embarazo y la eficacia del tratamiento con metronidazol oral de corta duración: un ensayo controlado aleatorio. *Obstetrics and Gynecology*. 2009 Diciembre 6; 84(3): p. 343348.
39. Salvatierra V, Comino R, Florido J, Beltrán E, Vergara F. Parámetros vasculares y glandulares del endometrio en úteros malformados: su valoración. *Clin Invest Gin Obst*. 1977; 4(221): p. 8.
40. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J. In *Williams Obstetricia*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
41. Grecia R, Sammel D, Chittams J. Factores de riesgo para el aborto espontáneo en los primeros embarazos sintomáticos del primer trimestre. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(5): p. 993-9.
42. Abeysena C, Jayawardana P, Seneviratne R. Factores de riesgo para el aborto espontáneo. *Diario del Colegio de Médicos Comunitarios en Sri Lanka*. 2009; 14(1): p. 14-19.
43. Quiroga M, Díaz A, Paredes D. Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica. *Rev. Per Gynecol Obstet*. 2007; 53(2): p. 124-129.
44. Menéndez J. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. *Gac. Med*. 2003; 139(1): p. 47-43.
45. Germain A, Fabres C, Huidobro C, Fernández E. Aborto Recurrente. Aproximación Diagnóstica para un Complejo Síndrome Reproductivo. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014; 25(6): p. 898-907.
46. Robles F. 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. 2015. Tesis- Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina.
47. Sanchez J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján. 2013.
48. Bellver J, Bosch E. Obesidad y el riesgo de aborto espontáneo después de la donación de ovocitos. 2003; 79(1136): p. 1140.
49. Lashen H, Fear K, Sturdee D. La obesidad se asocia con un mayor riesgo de aborto involuntario de primer trimestre y recurrente: estudio de casos y controles coincidentes. Hum Repro. 2004; 19(9): p. 1644-1646.
50. Valdivieso P. Factores de riesgo, complicaciones y prevalencia del Aborto Retenido en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2014 Universidad de Guayaquil. 2015. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina - Tesis.
51. Merino T. Estudios de Casos y controles III. [Online].; 2013 [cited 2015 Marzo 23. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epianal7.htm>.
52. Díaz S, Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. [Online].; 2012 [cited 2015 Marzo 24. Available from: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra\\_casos/casos\\_controles.asp](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp).
53. Fonseca A. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huánuco: Biblioteca Nacional del Perú; 2013.

## **ANEXOS**



## ANEXO N°01

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN****FACULTAD DE OBSTETRICIA****FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**TITULO:** “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016.”

**I. DATOS DE INTERES**

1.1. Edad MATERNA \_\_\_\_\_

1.2. N° de Hcl \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS MATERNAS:**

2.1. Diabetes:

- a) Si
- b) No

2.2. Infección del Tracto Urinario:

- a) Si
- b) No

2.3. Miomas:

- a) Si
- b) No

2.4. traumatismo:

- a) Si
- b) No

**III. Factor edad materna**

3.1. Edad precoz (menor de 16 años)

- a) Si
- b) No

3.2. Edad avanzada (Mayor De 35 años)

- a) Si
- b) No

**IV. ANTECEDENTES DE ABORTO****4.1.** Aborto retenido

- a) Si (caso)
- b) No (control)

