



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA DE OBSTETRICIA

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE TUVIERON ABORTO,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO EN EL AÑO
2013**

PRESENTADA POR
JACKELINE SÁNCHEZ TANTALEAN

TESIS

PARA OPTAR DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE TUVIERON ABORTO,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO EN EL AÑO 2013.**

PROYECTO

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

PRESENTADO POR:

Bach. Obst JACKELINE SÁNCHEZ TANTALEAN

Lima, Perú

2015

ÍNDICE

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1	Descripción de la Realidad Problemática.....	Pág. 01
1.2	Formulación del problema.....	Pág. 04
1.3	Objetivos de la Investigación.....	Pág. 04
1.4	Justificación de la investigación.....	Pág. 05
1.5	Limitaciones del estudio.....	Pág. 08
1.6	Viabilidad del estudio.....	Pág. 08

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes de la Investigación.....	Pág. 09
2.2	Bases teóricas	
2.2.1	Clasificación Clínica del aborto.....	Pág. 18
2.2.2	Epidemiología del aborto.....	Pág. 18
2.2.3	Sintomatología y formas clínicas del aborto.....	Pág. 19
2.2.4	Causas Generadoras del aborto.....	Pág. 25
2.2.5	Tratamiento.....	Pág. 27
2.2.6	Prevención.....	Pág. 29
2.2.7	Anatomía Patológica de la Placenta abortada.....	Pág. 30
2.3	Definiciones conceptuales.....	Pág. 31

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1	Diseño Metodológico.....	Pág. 33
3.2	Población y muestra.....	Pág. 33
3.3	Operacionalización de variables.....	Pág. 33
3.4	Técnicas de recolección de datos.....	Pág. 36
3.5	Técnicas para el procesamiento de la información.....	Pág. 36
3.6	Aspectos éticos.....	Pág. 36

CAPITULO IV

RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1	Recursos.....	Pág. 37
4.2	Cronograma.....	Pág. 39

CAPITULO V

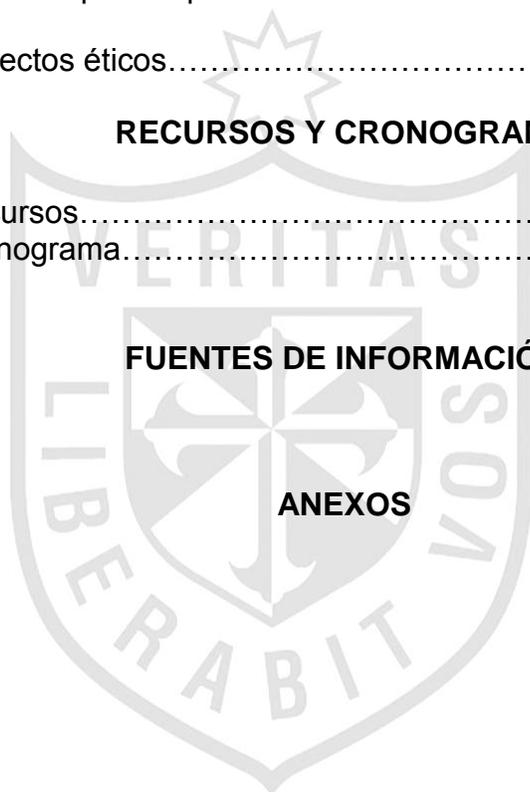
FUENTES DE INFORMACIÓN

Pág. 40

CAPITULO VI

ANEXOS

Pág. 43



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La pérdida de un embarazo genera un trastorno emocional importante en la paciente y su pareja, al que se agrega incertidumbre por el desconocimiento de la causa y la cada vez más probable recurrencia del episodio, existe la terrible disyuntiva que enfrentan muchas mujeres quienes por numerosas y complejas razones, no pueden planificar sus embarazos y partos con eficiencia que quisieran. (2, 12)

Globalmente, las tasas informadas de aborto espontáneo en embarazos reconocidos son del 15 al 20 %. Alrededor del 80 % de los abortos espontáneos se produce antes de las 12 semanas de gestación. La edad gestacional promedio en el aborto espontáneo de un embarazo reconocido es de 9 semanas. Sin embargo, corresponde considerar la gran cantidad de pérdidas antes de la detección del embarazo. Desde una perspectiva biológica, la pérdida temprana del embarazo es una evolución frecuente en la reproducción humana.¹²

Según Schwarcz, el aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de amenorrea o con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gr.⁹

Las causas generadoras de aborto pueden ser, ovulares propiamente dichas, maternas orgánicas, funcionales, inmunológicas, psicológicas, de origen tóxico, traumatismos físicos de todo orden directo o indirecto, abuso de drogas lícitas e ilícitas.⁸

La salud de la mujer gestante puede ser afectada por diversas razones, y puede ser el embarazo, en sí mismo impidiendo un tratamiento oportuno o agravando una enfermedad preexistente.⁷

En la actualidad, de 14 a 22 % de las mujeres embarazadas experimenta un sangrado genital antes de la semana 18 de la gestación. En 73 a 90 % de estos casos, tal signo corresponde a amenaza de aborto y en cerca de la mitad, hay pérdida de la gestación por aborto. La mayor parte de esas pérdidas 80 % ocurre durante el primer trimestre de la gestación.⁷

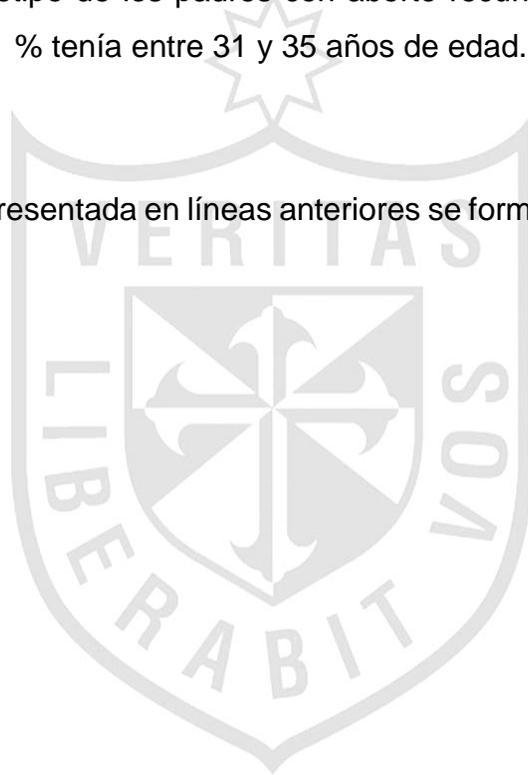
Estudios realizados por MINSA, nos informa que en el Perú - Mujeres con diagnóstico de embarazo terminado en aborto por condiciones de egreso para el año 2011 fue de un total de 40,819, para el año 2012 con 42,662 y para el año 2013 fueron 43,738. Así mismo MINSA nos informa que en el Perú – Mujeres con diagnóstico de embarazo terminado en aborto por etapas de vida de Enero – Setiembre 2014 fue de 15,478 en las edades de 18 – 29 años. Teniendo a Lima ciudad con un total de 2,174 casos. Arequipa con 978, Lima Este 947, Junín 945, La Libertad 905 y Cusco con 892.

El aborto, representa en nuestro medio una de las primeras causas de morbilidad materna. (15, 6,19).

