

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES
DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL REZOLA EN EL PERIODO
ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

CIRIACO ANGELES JONATAN

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR

DR. WALTER BRYSON MALCA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis docentes por brindarme parte de sus conocimientos y por motivarme a cumplir mis objetivos.

DEDICATORIA

A mis padres, que en todo momento estuvieron apoyando mis metas, para seguir adelante en esta hermosa profesión.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El aborto espontáneo es la culminación del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o expulsión del embrión o feto con un peso menor a 500 gramos según la SEGO.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero – diciembre del año 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio de diseño cuantitativo, observacional, analítico, transversal, retrospectivo, de casos y controles. Se revisaron 214 historias clínicas en pacientes mujeres: 107 casos de los cuales cumplían con los criterios diagnósticos de aborto espontáneo y 107 controles que son pacientes con historias clínicas, que no cumplían con los criterios diagnósticos de aborto espontáneo. Se utilizó el Odds Ratio de 2,2 y sus intervalos de confianza del 95 %, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 25.

RESULTADOS: Los factores de riesgo sociodemográficos de aborto espontáneo identificados en el trabajo de investigación fueron la edad ≥ 30 años, estado civil soltera, lugar de procedencia rural; los factores de riesgo maternos que se detectaron fueron la infección del tracto urinario, antecedente de aborto, multiparidad; entre factores de riesgo fetales se identificó el antecedente de malformaciones congénitas; presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: La edad, estado civil soltera, lugar de procedencia rural, la infección del tracto urinario, antecedente de aborto, multiparidad, malformaciones congénitas son factores de riesgo para el desarrollo de Aborto Espontáneo.

PALABRAS CLAVES: Aborto Espontáneo, infección del tracto urinario, multiparidad, malformaciones congénitas, lugar de procedencia rural.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Spontaneous abortion is the culmination of pregnancy before 22 weeks of gestation and / or expulsion of the embryo or fetus weighing less than 500 grams according to SEGO.

OBJECTIVE: To determine the risk factors related to spontaneous abortion in women from 20 to 35 years of age in the Rezola Cañete Hospital in the period January - December 2018.

MATERIAL AND METHODS: It is a study of quantitative, observational, analytical, transversal, retrospective, case and control design. We reviewed 214 clinical histories in female patients: 107 cases of which fulfilled the diagnostic criteria of spontaneous abortion and 107 controls that are patients with clinical histories, that did not meet the diagnostic criteria of spontaneous abortion. The Odds Ratio of 2.2 and its 95% confidence intervals were used, using the statistical package SPSS version 25.

RESULTS: The sociodemographic risk factors of spontaneous abortion identified in the research work were age ≥ 30 years, marital status, place of rural origin; the maternal risk factors that were detected were urinary tract infection, antecedent of abortion, multiparity; among fetal risk factors, the antecedent of congenital malformations was identified; presented statistically significant differences ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: Age, marital status, place of rural origin, urinary tract infection, antecedent of abortion, multiparity, congenital malformations are risk factors for the development of spontaneous abortion.

KEY WORDS: Spontaneous abortion, urinary tract infection, multiparity, congenital malformations, place of rural origin.

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo hace referencia a un problema de salud pública a nivel mundial, caracterizado por la pérdida del producto antes de la semana 22 de gestación, debido a múltiples factores de riesgo sociodemográficos, maternos y/o fetales, en muchos de los casos se consume el acto durante el primer trimestre del desarrollo de la gestación.

En el Perú todavía existe un control irregular de la gestación, pacientes que no acuden a sus respectivos controles prenatales, desinformación y/o desconocimiento de la patología en estudio y de sus complicaciones.

En el actual trabajo de investigación abordaremos la problemática en desarrollo, identificando cuáles son los factores de riesgo que desencadenan como consecuencia el aborto espontáneo.

En el primer capítulo plantearemos el problema a desarrollar, se justificarán los motivos de nuestra investigación; en el segundo capítulo relataremos las características de la patología, se plantearán hipótesis, identificaremos nuestras variables de estudio.

En el tercer capítulo se desarrollará nuestro diseño metodológico, se emplearán instrumentos validados por expertos para la recolección de datos, se analizará y se procederá al procesamiento de datos; en el cuarto capítulo identificaremos los factores de riesgo que incrementan el desarrollo de la enfermedad, se interpretarán los resultados obtenidos, y se realizarán las discusiones respectivas.

En el quinto y último capítulo se desarrollarán las conclusiones en base a los resultados obtenidos, se sugerirán recomendaciones con el fin de mejorar el control de la enfermedad, prevenir las consecuencias y complicaciones de la patología en estudio.