**4.2.** Antecedente de aborto

- a) Si
- b) No

**V. DETERMÍNATE SOCIODEMOGRÁFICO Y CULTURAL:****5.1.** Nivel de Educación Bajo o Primario

- a) Si
- b) No

**5.2.** Pobreza

- a) Si
- b) No

**5.3.** Zona Rural

- a) Si
- b) No

**5.4.** Estado civil: Conviviente

- a) Si
- b) No

## ANEXO N°02

## MATRIZ DE CONSISTENCIA DE PROYECTO DE TESIS

## TITULO: “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016.”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DIMENSIONES	DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín durante el 2016?.</p> <p><b>Problemas Específicos</b> -¿Serán las patologías maternas un factor asociados al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II-1 Tocache? -¿Es la edad materna un factor asociado al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de</p>	<p><b>General:</b> 5. Conocer los factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín en el, 2016.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar si, las patologías maternas son un factor asociado al aborto Retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.</li> <li>Determinar si, la edad materna es un factor asociado al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b> <b>Ha:</b> Existen factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín en el 2016.</p> <p><b>Ho:</b> No existen factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco obstetricia en el Hospital II-1 Tocache, San Martín en el 2016.</p> <p><b>Hipótesis específica:</b> <b>Hb:</b> Las patologías maternas, la edad materna, los antecedentes de aborto, y los antecedentes socioculturales son factores asociados al aborto retenido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Variable Independiente:</b> Factores Asociados</li> <li>✓ <b>Indicadores</b> -Diabetes - ITU -Miomias -Traumatismo</li> <li>-Edad precoz -Edad avanzada</li> <li>- Antecedentes de aborto</li> <li>-Nivel de Educación Bajo o Primario</li> <li>-Pobreza</li> <li>-Zona Rural</li> <li>- Estado Civil: Conviviente</li> </ul>	<p>Patologías Maternas</p> <p>Edad Materna</p> <p>Antecedentes de aborto</p> <p>Características sociodemográficas</p>	<p><b>Nivel y tipo de investigación</b></p> <p><b>Nivel:</b> Relacional</p> <p><b>Tipo:</b> – Observacional – Retrospectivo – Transversal – Analítico</p> <p><b>Diseño</b> Se realizará un diseño <b>caso y control.</b></p> <p><b>Esquema</b> <math display="block">OR = W = \frac{a \times d}{c \times b}</math></p>	<p><b>Población:</b> Pacientes que ingresaron al Hospital II-1 Tocache con diagnósticos de aborto retenido. Durante el 2016</p> <p><b>Muestra</b> estará representada La selección de los casos (aborto retenido) y la selección de controles (parto eutócico)</p> <p><b>Tipo de muestreo</b> Probabilístico Aleatorio Simple</p> <p><b>Fuente, Técnicas e instrumentos</b></p> <p><b>Fuente:</b> validación indirecta o secundaria <b>Técnica</b> Análisis documental</p>

<p>Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache?</p> <p>-¿Serán Los de antecedentes de aborto un factor asociado al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache??</p> <p>-¿Serán las características socioculturales un factor asociado al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache??</p>	<p>Hospital II-1 Tocache.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si, los antecedentes de aborto son factores asociados al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.</li> <li>• Identificar si, las características sociodemográficas son factores asociados al aborto retenido en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache</li> </ul>	<p><b>Ho:</b> Las patologías maternas, la edad materna, los antecedentes de aborto, y los antecedentes sociodemográficos no son factores asociados al aborto retenido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Variable Dependiente:</b></li> </ul> <p>Aborto retenido</p> <p>✓ <b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Número de pacientes con diagnóstico ecográfico de aborto retenido (casos)</li> <li>– Número de pacientes con gestación normal en el primer trimestre (control)</li> </ul>	<p>Aborto retenido</p>		<p><b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos</p> <p><b>Estadístico de prueba</b></p> <p>ODDS RATIO</p>
--	---	---	--	------------------------	--	--

## ANEXO N°03

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES PARA JUICIO DE EXPERTOS**

**TÍTULO:** “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016.”

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer los factores asociados al aborto retenido en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II-1 Tocache.