Peralta Ordoñez, Mercedes; en su investigación realizada en el Hospital Regional de Cusco 2012. La tasa de incidencia de aborto en la población joven es alta 316,4 por 1000 gestantes. De 15 a 19 años con 43 % y de 20 a 24 años 41 %, La incidencia de aborto según estado civil, solteras con un 48 %, convivientes con un 36 %, casadas con un 16 %. Según ocupación, estudiantes con un 44 %, amas de casa 24 %, comerciantes 21 % y otros 11 %. El grado de escolaridad en hospitalizadas por aborto fue, secundaria con un 69.63 %, primaria con un 14.81 %, superior 14.57 % y analfabetas con 0.99 %, La población joven hospitalizada por aborto, fue de procedencia urbana con un 68 %, urbano marginal con un 26 % y rural con un 6 %. Los traumatismos como causa de aborto representa el 54 %, no refieren 31 % y el 15 % entre otros.⁵

Pacheco Romero, José; en su investigación realizada en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009. La probabilidad de aborto aumenta con la edad de la mujer. Así, en las mujeres mayores de 40 años, la prevalencia de anomalías uterinas congénitas es 6,7 % a 7,3 % en mujeres infértiles y 16,7 % en el aborto recurrente. El Síndrome de ovario poliquístico afecta de 5 a 10 % de las mujeres en edad reproductiva. La endometriosis afecta de 10 a 15 % de las mujeres y 30 a 40 % de las mujeres infértiles. La edad media de las mujeres que la padecen es 30 años, ocurre más en la nulípara y tiene un factor hereditario. Desde el punto genético, se encontró anomalía en el cariotipo de los padres con aborto recurrente en 5,4 %, la mayor parte de las mujeres 41 % tenía entre 31 y 35 años de edad.¹⁸

Dada la problemática presentada en líneas anteriores se formula la siguiente pregunta.



1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características de las mujeres que tuvieron aborto, atendidas en el Hospital San José Callao, en el año 2013?

1.3 Objetivos de Investigación

Objetivo General

Determinar las características de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital San José Callao, en el año 2013.

Objetivos Específicos:

1. Determinar el grupo etario de las mujeres que tuvieron aborto.
2. Determinar el lugar de procedencia de las mujeres que tuvieron aborto.
3. Determinar el nivel de instrucción de las mujeres que tuvieron aborto.
4. Determinar el estado marital de las mujeres que tuvieron aborto.
5. Determinar la paridad de las mujeres que tuvieron aborto.
6. Determinar según uso de anticonceptivos de las mujeres que tuvieron aborto.
7. Determinar el tipo de aborto que presentó la mujer.

1.4 Justificación de la investigación

La presente investigación se justifica sobre la base de los siguientes aspectos:

Esta investigación es de vital importancia para las profesionales obstetras. La cuestión del aborto es uno de los temas más controvertidos en el actual debate sobre los derechos humanos y las políticas públicas en salud.²

Entre 15 y 20 % de las gestaciones diagnosticadas, clínicamente terminan en aborto sin que en la mayoría de los casos pueda determinarse la causa.³

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales de entre 13 y 44 años de edad, (entre el 20 y 22 % de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año).

En América Latina y en el Caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52 % no son planeados y 21 % de ellos terminan en aborto.¹

Sánchez Cjuno, en su investigación realizada en el hospital Gustavo Lanatta Luján - Huacho en el servicio de Ginecología durante (Agosto – Diciembre 2012) – La frecuencia de aborto espontaneo fue del 20,9 %. El único factor sociodemográfico que constituye un factor de riesgo de aborto es edad mayor o igual de 35 años. Los antecedentes Gineco-obstétricos que constituyen factores de riesgo de aborto son: dos o más embarazos previos, abortos, legrados, partos prematuros. Los hábitos maternos que constituyen factores de riesgo de aborto son: consumo de cafeína >150mg/semana, Intoxicación alcohólica, tabaquismo, no tomar suplementos nutricionales durante el embarazo y el sobrepeso- obesidad. Las complicaciones del embarazo que constituyen factores de riesgo de aborto son: Gineco-obstétrico: amenaza de aborto y patología de ovario, Médicas: infecciones urinarias, fiebre materna, infecciones respiratorias, diabetes mellitus y estrés.¹³

El aborto espontáneo se asocia con varios factores de riesgo importantes. El riesgo aumenta a medida que avanza la edad materna, particularmente en mujeres mayores de 35 años.

En un estudio publicado por Nybo Anderson y Cols, las tasas de aborto aumentaron a mayor edad materna. Las mujeres de 20 a 30 años tuvieron una tasa de aborto de 17 %, las mujeres de 35 años 20 % y las mujeres de 40 años y 45 años tuvieron una tasa de aborto del 80 %.

Los antecedentes de salud materna y ciertos diagnósticos pueden derivar en un mayor riesgo de aborto espontáneo. Las mujeres con diabetes mal controlada tienen niveles más altos de pérdida de embarazos, así como de anomalías congénitas.¹²

En el Perú, diariamente más de mil mujeres abortan, 94 son atendidas por abortos incompletos y dos mueren por complicaciones, muchos de los abortos clandestinos se realizan en "situaciones inseguras e insalubres y se pone en peligro la vida de las mujeres, principalmente, las mujeres de más bajos recursos". Aseguró la ONG Manuela Ramos en el Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer.¹⁰

En el país se practican cada año 371.000 abortos clandestinos, de los cuales 7.000 se realizan por razones de salud. Más de 2,000 mujeres que quedan embarazadas diariamente en el Perú, 813 llevan embarazos no deseados, y casi el 90 por ciento de los embarazos de mujeres entre los 12 y 14 años son producto de violación sexual, según datos oficiales citados por la organización no gubernamental Manuela Ramos.¹⁰

Estudios realizados por MINSA, en el año 2011 las mujeres con diagnóstico de embarazo terminado en aborto por condiciones de egreso se presentaron en Lima Ciudad con 6,022 casos. Lima Este con un total de 3,299 casos. Con respecto en provincias las tasa más altas de aborto fueron las siguientes: Cusco con un total de 2,664 casos, Arequipa con un total de 2,564 casos, Loreto con un total de 2,189 casos, Junín con un total de 2,111 casos, Ica con un total de 1,806 casos, Ancash con un total de 1,655 casos, La Libertad con un total de 1,527 casos.¹⁵

Para el año 2012 MINSA nos informa que las tasas se han incrementado, presentando para Lima Ciudad 6,273 casos. Lima Este con un total de 3,943 casos. Respecto en provincias las tasa más altas de aborto fueron las siguientes: Arequipa con un total de 2,721 casos, Cusco con un total de 2,661 casos, Junín con un total de 2,134 casos, Ica con un total de 1,934 casos, Ancash con un total de 1,909 casos, Lima con un total de 1,861 casos, La Libertad con un total de 1,687 casos, Loreto con un total de 1,551 casos.¹⁵

En el año 2013 MINSA nos informa que las cifras se han ido incrementando en comparación con el año 2011 y el año 2012, presentando para para Lima Ciudad 5,819 casos. Lima Este con un total de 3,813 casos. Respecto en provincias las tasas más altas de aborto fueron las siguientes Cusco con un total de 2,707 casos, Arequipa con un total de 2,673 casos, Junín con un total de 2,184 casos, Ica con un total de 1,934 casos, Ancash con un total de 1,909 casos.¹⁵

El aborto como problema médico – social de gran trascendencia en nuestro medio, muestra una incidencia cada vez más creciente y de difícil precisión estadística por sus características. Así mismo, los servicios de salud que tienen que afrontar la atención del aborto, con el consiguiente gasto y una mayor utilización de recursos humanos, materiales y de servicios. Hacen imperativo conocer la magnitud del problema del aborto en el Perú. ^(4,11)

Por ello consideramos importante y trascendente la realización de la presente investigación.

Se justifica también porque a través de la investigación voy a obtener el título de Licenciada en Obstetricia.

1.5 Limitaciones del estudio

- Se cuenta con tiempo breve para realizar la siguiente investigación.
- El estudio comprende el año 2013 por lo que podría prolongarse la duración de esta investigación al tiempo establecido.
- Extravío de historias clínicas.
- Registro incompleto de información en las historias clínicas.