ÍNDICE

TÍTULO	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTOS	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. DEMILITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1. GENERAL	4
1.6.2. ESPECÍFICOS	4
1.7. PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	5

2.2. BASE TEÓRICA.....	9
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.4. HIPÓTESIS	20
2.4.1. GENERAL.....	20
2.4.2. ESPECÍFICAS.....	21
2.5. VARIABLES	22
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	24
Edad materna \geq 30 años	24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	27
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	28
4.1. RESULTADOS	28
4.2. DISCUSIÓN	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
5.1. CONCLUSIONES.....	34
5.2. RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS	39

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1.....	28
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2018.	
TABLA N°2.....	29
FACTORES DE RIESGO MATERNOS RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2018.	
TABLA N° 3.....	30
FACTORES DE RIESGO FETALES RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2018..	
TABLA N° 4.....	31
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2018.	

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1.....	40
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	
ANEXO N°2.....	42
INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	
ANEXO N°3.....	44
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS.	
ANEXO N°4.....	47
MATRIZ DE CONSISTENCIA.	

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización mundial de la salud establece que alrededor de 22 millones de abortos se producen en todo el mundo, el 97 % se registraron en África, América Latina y Asia los cuales son países en vías de desarrollo. En países desarrollados el 15% aproximadamente de embarazos reconocidos, acaban en abortos espontáneos, de los cuales el 50 a 70% ocurren dentro del primer trimestre¹.

En Latinoamérica, entre los años 2003 y 2008, el número aproximado de abortos aumentó de 4.1 millones a 4.4 millones de casos; además, durante estos años se mantuvo una tasa anual de 31 a 32 abortos por cada mil mujeres que tenían edades entre 15 y 44 años de edad. Del total de abortos en el año 2008, el 95% se realizaron en condiciones inseguros, siendo la mayor cantidad en Centroamérica y Sudamérica¹.

En el Perú alrededor de un tercio de los embarazos terminan en abortos. Según el MINSA, mujeres de 18 a 29 años de edad, terminaron en aborto durante el año 2014 en un estudio realizado en Lima. Además, la frecuencia encontrada en un estudio realizado en Huacho, fue de 20.9% los cuales progresaron a aborto espontaneo, la incidencia aumenta en relación a la edad materna, el porcentaje mayor lo representan las alteraciones fetales; existe una relación elevada en pacientes que han sufrido aborto anteriormente de presentar nuevamente otro episodio².

En el Hospital Rezola de Cañete se ha observado un incremento en el número de abortos durante los últimos años, por lo cual se quiere identificar las características sociales, demográficas y maternas relacionados al aborto espontáneo con el fin de evitarlos, y así evitar complicaciones futuras para mejorar la salud materna y fetal, evitando este gran problema de salud pública como lo es el aborto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo fetales relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Existen pocos estudios nacionales a cerca de esta importante problemática que afecta no solo a la paciente sino también a las personas que los rodean que en este caso es la familia y de forma indirecta está vinculado con la sociedad, por lo consiguiente afectando a esa misma entidad.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Para poder identificar los principales factores de riesgo que provocan aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en nuestro país, poder identificarlos y estudiarlos a fondo para poder enfocarnos en la prevención.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La razón primordial por la cual se está desarrollando el presente trabajo es para poder tomar conciencia sobre la importancia del aborto espontáneo y nutrir nuestros conocimientos acerca del tema.

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL

Se tratará de sensibilizar a la población en general, ya que la pérdida es emocionalmente traumática para la paciente y para la familia en general, por lo tanto, es importante conocer cuáles son los factores de riesgo que provocan aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad; así mismo se estaría contribuyendo con la unidad de investigación de nuestra universidad, para que en un futuro cercano se convierta en una de las facultades de medicina humana con visión científica.

1.4. DEMILITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación Espacial: Hospital Rezola Cañete.

Delimitación Temporal: Periodo enero – diciembre 2018.

Delimitación Social: Mujeres de 20 a 35 años de edad que acudan al servicio de Ginecología-Obstetricia en el Hospital Rezola Cañete en el periodo enero – diciembre 2018.

Delimitación Conceptual: El aborto espontáneo es la culminación del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o expulsión del embrión o feto con un peso menor a 500 gramos según la SEGO.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Difícil acceso a la Institución y/o revisión de historias clínicas.
- Historias Clínicas con datos incompletos.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Determinar los factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar los factores de riesgo sociodemográficos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.
- Determinar los factores de riesgo maternos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.
- Determinar son los factores de riesgo fetales relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

1.7. PROPÓSITO

En nuestro país la investigación acerca del aborto espontáneo es muy deficiente, en los últimos años se han realizado pocos estudios relacionados al tema, la intervención tardía genera una pérdida, desde el punto emocional, irreparable que puede dañar su estado psicológico de la mujer.