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDICIÓN</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FUENTE</b>	<b>ÍTEM DEL INSTRUMENTO</b>
<b>Variable independiente</b> Factores asociados	Cuantitativa	Patologías maternas	-Diabetes	Si/no	Nominal	Análisis Documental de Recolección de datos	4.1
			- ITU				4.2
			-Miomomas				4.3
			-Traumatismo				4.4
		Edad materna	Edad precoz	Si/no			1.1
			Edad avanzada				1.2
		Antecedentes de aborto	Antecedentes de aborto	Si/no			2.1
		Características sociodemográficas	- Nivel de Educación Bajo o Primario	Si/no			2.2
			-Pobreza				2.3
			-Zona Rural				
-Estado Civil: Conviviente							
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> Aborto retenido	Cuantitativa	Aborto retenido	Número de pacientes con diagnóstico ecográfico de aborto retenido (casos)	Si/no	Nominal	Análisis Documental de recolección de datos	5
			Número de pacientes con gestación normal en el primer trimestre (control)	Si/no			3.1.

## ANEXO N°04



DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE SAN MARTIN  
U.E.403 – OFICINA DE OPERACIONES  
SALUD ALTO HUALLAGA

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**CONSTANCIA**

El Director del Hospital II – 1 Tocache - Salud Alto Huallaga que suscribe, Certifica que el trabajo de tesis titulado:

**“FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016”.**

Cuya autoría corresponde a la Srta. **ESPINOZA CALLOPAZA, Yojana Pilar** ha sido ejecutado, en el Hospital II-1 de la Red de Salud de la Unidad Ejecutora 403 Oficina de Operaciones Salud Alto Huallaga Tocache, según consta en archivo.

Se expide el presente documento a solicitud de la parte interesada para los fines que crea conveniente

Tocache, 26 de Junio del 2017.



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
Dirección Sub Regional De Salud Alto Huallaga  
  
DR. RONALD M. VERENA LOZANO  
DIRECTOR (S)  
HOSPITAL II-1 TOCACHE

## ANEXO N°05



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUANUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA



Huánuco, 07 de junio de 2016.

OFICIO N° 405-2016-UNHEVAL/FOBST-DI.

Señor:  
Dr. Ronald Mariano Llerena Lozano  
DIRECTOR HOSPITAL II-1 TOCACHE

DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL II - 1 TOCACHE

Hora: 9:50 N°

Fecha 26/06/2016.

Recibido: 

PRESENTE.-

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Atención: SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA

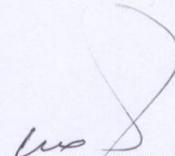
De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente y, a la vez solicitar a su Despacho autorice mediante una constancia de aceptación a la Bachiller **ESPINOZA CALLOPAZA, Yojana Pilar**; la ejecución del trabajo de investigación denominado: **"FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016"**, el mismo que requiere la recolección de datos de las historias clínicas de Gineco-Obstetricia y del Sip.

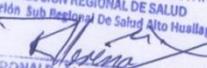
Sin otro particular, agradezco la atención que brindará a la presente y hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente,



  
Dra. Mary Luisa Maque Ponce  
DECANA

C.c.  
Archivo

GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
Dirección Sub Regional De Salud Alto Huallaga  
  
DR. RONALD M. LLERENA LOZANO  
DIRECTOR (S)  
HOSPITAL II-1 TOCACHE

## ANEXO N°06

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL  
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**TITULO: "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1  
TOCACHE, SAN MARTIN, 2016."**

**EXPERTO:** Obst. Carrillo y Espinoza, Carlos Antonio

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento <b>da cuenta del título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia	( X )	( )
2. El instrumento tiene <b>estructura lógica</b>	( X )	( )
3. La secuencia de presentación <b>es óptima</b>	( X )	( )
4. El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	( X )	( )
5. Los términos utilizados en las preguntas son <b>claros y comprensibles</b>	( X )	( )
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan <b>las fases de la elaboración del proyecto de investigación</b>	( X )	( )
7. El instrumento establece <b>la totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación	( X )	( )
8. Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b>	( X )	( )
9. Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación	( X )	( )
10. Las preguntas están <b>agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b>	( X )	( )
<b>TOTAL</b>		

**OBSERVACIONES:** .....

.....


**GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**  
 Dirección Regional de Salud  
 Hospital Regional "Hermilindo Valdizán Medrano"

**CARLOS CARRILLO Y ESPINOZA**  
 OBSTETRA  
 COP: 5377

**FIRMA DEL EXPERTO**

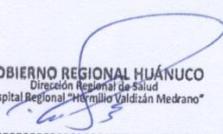
DNI: 22578950

TELEF. 962368102

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quien suscribe Obst. Carrillo y Espinoza Carlos Antonio, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016." elaborado por la alumna Espinoza Calloapaza, Yojana Pilar, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

 **GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano"

  
-----  
**CARLOS CARRILLO Y ESPINOZA**  
OBSTETRA

Obst. Carrillo y Espinoza Carlos A.

DNI. 22816910

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL  
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**TITULO: "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1  
TOCACHE, SAN MARTIN, 2016."**

**EXPERTO:** Mg. Mitsi Quiñones Flores

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento <b>da cuenta del título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia	( X )	( )
2. El instrumento tiene <b>estructura lógica</b>	( X )	( )
3. La secuencia de presentación <b>es óptima</b>	( X )	( )
4. El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	( X )	( )
5. Los términos utilizados en las preguntas son <b>claros y comprensibles</b>	( X )	( )
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan <b>las fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación	( X )	( )
7. El instrumento establece <b>la totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación	( X )	( )
8. Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b>	( X )	( )
9. Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación	( X )	( )
10. Las preguntas están <b>agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b>	( X )	( )
<b>TOTAL</b>		

**OBSERVACIONES:**.....

.....

.....

.....

*Mitsi Quiñones Flores*

.....  
FIRMA DEL EXPERTO

DNI:.....*22475878*.....

TELEF.....*962628019*.....

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quien suscribe Mg. Mitsi Quiñones Flores, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016." elaborado por la alumna Espinoza Calloapaza, Yojana Pilar, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



---

Mg. Mitsi Quiñones Flores  
DNI... 22475878 .....

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL  
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**TITULO: "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1  
TOCACHE, SAN MARTIN, 2016."**

**EXPERTO:** Mg. Ruth L, Cordova Ruiz

<b>CRITERIOS DE EVALUACION</b>	<b>CORRECTO 2 puntos</b>	<b>INCORRECTO 0 puntos</b>
1. El instrumento <b>da cuenta del título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia	( X )	( )
2. El instrumento tiene <b>estructura lógica</b>	( X )	( )
3. La secuencia de presentación <b>es óptima</b>	( X )	( )
4. El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	( X )	( )
5. Los términos utilizados en las preguntas son <b>claros y comprensibles</b>	( X )	( )
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan <b>las fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación	( X )	( )
7. El instrumento establece <b>la totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación	( X )	( )
8. Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b>	( X )	( )
9. Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación	( X )	( )
10. Las preguntas están <b>agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b>	( X )	( )
<b>TOTAL</b>		

**OBSERVACIONES:**.....

.....

.....

.....

*Ruth Cordova*

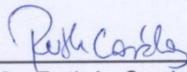
.....  
FIRMA DEL EXPERTO

DNI:.....*22520276*.....

TELEF.....*962074722*.....

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quien suscribe Mg. Ruth L, Cordova Ruiz, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTIN, 2016." elaborado por la alumna Espinoza Calloapaza, Yojana Pilar, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



---

Mg. Ruth L, Cordova Ruiz  
DNI.....22520276..