1.6 Viabilidad del estudio

- Se cuenta con el Convenio Marco de la Facultad de Obstetricia y Enfermería – USMP con el Hospital San José - Callao.
- El aborto constituye un problema de salud pública, por lo que se cuenta con bibliografía suficiente para la realización de esta investigación.
- Interés de las profesionales obstetras para que se realice este estudio.
- Se cuenta con recursos humanos y económicos para la realización de esta investigación.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Peralta Ordoñez, Mercedes Ytala; en su investigación titulada: “Incidencia de aborto en la población joven internada en el Hospital Regional de Cusco 2011” – Perú 2012.

Concluyeron:

La tasa de incidencia de aborto en la población joven de 15 a 25 años hospitalizada, es alta 316,4 por 1000 gestantes. Las edades más frecuentes de la población hospitalizada por aborto son de 15 a 19 años y de 20 a 24 años correspondiendo a un 43 y 41 % respectivamente; y en la edad menor de 15 y 25 años con 8 % en ambos casos. La incidencia de aborto según estado civil, en primer lugar son las solteras, con un 48 %, seguida de las convivientes con un 36 % y finalmente las casadas con un 16 %. La incidencia de abortos según la ocupación, las estudiantes con un 44 %, seguida de las amas de casa con un 24 % y comerciantes 21 % y otros con un 11 %. El grado de escolaridad en hospitalizadas por aborto, ocupa un primer lugar las de secundaria con un 69.63 %, seguida de primaria con un 14.81 % y superior con 14.57 % y en analfabetas con un 0.99 %, La población joven hospitalizada por aborto, es de procedencia urbana con un 68 %, seguida de urbano marginal con un 26 % y finalmente rural con un 6 %. La mayor incidencia de abortos de acuerdo a la edad de inicio de las relaciones sexuales, comprende al grupo etario de 15 a 19 años, con un 9 %, seguida del grupo etario de 20 a 24 años con un 27 %, los demás grupos menores de 15 y 25 años muestran menores porcentajes con un 14 %. Un 85 % no usa anticonceptivos. El mayor porcentaje de abortos de cero a seis semanas se da en un 46 %; de siete a doce semanas se da en un 42 % y de trece semanas de gestación en un 12%. Las causas del aborto en la población joven hospitalizada son los traumatismos como causa de aborto representa el 54 % no refieren 31 % y el 15 % entre otros.

Conclusión General:

La incidencia del aborto es alta, cuya tendencia mayor es el aborto incompleto a la edad menor de 20 años, siendo la mayor incidencia en solteras de instrucción media y superior de la zona urbana.

Pacheco Romero, José; y colaboradores; en su investigación titulada: “Enfoque actual del aborto recurrente en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” – Lima Perú 2009.

Concluyeron:

La probabilidad de aborto aumenta con la edad de la mujer. Así, en las mujeres mayores de 40 años, la prevalencia de anomalías uterinas congénitas fue de 6,7 % a 7,3 % en mujeres infértiles y 16,7 % en el aborto recurrente.

El Síndrome de ovario poliquístico afecta de 5 a 10 % de las mujeres en edad reproductiva.

La endometriosis afecta de 10 a 15 % de las mujeres y 30 a 40 % de las mujeres infértiles. La edad media de las mujeres que la padecen es 30 años, ocurre más en la nulípara y tiene un factor hereditario.

Entre los microorganismos asociados al aborto recurrente, se incluyen las bacterias. Hubo factor uterino en 6 %, hormonal en 12 %, infeccioso en 11 %, endometriosis en 11% y no se pudo establecer la causa del aborto en 36 pacientes, 32 %. Desde el punto genético, se encontró anomalía en el cariotipo de los padres con aborto recurrente en 5,4 % (6 casos). La mayor parte de las mujeres 41 % tenía entre 31 y 35 años de edad. El cariotipo del producto fue anormal en todos los casos que se pudo estudiar. Con relación al estudio inmunológico, para el estudio autoinmune 89 % de la población de estudio no los presentó.

Conclusión General:

12 a 15 % de abortos recurrentes son embrionarios y 30 a 50 % preclínicos; su incidencia se estima en 1 a 2 % en parejas fértiles. En el caso del aborto habitual, se estima que han existido por lo menos tres abortos confirmados.

Pérez, Flor Dina; en su investigación titulada: “Complicaciones del aborto en adolescentes Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Enero – Diciembre 2007 – 2008)” Lima Perú 2009.

Concluyeron:

El universo fue de 2,554 adolescentes atendidas, con un total de 325 casos con diagnóstico de aborto.

El porcentaje del aborto en adolescentes fue 325 casos que representa el 12.72 %, la edad gestacional que se presentó el aborto fue menor de 12 semanas, en 16,0 % adolescentes.

Las complicaciones del aborto fueron el aborto incompleto 90.8 %, seguida el aborto séptico 8.6 %, shock hipovolémico 0.6 %.

Conclusión General:

Los adolescentes recurren al aborto por desconocimiento de su cuerpo, falta de educación sexual afectiva, mal uso de métodos anticonceptivos, sexo no seguro, sentimiento de invulnerabilidad – Esto no va a pasar.

Pluas Cercado, María Beatriz; en su investigación titulada: “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez – Miguel Hilario Alcivar (Setiembre 2012 – Febrero 2013)” – Ecuador 2013.

Concluyeron:

Se concluye de un total de 44 pacientes que presentó aborto incompleto 39.3 %; según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1 %; de Unión libre con 59.1 %, proceden de áreas rurales 38.6 %; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje en el nivel primaria completa con 45.5 %; conviven con sus parejas con 63.6 %, son amas de casa con 72.7 %; 77.3 % fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto demuestran que el mayor porcentaje fue de 13- 16 semanas de gestación con 38.6 %, los porcentajes estuvieron iguales en la presentación del aborto, el 50 % para inducido y el otro 50 % para el espontaneo. Según el cumplimiento de protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido; el 77.28 % si aplicó las normas correctamente, mientras que el 22.72 % no lo hizo.

Conclusión General:

La incidencia del aborto es alta, cuya tendencia mayor nos demuestran que el mayor porcentaje fue para el embarazo no planificado. Según la semana gestacional en que se produjo el aborto demuestran que el mayor porcentaje fue de 13 – 16 semanas de gestación con 38.6 %.

Buenaño Zambrano, Nancy Paola; en su investigación titulada: “Prevalencia de abortos en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial docente de Riobamba (Enero – Diciembre 2009)”-Ecuador.

Concluyeron:

De los resultados encontramos que el 57,20 % son casadas; el 75 % nivel socio económico bajo; el 49,90 % con instrucción primaria y el 34,66 % entre las edades

comprendidas de 19 - 23 años; el 11,48 % en factores de riesgo en general, en la variable según edad gestacional por fecha de última menstruación encontramos un 56,37 % de 1 a 10 semanas; aborto incompleto con el 66,60 %, y obteniéndose que las complicaciones representan el 57,41 % del total de la muestra.

Conclusión General:

Existe mayor prevalencia en el grupo etario de 19 – 23 años con 166 casos; le continúan de 29 – 33 años (108 pacientes), de 24 – 28 años (80 pacientes); de 14 – 18 años (65 casos) y \geq 34 años con 62 pacientes diagnosticadas de aborto.

Bravo Guerrero, Rosalba; y colaboradores; en su investigación titulada: “Incidencia de abortos en mujeres en edad fértil en el Hospital IESS Manta (Mayo 2012 – Febrero 2013)” – Ecuador 2013.

Concluyeron:

De los resultados encontramos que el 75,33 % corresponden a las mujeres que abortaron y el 24,66 % a las mujeres que no abortaron.

Se presentó mayor número de aborto en el mes de setiembre con 17 %, julio con 14 % y octubre con el 13 %. De las 113 mujeres atendidas por aborto se presentó 47,79 % abortos incompletos, los abortos espontáneos con el 32,74 % y los diferidos el 19,47 %.