Por lo que esta investigación dará a conocer a las autoridades, sobre la problemática que existe hoy en la actualidad, para que tomen medidas promocionales y preventivas sobre nuestra población

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES NACIONALES

- Ángel *et al.* (2017), “**Antecedente De Cesárea Como Factor De Riesgo Para Aborto Espontáneo**” se conformó la muestra con la participación de 52 mujeres que presentaron el diagnóstico de aborto espontáneo, las cuales fueron atendidas en el Área de Gineco – obstetricia en el hospital de Belén de Trujillo entre el periodo Enero a junio. Los resultados según los antecedentes de cesárea en pacientes que presentaron aborto espontáneo fue de 26.9%, también se demostró en pacientes que no presentaron aborto espontáneo, que la frecuencia fue del 12.5%. Se concluyó que el antecedente de cesárea, si influye como factor de riesgo para causar aborto espontáneo³.
- Ramírez *et al.* (2016), “**Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el Hospital II-1 Essalud Tumbes, junio-Agosto 2016**” Se conformó la muestra con un total de 30 mujeres con el diagnóstico de aborto, las cuales fueron atendidas en ese hospital. Se concluyó del siguiente trabajo de investigación que el 63.3% de mujeres con el diagnóstico de abortos fueron no deseados, y el 36.7% fueron abortos deseados, uno de las principales factores que se identificó en el actual estudio fue el antecedente previo de malformaciones congénitas⁴.
- Lloclla *et at.* (2017), “**Sobrepeso y obesidad pregestacional como factores asociados de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz. Trujillo - Perú 2017**”, Se revisaron 354 historias clínicas de mujeres que sufrieron aborto espontáneo de los cuales 177 fueron casos y la otra mitad controles que se atendieron en dicho nosocomio entre el periodo 2011-2016. los resultados fueron que la edad promedio de pacientes con aborto espontáneo fue 24.68 años y el 37.3% de ellas tuvieron sobrepeso que

demonstró estar asociado al aborto espontáneo, el 15.8% eran obesas y se asoció aún con más fuerza, ser primigesta también tiene asociación con el aborto espontáneo. En conclusión, el sobrepeso y la obesidad pregestacional son factores de riesgo asociados con el aborto espontáneo⁵.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Zheng *et al.* (2017), “**Factores asociados con el aborto espontáneo: un estudio transversal de poblaciones chinas**”, tiene como objetivo explorar la asociación entre SA y el estatus socioeconómico (SES) y proporciona una referencia para los responsables de políticas para mejorar las estrategias de promoción de la salud materna. Se realizó un análisis transversal con datos de referencia de un estudio de cohorte basado en la población a gran escala de 0,5 millones de personas de 10 áreas geográficamente diversas de China reclutadas entre 2004 y 2008. El estudio recopiló datos de 84,531 mujeres de 35 a 45 años de edad. en la encuesta de referencia de China Kadoorie Biobank. El riesgo de SA en zonas rurales fue 1.68 veces mayor que en zonas urbanas (AOR = 1.68, IC 95%: 1.54–1.84). Las mujeres con ingresos altos tuvieron un menor riesgo de SA en comparación con las mujeres con ingresos bajos (AOR = 0,90; IC del 95%: 0,84 a 0,97). En comparación con las mujeres con bajo nivel educativo, las mujeres con mayor nivel educativo tuvieron una prevalencia más baja de SA (AOR = 0,90; IC del 95%: 0,82 a 0,98). En general, las mujeres con un estado de SES más bajo tenían un mayor riesgo de SA. El menor ingreso y el logro educativo se asociaron inversamente con el riesgo de SA. Las mujeres con trabajo agrícola y afines tuvieron una prevalencia significativamente mayor de SA. Las intervenciones podrían dirigirse más a las mujeres con bajo SES para aumentar tanto las ganancias de salud como las ganancias económicas para los programas de salud⁶.

- Huaman *et al.* (2016), **“Factores de riesgo maternos antes del embarazo por aborto espontáneo desde una perspectiva de prevención: un estudio de cohorte en China”**, Evaluar la relación de los riesgos modificables antes del embarazo con el aborto espontáneo. Se seleccionó al azar 51 comunidades o pueblos desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014 en Anhui, China. Calculamos las tasas de incidencia (RR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% para cada factor de riesgo de aborto espontáneo. La tasa de incidencia de aborto involuntario fue del 7,45% y la pérdida pre-embrionaria del 12,66%, la pérdida embrionaria del 38% y la pérdida fetal del 49,34% de toda la pérdida. En el análisis multivariado, las mujeres con hipertensión (RR = 2.272, IC 95% = 1.27-4.04), las mujeres tenían antecedentes familiares de aborto en su madre (RR = 1.96, IC 95% = 1.22-3.14) antes del embarazo tenían significativamente mayor cociente de riesgo ajustado para el aborto involuntario. Los resultados sugieren que estos riesgos modificables deben incluirse en el asesoramiento previo a la concepción como factores de riesgo importantes para evaluar a la población de alto riesgo y reducir la tasa de aborto espontáneo⁷.
- Burai *et al.* (2017), **“Aborto espontáneo en el primer trimestre: factores de riesgo y evaluación ecográfica en mujeres embarazadas sudanesas”**, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo y evaluar los distintos tipos de aborto espontáneo utilizando ultrasonido. Fue un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal realizado de marzo a agosto de 2016. Un total de 200 embarazadas sudanesas fueron exploradas con ultrasonido, transabdominal y transvaginalmente para evaluar el embrión y el saco gestacional en el primer trimestre utilizando sondas de 3,5 MHz y 5-7 MHz. Un total de 200 mujeres en el primer trimestre fueron evaluadas con ultrasonido, con 27% diagnosticadas con aborto involuntario incompleto, 18.5% con aborto involuntario completo, 15% de abortos faltantes, 5% de abortos amenazados, 5% de ovocitos destrozados, 2,5% de embarazo molar,