## ANEXO N°07



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA



**RESOLUCIÓN N° 105-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 25 de abril de 2017.

**VISTO:**

El FÚT N° 0286463, de fecha 24.MAR.2017, presentada por la alumna ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar; quien solicita aprobación de exclusividad de tema y nombramiento del asesor;

**CONSIDERANDO:**

Que, la alumna de la Facultad de Obstetricia ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar, solicita nombramiento del Asesor y la exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016";

Que, con Informe N° 011-DOC-EXC-ASESOR-DIFO-2017, de fecha de recepción 24.ABR.2017, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia indica que la comisión del instituto de investigación de la Facultad, ha revisado el tema en la base de datos y opina FAVORABLE, aceptando la exclusividad de tema y asesoría respectiva;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, el Dra. Mary Luisa Maque Ponce ha presentado la constancia de aceptación para el asesoramiento del Proyecto de Investigación de la alumna ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

- 1° **APROBAR** como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016", de la alumna **ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar** y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2° **NOMBRAR** a la **Dra. Mary Luisa Maque Ponce, Asesora** de la alumna **ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar** para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*M. L. Maque Ponce*  
Dra. Mary L. Maque Ponce  
DECANA

**Distribución:** DUIFO, Asesora, Interesada y Archivo.

## ANEXO N°08



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 172-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 06 de junio de 2017.

**VISTO:**

El Informe N° 001-2017-UNHEVAL-FOBST-JTE, de fecha 23.MAY.2017, presentado por el Mg. Julio Tueros Espinoza y la Mg. Jessye Mirtha Ramos García; y el mediante el Informe N° 001-2017-UNHEVAL-FOBST-JTE, de fecha 31.MAY.2017, presentado por el Mg. Julio Tueros Espinoza; mediante el cual informan de la suficiencia de Proyecto de Tesis de la alumna de la Facultad de Obstetricia ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar;

**CONSIDERANDO:**

Que la alumna de la Facultad de Obstetricia ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar; presentó dos (02) ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016", para su aprobación, habiendo quedado registrado en el Instituto de Investigación;

Que, con Informe N° 001-2017-UNHEVAL-FOBST-JTE, de fecha 23.MAY.2017, el Mg. Julio Tueros Espinoza y la Mg. Jessye Mirtha Ramos García, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016", de la alumna de la Facultad de Obstetricia ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, con Informe N° 001-2017-UNHEVAL-FOBST-JTE, de fecha 23.MAY.2017, el Mg. Julio Tueros Espinoza, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016", recomienda se suprima el termino "riesgo" en el título debiendo ser: "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016";

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

**1º APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016", a partir del 31.MAY.2017, presentada por la alumna **ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar**, de la Facultad de Obstetricia, asesorada por la Dra. Mary Luisa Maque Ponce.

**2º DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*Mary L. Maque Ponce*  
Dra. Mary L. Maque Ponce  
DECANA

**DISTRIBUCIÓN:**

DUIFO., Asesora, Interesada y archivo.

## ANEXO N°09



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZÁN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 222-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 21 de julio de 2017.

**VISTO:**

La Solicitud N° 0358614, de fecha 20.JUL.2017, presentada por la egresada ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar, de la Facultad de Obstetricia;

**CONSIDERANDO:**

Que, en el Art. 17° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18° señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesitario. El Jurado se compone de: Presidente, Secretario y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, con Solicitud N° 0358614, de fecha 20.JUL.2017, la egresada de la Facultad de Obstetricia ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar; comunica que ha culminado con la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016", bajo el asesoramiento de la Dra. Mary Luisa Maque Ponce, quien mediante Carta N° 001-APT-JMRG-FOBST-2017, de fecha 20.JUL.2017, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis; y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos, y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

- 1° **DESIGNAR**, dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "**FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RETENIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL II-1 TOCACHE, SAN MARTÍN, 2016**", presentada por la egresada **ESPINOZA CALLOAPAZA, Yojana Pilar**, de la Facultad de Obstetricia, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera:

PRESIDENTE	:	Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores
SECRETARIA	:	Mg. Jessye Mirtha Ramos García
VOCAL	:	Mg. Julio Constantino Tueros Espinoza
ACCESITARIA	:	Obsta. Ana María Soto Rueda

2. **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*Mary L. Maque*  
Dra. Mary L. Maque  
DECANA

**Distribución:** Jurados, Asesora, Interesada y Archivo.