De la muestra estudiada 61 % fueron nuligestas, 39 % multigestas. La frecuencia de abortos fue más alta en mujeres de 28 – 33 años.

Conclusión General:

El aborto en el ámbito hospitalario tiene una incidencia elevada en mujeres de 28 a 33 años de edad. Nuligestas y que presentaron abortos incompletos que corresponden al 47,79 %, los abortos se presentaron en edades entre los 19 a 34 años con un 69 % siendo el tipo de aborto más frecuente el incompleto con el 70 %.

Brito Matamoros, María Fernanda; y colaboradores; en su investigación titulada: *“Incidencia y factores epidemiológicos del aborto en el Hospital “Maternidad Mariana de Jesús” (Octubre 2009 – Marzo 2010)” – Ecuador 2010.*

Concluyeron:

De los resultados encontramos que la incidencia de abortos fue 11 %, el aborto espontáneo constituyó 69.8 %, y del tipo clínico 77 % fueron abortos incompletos; la edad media fue de 26,38 años; un 54,2 % tuvo instrucción secundaria, el 46,3 % reside en zonas urbano marginales; el 58,4 % tenía Unión libre; la ocupación más común son los quehaceres domésticos 73,7 %. Según los antecedentes Gineco- obstétricos 22,1 % tuvo un aborto previo; 40,9 % usaba métodos anticonceptivos (AO). El inicio de relaciones sexuales tuvo una media de 16,8 años.

Conclusión General:

La incidencia de abortos en el Hospital Maternidad “Mariana de Jesús” es alta y el perfil de la mujer con alto riesgo a abortar es: edad media de 26 años, con grado de instrucción secundaria, procedente de regiones urbanos-marginales, de bajo nivel económico, en unión consensual con una pareja, que inició temprano su actividad sexual sin antecedentes de uso previo de métodos anticonceptivos.

Guerrero Andrade, Miguel Ángel; en su investigación titulada: *“Prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel (Mayo – Octubre 2012)” – Ecuador 2013.*

Concluyeron:

La muestra de 109 pacientes con edades de 12 a 27 años de las cuales 83 pacientes presentaron aborto incompleto siendo el 75 %, el 15 % fue aborto diferido, el 5 % de

abortos en curso y el 5 % provocados. El 43 % de las pacientes fluctúan entre 20 a 23 años, seguidas de 24 a 27 años con un porcentaje de 41 %, de 16 a 19 años, 15 % y 12 a 15 años un porcentaje de 1 %, el nivel de instrucción fue la secundaria con un 75 % seguida de la primaria con un 14 %, la actividad laboral predominante fue amas de casa con el 76 %, seguido de estudiantes con el 18 % y otros oficios con el 6 %.

Mujeres en unión libre con un 60 %, el 29 % las pacientes solteras y por último el 11 % las casadas, el aborto incompleto tuvo mayor porcentaje las multigestas con un 63 %, seguido de las primigestas en un 34 %, y el 3 % segundigestas por fallas de métodos anticonceptivos. El tiempo de duración del embarazo de 6 a 10 semanas con un porcentaje del 75 % fue el mayor, el 10 % de 11 a 15 semanas, seguido con el 8 % de 1 a 5 semanas, el 5 % las pacientes lo desconoce y finalmente el 2 % es de 16 a 20 semanas.

Conclusión General:

La incidencia de abortos es alta, predominando el aborto incompleto, en los factores bio - sociales en las edades de 20 a 23 años prevalecen en un porcentaje de 43 %, con este resultado podemos considerar que las pacientes no están bien orientadas en cuanto a planificación familiar.

Macas Macas, Juri Mariuxi; en su investigación titulada: “Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Porcel (Setiembre 2012 – Febrero 2013)” – Ecuador 2013.

Concluyeron:

Los resultados muestran que el 98,53 % en relación con el misoprostol no se auto-medicaron, la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33 %, el 87,18 % procedían de zonas urbanas, el 22,34 % tenían dos gestaciones, el 49,08 % son nulíparas, el 54,94 % sin abortos previos, el

63,00 % sin cesáreas previas, mientras un 79,85 % fueron abortos incompletos espontáneos como causa desencadenante.

Pacientes con dos gestaciones 22,34 %, 49,08 % se encontró que son nulíparas, la mayoría de pacientes no tenían antecedentes de aborto previos, el 19,41 % tuvo 1 cesárea anterior, 13,18 % tuvo 2 cesáreas anteriores, 3,66 % tuvo 3 cesáreas anteriores, y el 0,73 % tuvo 4 cesáreas anteriores, el aborto incompleto con el 79,85 %, traumatismos con 5,59 % esfuerzo físico excesivo 2,56 % y 7,69 % por antecedentes patológicos personales.

Conclusión General:

La automedicación con misoprostol no constituyó en el factor mayormente asociado al aborto incompleto porque representó el 1,46 % de los casos. Los grupos de edad que presentaron mayor número de casos fueron los comprendidos entre los 21-26 años. El 87,18 % procedían del área urbana.

Hijona Elósegui, Jesús; en su investigación titulada: "Factores asociados al aborto espontáneo – Hospital Real" Granada – España 2009.

Concluyeron:

La edad media de las pacientes abortadoras fue de 31, 34 años. El 85,6 % estaban casadas, y el 99,2 % tenían pareja estable. 25,8 % contaban con estudios superiores, el 45 % tenían un nivel primario. 31,1 % eran amas de casa, seguida por la administrativa y dependiente 8,4 % y 6,4 % del total. El 95,5 % no mantuvo contacto con tóxicos y radiaciones. El 31,8 % presentaban sobrepeso y algo más de 9 % eran obesas, no encontrándose casos de bajo peso. El 63,6 % de los embarazos que acabaron en aborto espontáneo fueron planificados. El 68,2 % no tomaban ninguno de los suplementos recomendados. El 72 % utilizaron método anticonceptivo en el año previo a la concepción. 63,6 % tuvo un fallo en la anticoncepción utilizada, 27,3 % el coitus interruptus y el preservativo femenino 9,1 %. 74,2 % recibieron atención médica por sangrado durante su gestación, 7,6 % por infecciones. El 70 %

de los casos fueron aborto retenido. La mayoría de los casos fueron abortos precoces concentrándose entre las 8 y las 10 semanas de gestación. El 81,06 % de las abortadoras consumió algún fármaco durante el embarazo, el 33,3 % de las abortadoras se declararon fumadoras habituales. El 39,4 % consumían habitualmente café, 6,1 % consumían té habitualmente, el 25 % se declararon consumidoras de alcohol.

Conclusión General:

La exposición a dosis excesivas de tabaco y café constituyen trastornos muy prevalentes entre las pacientes de la muestra estudiada que sufren aborto.

Siendo el sobrepeso y la obesidad factores que constituyen trastornos muy prevalentes entre las pacientes de la muestra estudiada que sufren aborto.



2.2 Bases teóricas

El Aborto es la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gr.¹⁶

2.2.1 Clasificación Clínica:

- **Aborto precoz:** Es el que ocurre antes de las 12 semanas. En este grupo se puede incluir al aborto bioquímico, preimplantacional o preclínico, que es aquel que acontece desde antes de que el blastocisto se implante, hasta la primera manifestación clínica o la identificación ecográfica del saco ovular (cuatro o cinco semanas de gestación). En muchas ocasiones estos abortos ocurren antes de la llegada del periodo menstrual, por lo que el diagnóstico solo se puede realizar por la positividad en la determinación de la b-hCG.
- **Aborto tardío:** Es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación.

2.2.2 Epidemiología

El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10 – 20 % de los embarazos. La mayoría de los abortos son preclínicos 60 % y por lo general el 85 % acontecen antes de la duodécima semana de embarazo. Si una gestación llega a la séptima semana con una ecografía normal, la probabilidad de aborto espontáneo es muy baja, inferior al 5 % de todos los abortos.