1,5% de embarazo inevitable Aborto y 1% de embarazo ectópico. La historia de aborto espontáneo es el principal factor de riesgo del aborto espontáneo (34%), mientras que la obesidad es el segundo factor de riesgo (9%), las enfermedades de la tiroides 2% y las píldoras anticonceptivas el 1,5%. El aborto involuntario afecta principalmente al grupo de edad materno 20-30 años (62%). La historia de aborto espontáneo y obesidad fueron los factores de riesgo más comunes del aborto espontáneo. La evaluación ecográfica de aborto involuntario concluyó que el aborto espontáneo incompleto, el aborto espontáneo completo y el aborto espontáneo perdido eran los tipos comunes de aborto involuntario⁸.

- Bhattacharya *et al.* (2015) “**Factores de riesgo modificables por aborto espontáneo identificados**”, La edad avanzada en la concepción, la obesidad, el tabaquismo, el consumo de alcohol y cafeína se han asociado con un mayor riesgo de aborto involuntario. Sin embargo, no hay consenso sobre la proporción de abortos involuntarios que podrían prevenirse si estos factores de riesgo, en su mayoría relacionados con el estilo de vida y las opciones reproductivas, fueran modificados. Este estudio modela el efecto de la modificación de varios factores de riesgo sobre el riesgo de aborto espontáneo⁹.
- Rivero *et al.* (2017), “**Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el hospital Mariana de Jesús Durante el periodo de enero y febrero del 2017**” fue un estudio de tipo descriptivo, observación indirecta, método científico, el diseño de la investigación fue no experimental, longitudinal y retrospectivo. Los resultados fueron obtenidos de 92 expedientes clínicos, en el cual se usó una hoja de recolección de datos, para obtener el diagnóstico de aborto y la información completa, las pacientes fueron atendidas en el área de emergencia del Hospital Mariana de Jesús el periodo enero y febrero del 2017. Se concluyó que las edades más frecuentes para el desarrollo de aborto espontáneo están entre los 20 a 25 años de edad.

Las pacientes que presentaron antecedentes patológicos, se determinó que es un factor de riesgo significativo en el aborto; la frecuencia con respecto a la edad gestacional, para que se produzca el aborto fue en menos de 12 semanas de gestación, lo cual constituye al 79% de la población obtenida para el siguiente estudio; además la mayoría de pacientes, el 91% no tuvo alguna complicación durante el aborto¹⁰.

- Cedeño *et al.* (2016), **“Factores De Riesgo Y Complicaciones De Aborto Espontáneo En Mujeres. Estudio A Realizarse En El Hospital Universitario En El Año 2014-2016”** En el siguiente estudio de tipo descriptivo, analítico, prospectivo y retrospectivo, fue realizado en pacientes que acudieron al servicio de gineco-obstetricia por emergencia del Hospital Universitario, ubicado en Guayaquil. La población del siguiente estudio fue de 200 pacientes en general, de ellas solo 90 tuvieron el diagnóstico de aborto espontaneo, el 38 % tuvieron infección del tracto urinario. De las 90 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, 51 eran mestizas, 16 necesitaron legrado uterino, 8 tenían 24 años, las 8 últimas no contaban con ningún control prenatal, además de desconocer la fecha de su última menstruación¹¹.

2.2. BASE TEÓRICA

Se define como aborto a la culminación del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o un producto con un peso menor a 500 gramos, puede ser aborto espontáneo o inducido. Según la SEGO el aborto es la expulsión de un embrión o feto con un peso menor a 500 g con aproximadamente 22 semanas de gestación o cualquier otro producto con peso y edad gestacional que no sea viable como por ejemplo mola hidatidiforme, huevo no embrionado, etc. Cuando se presenta un recién nacido con un peso menor a 500 g que llega a sobrevivir y muere en la unidad neonatal se registra como muerte neonatal independientemente del peso. El aborto se clasifica como precoz cuando es antes de las 12 semanas, se incluye el aborto bioquímico,

el preclínico cuando ocurre antes de la implantación del blastocisto hasta las 4 o 5 semanas de gestación en donde mediante ecografía se identifica el saco ovular, pero mucho de estos abortos ocurren antes del periodo menstrual por lo cual el diagnóstico se hace mediante un HGC- β positivo. El aborto tardío es posterior a las 12 semanas de gestación¹².