El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad materna: 11.1 % entre 20 – 24 años, 11.9 % de 25 – 29 años, 15 % de 30 – 34 años, 24.6 % de 35 - 39 años, 51 % de 40 – 44 años y del 93.4 % a partir de los 45 años.

Las mujeres que ya han tenido un aborto tienen más posibilidad de abortar en un segundo intento 16 % y las que han tenido dos abortos tienen mayores probabilidades de tener un tercero 25 %. A pesar de todo, una paciente que haya

tenido tres abortos, aún tiene una posibilidad del 55 % de tener un cuarto embarazo con éxito.¹⁷

Se divide a este cuadro en dos grandes grupos:

- **Aborto espontáneo**

La sintomatología más frecuente en un aborto espontáneo es el sangrado vaginal y el dolor hipogástrico en el contexto de una historia de amenorrea. La terminología, no obstante, no ha sido estandarizada por lo que hay mucha variación en los términos usados.

- **Aborto provocado** – Aquello en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo.⁸

2.2.3 Sintomatología y Formas Clínicas

Evolución – La amenaza de aborto puede pasar, la sintomatología desaparece y el embarazo seguir su curso normal.

Otras veces el feto muere y queda retenidos días o meses, durante los cuales sufre transformaciones.

Una tercera eventualidad es que el aborto prosiga su evolución hacia un aborto inevitable. Si el aborto es ovular o embrionario, el huevo es expulsado generalmente en un tiempo y en su totalidad. Si el aborto es fetal, se hace en dos tiempos: Primero se expulsa el feto y luego los anexos; pero estos pueden quedar retenidos, dando origen al aborto incompleto.⁸

Complicaciones: Consisten en la retención de los anexos ovulares o de alguna parte de ellos, la hemorragia y las infecciones, la más grave de las cuales da lugar al síndrome icteroazoémico de Mondor.⁸

Pronóstico: Se calcula que el 10 % de los embarazos terminan en aborto. En el 50% de éstos las causas son genéticas (hay imperfecciones en el “huevo abortivo”), mientras que en el resto puede imputarse a las otras etiologías y en gran parte es desconocido.⁸

Diagnóstico diferencial: Cuando el aborto ya es un cuadro inevitable o en curso, es decir, cuando se presenta con todos los caracteres de tal, con el agregado de dolor expulsivo y hemorragia, acompañada o no de emisión evidente ovular, y un cuello dilatado que torna visible palpable el huevo o parte de él, en vías de eliminación, el diagnóstico no ofrece dudas.

Es, en cambio, en su etapa previa o incipiente de amenaza, durante el primer par de meses (atraso menstrual, útero discretamente aumentado de volumen, cuello cerrado y hemorragia con dolores pelvianos y sacrolumbares o sin ellos), cuando su diagnóstico pueda plantear dudas ante el recuerdo de otros cuadros obstétricos o ginecológicos de sintomatología similar, y que deben ser descartados por comparación.⁸

El diagnóstico diferencial con los otros dos grandes síndromes hemorrágicos del comienzo de la gestación (el embarazo extrauterino y la mola hidatiforme).

Este cuadro, a veces, debe ser distinguido de una de las formas clínicas de la enfermedad de Brennecke-Schroeder o metropatía hemorrágica, la llamada forma de pseudoaborto (ciclo monofásico prolongado), precisamente por adoptar una sintomatología parecida a la de la amenaza de interrupción de la gestación.⁸

La mencionada metropatía hemorrágica de tipo pseudoaborto es a veces difícil de diferenciar de un aborto incipiente, pero los antecedentes metropáticos disfuncionales precedentes o una esterilidad anterior por ciclos anovulatorios orientan hacia un diagnóstico cuya certeza absoluta solo se obtiene por los característicos resultados anatomopatológicos de un curetaje uterino en cada uno de los dos casos.

Deben descartarse, además, afecciones de carácter hemorrágico de otro orden (várices, cervicitis, pólipos, neoplasia de cuello, etc.).⁸

➤ **Formas Clínicas**

- ✓ **Amenaza de aborto** - Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza en una mujer, genitales con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con caracteres gestacionales y de tamaño acordes con los correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.

La imagen ecográfica puede ser similar a la de un embarazo normal (embrión con actividad cardíaca y movimientos activos, visualización del saco vitelino).

El signo de buen pronóstico cuando, junto con las características mencionadas, se observa corión velloso que llega al cérvix, ya que esta circunstancia, generalmente de buena evolución, por sí misma explicaría la pérdida sanguínea. Por el contrario, sugiere un pronóstico reservado la ausencia de movimientos activos fetales (aun con actividad cardíaca conservada), un hematoma retroplacentario de tamaño mayor que un tercio de la placenta y el desprendimiento parcial del huevo, en el que se aprecia la existencia de pequeñas zonas de diferente ecogenicidad. Al comienzo ecorrefringentes y posteriormente eonegativas (hematomas) retrocoriales que separan zonas del trofoblasto o aun de la placenta a nivel de la placa basal.⁸

- ✓ **Aborto Inminente** – No es más que una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente (dolores más intensos y sostenidos,

hemorragia más abundante, con coágulos). Se lo define como aborto inevitable cuando comienza a producirse la dilatación del cuello uterino.

- ✓ **Aborto diferido** – Recibe este nombre un cuadro en el que, muerto el huevo in útero, por diversas razones no es expulsado al exterior. A esta forma clínica se la designa también con el nombre de aborto retenido o huevo muerto y retenido, queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar al verdadero “cuerpo extraño” que es el huevo muerto en su interior.⁸

Si la muerte es muy reciente, se observa una imagen ecográfica similar a la de un embarazo normal pero sin actividad cardíaca ni movimientos activos. Si la muerte es de más de 24 horas, se comienza a observar alteraciones estructurales del embrión y del saco gestacional (lisis embrionaria, deformidad y achatamiento del saco gestacional, etc.).

La diferencia entre un huevo muerto retenido con lisis embrionaria y un huevo de menos de 7 semanas, en que aún no es posible la visualización ecográfica del embrión con la técnica tras abdominal, se establecerá con la repetición del examen (la ecografía realizada por vía transvaginal puede anticipar una semana la visualización embrionaria). En caso de huevo muerto habrá regresión de la estructura. En el huevo anembrionado se apreciara un aumento inusitado solo del saco ovular.⁸

- ✓ **Aborto en curso** – Al cuadro anterior se agrega la pérdida de líquido amniótico, no siempre visible con facilidad, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con emisión sanguínea genital, y la aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior, que muchas veces no lo es en forma directa puesto que suele quedar retenido en la vagina o parte de él en la misma y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. De lo dicho se deducen las dos modalidades que

adoptan en general el aborto a esta altura de su evolución, y que constituyen otras formas clínicas que han de tenerse en cuenta.⁸

- ✓ **Aborto incompleto** – Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.
- ✓ **Aborto completo** – En este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero. Luego de una acmé dolorosa y hemorrágica, todo entra en regresión: Desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a presentar su forma normal.⁸
- ✓ **Aborto infectado** – Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital.

También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evacuación del útero.

Se producen así endocervitis, endometritis y miometritis agudas, que a su vez pueden originar por vía hematógena cuadros sépticos generales y por vía linfática parametritis agudas bilaterales, que pueden llegar hasta la supuración y el compromiso del peritoneo pelviano en el cuadro reactivo agudo (pelvi peritonitis posaborto supurada o no, que puede dar origen a un absceso del fondo del saco de Douglas). Menos frecuentemente, las endometriitis

pueden extenderse por vía canicular y generar una salpingitis aguda o un piosálpinx.

En estos casos, al cuadro descrito en los puntos anteriores se agrega la reagudización del dolor, que toma ahora forma más sorda y permanente: Fiebre generalmente en picos e intoxicación general (palidez, taquicardia, escalofríos). Puede haber a veces, edemas, hemorragia genital o flujo purulento fétido. El útero se palpa algo agrandado, blanduzco y doloroso a la compresión.

En la parametritis aguda hay, asimismo, empastamiento doloroso de uno o de ambos ligamentos anchos, lo que hace que la movilización lateral del útero, llevada a cabo por tacto vaginal, provoque intenso dolor parametrial (en ambas fosas iliacas). La exageración del cuadro doloroso parauterino, con empastamiento fluctuante de un lado y desplazamiento del útero hacia el opuesto, mayor repercusión tóxica general y mantenimiento del cuadro, febril, es característica del flemón del ligamento ancho posaborto; cuando la infección llega peritoneo pelviano, aparecen todos los signos y síntomas locales del peritonismo.⁸

Aborto habitual – Se define así al cuadro caracterizado por tres o más abortos espontáneos sucesivos. La posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior sería, para algunos autores, de alrededor del 80 %; después de dos abortos, 70 %, y luego del tercer aborto, 50 %.⁸

2.2.4 Etiología: Las causas generadoras de aborto pueden resumirse en:

- 1) **Causas ovulares propiamente dichas** - Aunque los progenitores sean aparentemente normales, en más de la mitad de los casos de abortos tempranos estos se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos.⁸ Se cree que por lo menos el 10 % de las concepciones humanas tienen anomalías cromosómicas.⁸

- 2) **Causas maternas orgánicas** - Entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Se subdividen en enfermedades generales, como lúes o tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedades de Chagas, y enfermedades locales, como habitualmente lo son las organopatías pélvicas de todo orden – Genitales o extra genitales – que pueden provocar el aborto; por ejemplo, infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del huevo, alteraciones propias del útero (malformaciones, sinequias pos raspado), incompetencia del orificio del cuello, etc.⁸

- 3) **Causas funcionales** - Constituyen el 10 al 15 % de los abortos espontáneos. Forman este grupo aquellas enfermedades en las que, por lo menos en un principio, solo hay alteraciones de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación. La constituyen los grandes trastornos metabólicos (diabetes) y fundamentalmente las endocrinopatías, ya sean extragonadales, como los distiroidismos-patias, ya sean extragonadales, como los distiroidismos, o puramente gonadales – alteraciones funcionales del ovario, del trofoblasto o de la placenta – que producen el aborto endocrino corial. Esto último estará en duda, observando la falta de efectividad clínica de la administración de progesterona para la prevención y el tratamiento del aborto. Probablemente los niveles bajos de esta hormona sean la consecuencia y no la causa.⁸

- 4) **Causas inmunológicas** - Los mecanismos inmunológicos asociados al aborto son de tipo autoinmune (Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares débilmente positivos) y aloinmunes (incompatibilidad ABO), trombofilias.
- 5) **Causas psicológicas** - Se incluye en este grupo a todas aquellas pacientes infértiles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que los traumas emocionales conscientes o subconscientes se asociarían con el aborto.
- 6) **Causas de origen tóxico** - (intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc.) o carencial, es decir, deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales, etc.).⁸
- 7) **Los traumatismos físicos de todo orden** - Directos o indirectos.
- 8) **Abuso de drogas lícitas e ilícitas** - Se ha evaluado el consumo materno de sustancias como un posible factor de riesgo de aborto espontáneo. El tabaquismo también puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo.

Debido a que el tabaquismo no es teratogénico, su efecto sobre las tasas de aborto espontáneo puede ser a través del aborto de embriones normales. Esto puede ser secundario a un efecto vasoconstrictor del tabaquismo. En un estudio se duplicó el riesgo de aborto, mientras que en otros el aumento del riesgo fue leve. Estudios recientes no han confirmado este mayor riesgo. El consumo de alcohol se asocia con aborto espontáneo y con teratogenicidad. Los efectos del alcohol sobre la tasa de aborto parecen ser máximos en aquellas cuyo consumo alcohólico es mayor. Además, el riesgo parece ser más alto en caso de alta ingesta durante las primeras etapas del embarazo.¹²

El consumo de alcohol como teratógeno tiene un efecto dependiente de la dosis y puede provocar retraso mental, microcefalia, hipoplasia de la región facial media, defectos renales y cardíacos.

Se ha evaluado la ingesta de cafeína en muchos estudios sobre abortos espontáneos. Varios estudios han avalado un riesgo más alto de aborto espontáneo en mujeres que bebían más de 500 mg (o el equivalente de 5 tazas) de café por día. Sin embargo, una revisión sistemática reciente de Signorello y McLaughlin indica que no hay suficiente evidencia para avalar una relación causal.¹²

2.2.5 Tratamiento

La mayoría de las veces el sangrado un sangrado vaginal en las primeras etapas del embarazo es motivo suficiente como para preocuparse por la viabilidad del embrión. El sangrado vaginal al comienzo del embarazo es común, y es esencial garantizar la evaluación y el tratamiento apropiados para la salud de la mujer. Además de la anamnesis y el examen físico, la ecografía y la determinación seriada de B – h CG son elementos diagnósticos importantes para diferenciar una amenaza de aborto de un aborto incompleto o completo.¹²

También son importantes para diagnosticar embarazo ectópico, pues un embarazo intrauterino identificado en la ecografía prácticamente descarta su diagnóstico.

El uso creciente de la ecografía transvaginal ha mejorado la validez diagnóstica, sobre todo en las primeras etapas gestacionales. Cuando uno visualiza un embrión, el manejo es simple. Lamentablemente, la mayoría de los embarazos anormales detienen su desarrollo antes de que se visualice un embrión por ecografía.

Existen 2 criterios ecográficos que tienen una especificidad alta: Un saco gestacional con un diámetro medio de por lo menos 25 mm sin embrión y una forma distorsionada del saco.

Pero la sensibilidad de estos criterios parece ser baja.¹²

La actividad cardíaca del feto es más exacta para predecir el aborto espontáneo que los criterios morfológicos. Si un embrión tiene una longitud craneocaudal de más de 5 mm en la ecografía transvaginal (o de más de 10 mm en la ecografía trasabdominal), pero sin actividad cardíaca, el embarazo no es viable. Varios informes concuerdan en que una vez documentada la actividad cardíaca fetal por medio de ecografía durante las primeras 12 semanas de edad gestacional la probabilidad de aborto espontáneo es baja, de alrededor del 2 al 4,5 %. Sin embargo, esto no es válido para mujeres mayores de 35 años ni para aquellas con antecedentes de pérdida recurrente de embarazos. Más aún, la mera presencia o ausencia de actividad cardíaca fetal puede no ser suficiente. Estudios recientes han evaluado la frecuencia cardíaca fetal y su pronóstico para las gestaciones tempranas, y observaron que la tasa de supervivencia es significativamente más baja cuando las frecuencias cardíacas fetales son inferiores a 100 latidos por minuto en el estadio embrionario que cuando son normales.¹²

El enfoque tradicional de la amenaza de aborto, caracterizada por sangrado uterino sin dilatación cervical ni expulsión de tejido y demostración de un feto potencialmente viable, ha sido la conducta expectante. Todavía no es posible predecir de manera fiable la evolución fetal en estas situaciones, y se pueden requerir exámenes seriados para determinar la viabilidad de un embarazo que no es eliminado activamente.