En el aborto espontáneo se da sin usar medicamentos o alguna intervención quirúrgica, antes que el producto sea viable o después de la implantación, epidemiológicamente el aborto espontáneo se produce en el 20% de las gestaciones y por lo general el 85% suceden entre las 12 semanas, pero si mediante una ecografía entre la séptima semana llega a ser normal el porcentaje de que pueda ocurrir un aborto espontáneo es inferior al 5%. Hay muchos factores que aumentan el riesgo de aborto como la edad materna en un 11.1% si va desde los 20 a 24 años, pero si es mayor a 45 años el riesgo aumenta hasta en un 93,4%. Cuando una mujer ha tenido dos abortos la probabilidad de que vuelva a tenerlo es de hasta un 25 %¹².

La forma clínica del aborto espontáneo cursa con sangrado vaginal y dolor en hipogastrio con una historia de amenorrea, se habla de amenaza de aborto cuando hay sangrado sin dolor o con leve molestia en el hipogastrio el cual complica hasta en un 25% la gestación. En el examen físico se observa el cérvix cerrado y presencia de latidos cardiacos fetales, cuando más sea la edad gestacional mayor será las probabilidades de que no sea un aborto, pero se asocia con placenta previa, rotura prematura de membrana, RCIU, mortalidad perinatal o bajo peso al nacer. El aborto en curso o inevitable es inminente que cursa con sangrado, dolor y dilatación del cérvix (OCI >8mm) y se puede evidenciar restos placentarios en el orificio cervical o en el canal vaginal, el aborto incompleto es la expulsión del producto, pero parcialmente con el orificio cervical abierto en donde se visualiza tejido gestacional en el cérvix o en el canal vaginal con una altura uterina menor a lo que correspondería por edad gestacional¹².

El aborto completo ocurre en 1/3 del total y es la eliminación completa del producto y se manifiesta porque el dolor desaparece, el útero vuelve a su tamaño normal, el cérvix está cerrado y no hay presencia de un sangrado activo. El aborto retenido es el fallecimiento del embrión dentro del útero o antes de las 22 semanas con retención de este por un tiempo prolongado, clínicamente el útero es más pequeño, el cérvix está cerrado y no hay sangrado, pero la ecografía es básicamente la que nos dará el diagnóstico, ecográficamente hay distinción de dos tipos: el aborto diferido en donde hay un embrión sin latidos cardiacos y gestación anembrionada con un saco mayor de 20mm, pero sin embrión. El aborto séptico clínicamente se manifiesta con alza térmica, escalofríos, dolor abdominal, sangrado vaginal fétido y purulento, ectoscópicamente la paciente está en un mal estado general y a la exploración se evidencia un cérvix dilatado, útero blando acompañado de sangrado sea purulento o no y con exámenes de laboratorio un hemograma con desviación a la izquierda. Si hacemos un cultivo encontraremos probablemente a bacilos Gram (-), coco Gram (+) o Staphylococcus Aureus¹³.

Existen muchos factores de riesgo para que se produzca un aborto entre los factores fetales están las anomalías cromosómicas que son causantes de un 50% de abortos espontáneos y entre las más frecuentes esta la trisomía 16, translocaciones desequilibradas entre otras. Entre los factores maternos están las anomalías anatómicas uterinas como el útero unicorne que tiene un solo conducto de Müller, útero bicorne que es más frecuente, pólipos mayores de 2 cm, miomas uterinos, leiomiomas que si su localización es a nivel submucoso se asocia a abortos recurrentes, trastornos metabólicos como diabetes 1 y 2, el antecedente de aborto previo aumenta la probabilidad de recurrencia en un 5%.El hipotiroidismo e hipertiroidismo también causan aborto, lupus eritematoso sistémico, la gestación en edades reproductivas extremas sea maternas o paternas existe mayor riesgo de aborto espontáneo. Se sugiere que la edad adecuada para la gestación está entre los 25 a 35 años, toda gestante tiene aproximadamente 3% de probabilidades de

presentar un aborto espontáneo, la disminución de la progesterona también causa aborto, se piensa en infecciones cuando ocurren aborto en el segundo trimestre de la gestación y entre los principales encontramos la rubeola, sífilis, toxoplasma, incompatibilidad de grupo¹³.