Con frecuencia, es difícil distinguir entre el aborto incompleto (caracterizado por dilatación cervical progresiva sin expulsión de todos los productos de la concepción) y el completo. La descripción del tejido por la mujer puede no ser útil, y no todas las mujeres saben que deben guardar el tejido expulsado para que lo inspeccione el médico. De modo similar, la dilatación del cuello, el tamaño del útero, y la presencia o la ausencia de sangrado pueden no indicar si el aborto es completo o incompleto. De todos modos, la ecografía a menudo aporta información acerca la completitud del aborto.¹²

- Intervención médica o quirúrgica

Existen varias opciones para las mujeres con abortos incompletos en quienes se ha evaluado que el embarazo no es viable. En general las preferencias de la paciente determinan el tratamiento siempre que haya estabilidad hemodinámica y ausencia de infección. Una opción es esperar la expulsión espontánea del embarazo.¹²

Si se opta por la conducta expectante, es preciso informar a la mujer que puede transcurrir varios días o semanas antes de la resolución, y que finalmente puede ser necesaria una intervención médica o quirúrgica. Además, hay que informar a las mujeres con diagnóstico de un embarazo anembrionado que sus tasas de éxito pueden ser más bajas con conducta expectante.

Otra opción consiste en acelerar la expulsión, pero aun así evitar la cirugía, por medio de la administración de misoprostol por vía oral o vaginal.¹²

El tratamiento quirúrgico asegura una mejor evacuación de los contenidos que el tratamiento médico, y el tratamiento médico es mejor que la conducta expectante, en caso de anemia grave, inestabilidad hemodinámica o infección, se debe proceder a la evacuación quirúrgica. De no mediar estos factores, se debe considerar mucho la preferencia de la mujer.¹²

2.2.6 Prevención

Se desconoce en gran medida cómo reducir el riesgo de aborto espontáneo. Un estudio de Mills y Cols. Indicó que las mujeres con diabetes y un excelente control glucémico a comienzos del embarazo tenían la misma tasa de aborto espontáneo que los controles.

La optimización de la salud materna y la evitación de sustancias pueden ser aconsejables en todas las mujeres para prevenir el aborto espontáneo y estimular el bienestar materno. Estudios que evaluaron el uso de soporte de progesterona en las primeras etapas del embarazo para reducir la incidencia de aborto espontáneo no han alcanzado significación estadística.

La cirugía puede beneficiar a algunas mujeres con anomalías uterinas. Si se diagnostica sinequias uterinas, se recomienda la lisis histeroscópica de las adherencias. Las mujeres con anomalías mullerianas que presentan abortos espontáneos a las 13 semanas de edad gestacional o más adelante son candidatas a operaciones reconstructivas.¹²

La resección de miomas uterinos, si se practica sólo debido a infertilidad, puede ser de escasa ayuda; se desconoce el efecto de la miomectomía sobre las tasas de aborto espontáneo.¹²

2.2.7 Anatomía patológica de la placenta abortada

En los abortos espontáneos de mujeres clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, es decir, en aquellos casos en los que la causa presumible del embarazo frustrado al parecer podría localizarse en el mismo huevo abortado, se han encontrado alteraciones anatomopatológicas del tejido placentario de tres tipos bien definidos.⁸

- 1) Atrofia del epitelio de las vellosidades coriales: En la cual se encuentra muy aplanado y es funcionalmente insuficiente desde el punto de vista hormonal, hallazgo común en el llamado aborto endocrino.⁸
- 2) Edema de la estroma vellositaria: En estos casos el epitelio de revestimiento es normal y la placenta endocrinológicamente funcionante, pero el gran edema de la estroma comprime los vasos nutricios de la vellosidad, lo que ocasiona pequeños infartos y focos de necrosis que podrían ser responsables del aborto.⁸

- 3) Alteraciones del cariotipo: En alrededor del 35 % de los abortos espontáneos están presentes alteraciones cromosómicas. Esta incidencia aumenta a más del 50 % cuando edema de las vellosidades coriales.⁸
- 4) Alteraciones mixtas: Con hallazgos concomitantes de ambos tipos de lesiones placentarias.

También se han descrito alteraciones del trofoblasto y de las membranas ovulares, pero no con la definida especialidad de las anomalías placentarias señaladas.⁸



2.3 Definiciones conceptuales

Aborto

Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gr.¹⁶

Según el tiempo de gestación:

Aborto Temprano: Edad Gestacional antes de las 12 semanas.

Aborto Tardío: Edad gestacional de 12 semanas o más.

• Forma de presentación del aborto

- **Espontáneo:** Expulsión espontánea de un embrión o de un feto de menos de 500 g o antes de las 22 semanas de gestación.
- **Inducido:** Interrupción médica o quirúrgica del embarazo.¹²
- **Aborto Terapéutico:** Terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.⁸
- **Amenaza de Aborto:** Presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas más o menos dolorosas en una gestación intrauterina, antes de las 22 semanas y sin presencia de modificaciones cervicales.
- **Aborto en curso:** El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico, orificio cervical interno permeable, membranas íntegras.
- **Aborto Inevitable:** Actividad uterina en actividad con cambios cervicales, presencia de dilatación, borramiento cervical, ruptura de membranas.

- **Aborto Retenido:** El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares. El útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico.¹²
- **Aborto Frustrado:** Retención del embrión o feto después de su muerte durante un período de cuatro semanas.
- **Aborto Incompleto:** Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado.
- **Aborto completo:** Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares.⁸

Aspiración por vacío manual: Evacuación uterina realizada mediante aspiración con una jeringa manual.¹²

Cerclaje: Sutura en jareta, alrededor del cuello uterino para tratar o prevenir la dilatación cervical prematura sin trabajo de parto.

Dilatación y evacuación: Interrupción del embarazo por dilatación cervical amplia y evaluación de partes fetales.

Dilatación y legrado: Dilatación del cuello uterino, seguido de aspiración o legrado cortante para eliminar el contenido intrauterino.¹²

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

El estudio corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal y retrospectiva.

3.2 Población y muestra

a) Población:

La población estará conformada por todas las gestantes atendidas durante el año 2013 en el Hospital San José Callao.

b) Muestra:

La muestra estará conformada por todas las gestantes que terminaron en aborto durante el año 2013.

3.3 Operacionalización de variables

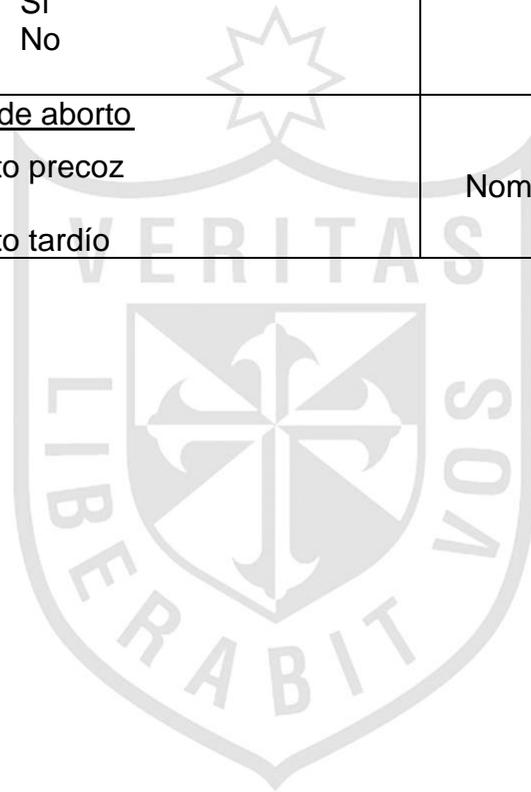
Variables

- Grupo etario
- Lugar de procedencia
- Nivel de instrucción
- Estado marital
- Embarazos previos
- Uso de anticonceptivos
- Tipo de aborto

Cuadro de Operacionalización de variables.