Entre el estilo de vida que podría causar aborto está el consumir alcohol y tabaco a principios de la gestación y la obesidad por eso a toda paciente obesa se le informa y aconseja disminución del peso antes de gestar. Para diagnosticar un aborto se basa en la anamnesis y el examen físico, se debe calcular la probable edad gestacional con la fecha de su última regla o con alguna ecografía, se le interrogará acerca de sus irregularidades menstruales, cuando fue que supo que estaba gestando (con fechas), sus factores de riesgo y antecedentes Gineco-obstétricos. En la sintomatología se presenta el dolor pélvico y sangrado vaginal el cual nos va a orientar el tipo de aborto que es, ya sea sangrado abundante y con dolor intenso o un sangrado fétido. En la exploración física es muy importante el estado general del paciente y descartar si es un abdomen agudo quirúrgico, se explora con el espéculo la cavidad vaginal para evidenciar de donde proviene el sangrado y si hay restos placentarios o no, si estuvieran ahí, se procede a retirarlos con unas pinzas para calmar un poco el dolor. Para finalizar con el examen físico se procede a un examen bimanual para descartar masas anexiales y explorar si hay dilatación del cérvix¹³.

El examen físico y la anamnesis son de suma importancia para el diagnóstico de aborto espontáneo pero sin duda alguna para diagnosticarlo con certeza se debe hacer mediante ecografía y complementar con pruebas de laboratorio como HGC- β en orina es muy confiable ó en sangre, cuando los niveles superan los 1.500 mUI/mL en más del 90% de los casos localizaremos una gestación intrauterina , si es viable sus niveles se duplicaran cada 48 horas y si el incremento es menor se sospechará de un embarazo ectópico. Entre los diagnósticos diferenciales por sangrado vaginal en el primer trimestre están las anomalías cervicales como los pólipos o procesos malignos, aborto

espontáneo, embarazo molar, trauma, procesos malignos. La ecografía se debe realizar obligatoriamente ante la sospecha de aborto en una gestante y con un transductor transvaginal, los signos ecográficos que debemos encontrar para establecer el diagnóstico son: ausencia de latidos cardiacos fetales, saco gestacional $>$ o igual a 20 mm, pero no hay evidencia de polo embrionario ni saco vitelino dentro de él y ausencia de latidos cardiacos en un embrión con una longitud céfalo caudal mayor a 5mm. La presencia de bradicardia aumenta el riesgo de un aborto, pero si después de una semana persiste, probablemente se produzca un aborto espontáneo¹⁴.

Existen diagnósticos diferenciales como sangrado por implantación (escaso, ocurre entre la 4ta y 6ta semana y no se da en todas las gestantes), patología del aparato genital (la causa más frecuente de hemorragia en el tercer trimestre es causado por el traumatismo que se da en las relaciones sexuales debido a los cambios del cérvix por la gestación), metrorragia disfuncional, embarazo ectópico(cuando hay un β HCG positivo mayor a 1800 mUI/ml y no se localiza la gestación por ecografía) y gestación molar. Antes del tratamiento del aborto se recomienda tomar un examen de laboratorio para cuantificar los niveles de hemoglobina y hematocrito para descartar anemia basal o secundaria al sangrado, también determinar el grupo y factor, no se considera las pruebas cruzadas y no se recomienda el tratamiento antibiótico antes de una intervención quirúrgica por aborto¹⁴.

Para indicar tratamiento quirúrgico por aborto debe darse en situaciones específicas como hemorragia persistente, paciente hemodinámicamente inestable, evidencia mediante ecografía de tejido placentario retenido o infectados, sospecha de enfermedad trofoblástica y contraindicaciones para el tratamiento médico. Según la evidencia se debe proceder a la maduración cervical antes del legrado en pacientes menores de 18 años y que tengan más de 10 semanas con amenorrea, se administrará 400 μ g de misoprostol vía vaginal 3 horas antes del legrado. Se debe realizar un legrado por aspiración ya que hay menos pérdida de sangre, menos dolor y el procedimiento es más

rápido, pero se debe evitar en gestaciones menores a 7 semanas por posibilidades de fracaso, después de hacer el AMEU no necesitaremos de utilizar una legra metálica^{14,15}.

El tratamiento farmacológico está definido como el que produce la expulsión completa del producto sin instrumentación quirúrgica, se puede utilizar cuando la gestante no desea la intervención quirúrgica, en mujeres obesas con un IMC mayor de 30, malformaciones uterinas como miomas o que dificulten la intervención en el cérvix. Es más efectivo en las primeras semanas de gestación y se emplean medicamentos como el misoprostol (prostaglandina) vía vaginal o rectal es tres veces más efectiva que vía sublingual u oral, para abortos en el primer trimestre se aceptan 800 µg de misoprostol vía vaginal (se puede repetir cada 24h si es necesario) ó 200 µg vía vaginal cada 4 horas hasta llegar a los 800 µg. Las contraindicaciones para usar misoprostol son pacientes alérgicas a este, hemoglobina menor a 10 mg/dl, gestaciones con DIU, obstrucción del canal cervical, embarazo ectópico, pacientes que no cuenta con sus facultades mentales, etc^{14,15}.

La incidencia de aborto espontáneo informada por varios autores entre los embarazos clínicos es de aproximadamente 12 a 15%. Este número debería aumentarse si consideramos las pérdidas tempranas del embarazo, definidas como aquellas pérdidas del embarazo ocurridas aproximadamente 14 días después de la concepción, alrededor de la siguiente menstruación, y eso podría confundirse con este sangrado menstrual. La incidencia observada de estas pérdidas tempranas del embarazo es de aproximadamente 17 a 22%¹⁶.

En realidad, los únicos dos factores etiológicos reconocidos por diferentes autores para el aborto espontáneo son las malformaciones uterinas y la presencia de reordenamientos cromosómicos equilibrados en los padres. Sin embargo, ha habido muchos estudios que investigan otros factores etiológicos o de riesgo¹⁶.

FACTORES DE RIESGO

Cafeína

La cafeína es una sustancia presente en muchas sustancias de consumo diario. Es principalmente en café, con una concentración media de 107 mg por taza, pero podemos encontrarlo en niveles más bajos en té, bebidas de cola, cacao, chocolate y algunos medicamentos¹⁷.

La cafeína se absorbe fácilmente en el tracto gastrointestinal y se distribuye por todos los tejidos del organismo. También atraviesa la placenta. La vida media plasmática en un adulto sano es de aproximadamente 2.5–4.5 h. Sin embargo, en una mujer embarazada se incrementa a 10.5 h. En el recién nacido es de alrededor de 32 a 140 h. La asociación con el consumo de tabaco reduce la vida media plasmática de la cafeína, elevando los niveles plasmáticos de cafeína en un 200% cuando se deja de fumar¹⁷.

Hay varias hipótesis para explicar la asociación entre la cafeína y el aborto espontáneo. Sabemos que la cafeína incrementa los niveles celulares del monofosfato de adenosina cíclico 3',5' (AMP cíclico), interfiriendo el desarrollo fetal y el perfil hormonal tanto en la madre como en el feto. La cafeína también es estructuralmente similar a la adenina y guanina. Por lo tanto, podría actuar directamente sobre los ácidos nucleicos, dando como resultado aberraciones cromosómicas. Otro posible mecanismo de acción podría ser aumentar las catecolaminas. Esto podría provocar vasoconstricción y restringir la circulación uteroplacentaria, dando como resultado hipoxia fetal. Se ha demostrado que las dosis de 200 mg de cafeína podrían disminuir el flujo sanguíneo en la placenta^{17,18}.

Tabaco

Muchos componentes del tabaco se han considerado las posibles toxinas para explicar la relación con el aborto. Lo más importante es la nicotina. Puede producir vasculitis secundaria a espasmos vasculares, lo que resulta en patología placentaria. Pero ni la sustancia ni el mecanismo de acción han sido

probados. La posible relación del tabaco en las producciones de trisomía también, hipótesis seguida durante algún tiempo, no se ha demostrado^{17,18}.

Alcohol

Es bien sabido que el alcoholismo tiene varios efectos adversos en el desarrollo fetal. Puede producir el síndrome de alcoholismo fetal previamente, pero no hay una dosis segura de alcohol en el embarazo.

Su asociación con el aborto involuntario es menos conocida. Se han descrito tasas altas de abortos en mujeres alcohólicas, pero sin distinguir el efecto directo del alcohol y los efectos de las alteraciones secundarias del alcoholismo como la cirrosis. Además, los niveles de alcohol en la sangre superiores a 200 mg / dl podrían provocar directamente un aborto espontáneo. Sin embargo, la asociación entre el consumo moderado de alcohol y el aborto espontáneo no está clara^{17,19}.

El modo de acción del alcohol para producir sus efectos nocivos en el feto no está claro. Atraviesa la placenta y la barrera hematoencefálica del cerebro, alcanzando los mismos niveles plasmáticos que en la madre. Probablemente, tiene una toxicidad directa, pero uno de sus productos del metabolismo, el acetaldehído, es el teratógeno y se acumula en el feto^{17,19}.

Abortos previos

El riesgo teórico para una pareja de tener un aborto espontáneo después de haber sufrido uno anterior, considerando la incidencia de tener el primer caso sería de 2 a 3%, 0,34% después de haber sufrido dos y 0,05% después de tres. Sin embargo, los resultados experimentales demostraron que estos números son más altos, de 12, 29 y 36%, respectivamente. Por lo tanto, existe un mayor riesgo de aborto involuntario entre estas parejas que han sufrido una anterior y este riesgo aumenta con el número de casos anteriores^{17,20}.

Edad materna

Hay muchos estudios que demuestran un mayor riesgo de aborto espontáneo con el aumento de la edad materna. Se ha calculado que un paciente de 30 a 32 años de edad tiene un riesgo relativo de aborto espontáneo del 2,1% (IC 95% 1,0–4,0%). Este riesgo relativo en pacientes de 33 años o más es de 2.8% (IC 95% 1.5–5.9%). Sin embargo, el riesgo en pacientes mayores de 35 aumenta enormemente. En un paciente que tiene más de 40 años, es cinco veces mayor que entre 31 y 35, con un riesgo de 20 a 40%^{17,20}.