VARIABLE	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Aborto	<u>Grupo etario</u> Adolescencia temprana: 10 – 14 años. Adolescencia: 15 – 19 años Adulto joven: 20 – 24 años Adulto intermedio: 25 a los 54 años	Intervalo	Historia Clínica
	<u>Lugar de procedencia</u> Ventanilla San Miguel Lima Carmen de la Legua R. San Martin de Porres Bellavista La Perla La Punta Otros	Nominal	
	<u>Nivel de instrucción</u> Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Ordinal	
	<u>Estado marital</u> Soltera Casada Conviviente Otros	Nominal	

	<u>Embarazos Previos</u> Primigesta Segundigesta Multigesta	Nominal	Historia Clínica
	<u>Uso de anticonceptivos</u> Abandono definitivo del método anticonceptivo: Sí No Discontinuidad del método anticonceptivo: Sí No	Cualitativa dicotómica	
	<u>Tipo de aborto</u> Aborto precoz Aborto tardío	Nominal	



3.4 Técnicas de recolección de datos.

Se contó con la autorización de las autoridades del Hospital San José Callao (Convenio Marco con la Universidad de San Martín de Porres), se inició con la revisión de los números de las historias clínicas de gestantes que terminaron en aborto durante el período de estudio en el Servicio de archivo de historias clínicas.

La información fue recolectada de lunes a sábado en horario de 08:00 a 17:00 horas durante el mes de Mayo 2015 hasta completar la muestra requerida, del año 2013. La fuente de información fue indirecta, porque se hizo uso de las historias clínicas.

Los datos recopilados fueron vaciados en el instrumento “ficha clínica de datos” elaborado con motivo de la presente investigación, el mismo que fué validado mediante juicio de expertos Gineco-obstetras y Obstetras investigadores.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Las fichas clínicas fueron ordenadas, enumeradas y codificadas, luego ingresadas al programa Excel , estos datos fueron analizados en el programa estadístico Statistical Packeged Social Science (SPSS) versión 20, para la obtención de las tablas correspondientes así mismo se obtuvo una visión panorámica de los resultados.

3.6 Aspectos éticos

Por ser un trabajo de investigación retrospectivo donde hacemos uso de las historias clínicas, en ningún momento se tendrá contacto directo con la gestante, razón por lo cual no será necesario realizar un Consentimiento Informado a la usuaria.

El Proyecto será evaluado por el comité de ética del Hospital san José.

Las fichas serán custodiadas por el investigador y se usará exclusivamente con fines de esta investigación.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 RECURSOS:

Recursos Humanos:

- Investigadora: Bachiller Obst Jackeline Sánchez Tantalean
- Asesora: Dra. Mirtha E. Muñoz Hidrogo
- Asesor estadístico: Dra. Marlene Magallanes Corimanya.

Recursos Institucionales:

- Archivo del Hospital San José Callao

Bibliotecas de:

- Universidad de San Martín de Porres
- MINSA
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Universidad Nacional Federico Villarreal

Recursos Económicos:

La presente investigación será asumida en su integridad por la investigadora.

RECURSOS	S/.
Transporte	500.00
Uso de internet	720.00
Adquisición de textos	90.00
Hojas Bond A4	100.00
Material de escritorio	123.00
Servicio Telefónico	50.00
Impresiones	300.00
Fotocopias	200.00
Otros	60.00
TOTAL	S/. 2,143.00

4.2 Cronograma

CRONOGRAMA – DIAGRAMA DE GANTT 2015

ACTIVIDAD	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Elaboración del proyecto	x xxx	x xxx	xxxx	
Presentación del proyecto				x
Aprobación del proyecto				x
Recolección de información				x
Análisis de los datos				x
Redacción preliminar del Informe Final				x
Presentación de Informe Final				x
Revisión y Evaluación del Informe Final				x
Sustentación del trabajo de investigación				x

CAPÍTULO V

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Datos estadísticos. <http://williamcuros.blogspot.com>. Lima – Perú: William; Setiembre 2011. Aborto. 1. Disponible en: <http://williamcuros.blogspot.com/2011/09/generalidades.html>
2. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima-Perú; Editorial Carmen Palomeque; 2011.
3. Hawker S, Cruz O, Ferrando D, Llera S, Monteiro M, Núñez L, Paiewonsky D, Prada E, Singh S, Weisner M, Wulf D. The Alan Guttmacher Institute. Aborto Clandestino una realidad Latinoamericana. Nueva York: Berger / McGILL; 2008.
4. Berer M, Sala M, Vallenás, S, Guerra L, Tunberg R, Villanueva A. Perspectivas Globales Leyes Nacionales y el Aborto inseguro: Los parámetros del Cambio. Rev. Salud Reprod H M. (Perú). 2006; (3): 5-140.
5. Peralta M. Incidencia de abortos en la población joven internada en el Hospital Regional de Cusco 2011 (tesis doctoral). Perú: Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"; 2011.
6. Zurutuza C, Páramo M, Plácido E, Cepeda Z, Sagastegui C, Meza J, Cabana R. A 20 años de la conferencia de el Cairo. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM. 2014; 1^{ra} ed. 9-315. Disponible: http://www.cladem.org/pdf/CLADEM_BalanceCairo+20.pdf

7. Rock J, Morley G, Howard w. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 10ª ed. Buenos Aires; Editorial Médica Panamericana; 2010.
8. Chávez S. Aborto terapéutico ausencia injustificada en la política Sanitaria: Rev. Med. Perú. 2013; 30 (3): 494-9.
9. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6°. Ed 5. Buenos Aires; editorial El Ateneo; 2012.
10. MINSA; 2012. Sociedad. La República.pe: Más de mil mujeres abortan diariamente en el Perú. 1. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/14-10-2012/mas-de-mil-mujeres-abortan-diariamente-en-peru>
11. Ubilluz O, Burstein Z, Cabezas C, Huapaya F, Solary L. Rev. Peruana de Med. experimental y Salud Pública. 2013; v 30 (3): 373-535. También Disponible a texto completo en: <http://www.ins.gob.pe/rpmesp>.
12. Rock J, Morley G, Howard w. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 10ª ed. Buenos Aires; Editorial Médica Panamericana; 2010.
13. Wong L, Wong E, Husares Y. Mortalidad Maternal en la Dirección Regional de Salud Ancash. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. 2011. Marzo 2015; v.57 n.4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322011000400005&script=sci_arttext
14. MINSA; Planificar tu embarazo es bueno, controlarte a tiempo es mejor <http://www.minsa.gob.pe> Perú: 2014. Avances y logros en la Salud materna: 1. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/maternidadsaludable/avances.html>

15. INEI SAIP – OGEI saip_ogei@minsa.gob.pe. Bardales M; 2013: Embarazo Terminado en Aborto por condiciones de egreso, según departamento de los años 2011, 2012 y 2013. 3. saip_ogei@minsa.gob.pe.
16. Cunningham G, Gant K, Leveno J, Gilstrap, Hauth K. William Obstetricia. 23^{ava} ed. España; MC Graw – Hill; 2011.
17. Pellicer A, Hidalgo J, Perales A, Díaz C. Obstetricia y Ginecología: guía de actuación. España; Editorial Panamericana; 2014.
18. Pacheco J, Michelena M, Orihuela P. Enfoque actual del aborto recurrente. An. Fac. Med. Lima jun. 2009; v70 n2: Pág. 2-4.
19. INEI SAIP – OGEI saip_ogei@minsa.gob.pe. Bardales M; 2014: Embarazo Terminado en Aborto por etapas de vida, según departamento del año 2014 1. saip_ogei@minsa.gob.pe.

CAPÍTULO VI ANEXOS

Instrumento: Ficha Clínica de Datos

I) Datos de la filiación

Edad -----

Estado Marital -----

Nivel de instrucción -----

Lugar de procedencia -----

II) Antecedentes ginecológicos

Uso de Método anticonceptivo previo al embarazo: Si () No ()

Abandono definitivo del método anticonceptivo Si () No ()

Discontinuidad del método anticonceptivo Si () No ()

Edad gestacional -----

Temprano (menor de 12semanas). ()

Tardío (De 12 a más semanas). ()

III) Fecundidad

Nº de embarazos previos -----

Nº de abortos -----