Para explicar esta asociación, se ha demostrado que la edad del donante es el predictor más importante de la tasa de abortos y embarazos en los programas de FIV con ovocitos donados. Además, la incidencia de aberraciones cromosómicas es mayor con la edad en crecimiento^{17,20}.

Aberraciones cromosómicas

Se ha calculado que el 40% de los abortos espontáneos tienen alguna anomalía cromosómica. Este número es más alto que la prevalencia de este problema en el recién nacido, es decir, 0.5%. La razón de esta diferencia es la incompatibilidad con la vida extrauterina de la mayoría de estas aberraciones¹⁷.

La mitad de estas anomalías cromosómicas de los abortos espontáneos del primer trimestre son trisomías autosómicas. De estos, 1/3 afecta al cromosoma 16. La siguiente frecuencia es la monosomía X, que se puede encontrar en 20 a 25%. Encontramos una triploidía en el 16% y una tetraploidía en el 8%. Los reordenamientos estructurales se encuentran en el 3%. Otras dos posibles causas citogenéticas del aborto espontáneo son mutaciones de un solo gen o mutaciones en varios loci. La implicación de estos problemas en el aborto espontáneo no está clara, pero cada uno afecta al 1% de los recién nacidos¹⁷.

En 2 a 3% de las parejas con dos o más abortos espontáneos, uno o ambos miembros de la pareja tienen una translocación equilibrada. El riesgo de aborto involuntario en los portadores de translocación depende de la sección

cromosómica afectada, siendo mayor cuando la sección del cromosoma es más alta en el caso de las inversiones paracéntricas. La tasa de aborto involuntario en las trisomías derivadas de una translocación de Robertson depende del cromosoma afectado. Entonces, si la trisomía afecta al cromosoma 21, el embarazo resultará en un aborto espontáneo en el 50% de los casos, pero si el cromosoma afectado es 13 o 14 (la translocación más frecuente en la especie humana), el aborto espontáneo aparecerá en el 99% de los casos. los casos¹⁷.

Defectos anatómicos uterinos.

Anteriormente hemos dicho que solo dos causas reconocidas de aborto espontáneo son las aberraciones cromosómicas y los defectos anatómicos uterinos. De estos, tenemos malformaciones congénitas uterinas, problemas adquiridos, leiomiomata e incompetencia cervical¹⁷.

Desórdenes menstruales

Hay varios estudios que demuestran un mayor riesgo de aborto espontáneo en aquellos pacientes con oligomenorrea. Esta asociación puede deberse a la posible relación de este síntoma con un defecto de la fase lútea, un síndrome de ovario polístico (PCOS) o hiperprolactinemia, situaciones con un mayor riesgo de aborto espontáneo¹⁷.

Actividad sexual

Hay algunos estudios que mencionan la posibilidad de producir cólicos uterinos con las relaciones sexuales en el embarazo temprano, lo que aumenta el riesgo de aborto espontáneo¹⁷.

Lesiones maternas

Es frecuente atribuir un aborto espontáneo a un trauma sufrido por la madre. Pero los estudios realizados de esta manera no podrían implicar claramente el trauma en la provocación de un aborto involuntario. Se ha descrito una

asociación con el área de la piel afectada en el caso de grandes quemaduras maternas¹⁷.

Intervalo de Interpregnancia

En un estudio realizado con una secta religiosa, el Laestadius, que no acepta ningún tipo de anticoncepción, no pudo encontrar ninguna diferencia en la tasa de aborto espontáneo de acuerdo con el tiempo anterior para llegar al embarazo. Pero un estudio de Srisuphan y Bracken comenta un mayor riesgo de aborto involuntario en aquellas mujeres que quedan embarazadas en menos de 6 meses después del último embarazo¹⁷.

Medicamentos de inducción de la ovulación.

No está claro si los medicamentos de inducción de la ovulación están asociados con un aborto espontáneo. Hay algunos estudios que apoyan esta asociación en el caso del citrato de clomifeno y otros. Acerca de HMG, hay varios estudios que los implican en el aborto involuntario, incluido el estudio de Ransom et al. Éste tiene en cuenta el posible sesgo cometido al considerar embarazos muy precoces en este tipo de tratamientos. En este estudio, sugieren como posibles causas de esta asociación, los embarazos múltiples más frecuentes y las hiperestimulaciones del ovario, situaciones que predisponen a un aborto espontáneo¹⁷.

Anticonceptivos

No hay evidencia sobre una asociación entre los anticonceptivos orales y el aborto espontáneo. Sin embargo, el trabajo de Ford y McCormac sugiere que el uso prolongado durante más de 9 años podría proteger contra el aborto involuntario. No hay evidencia sobre una asociación entre el aborto espontáneo y el uso del DIU¹⁷.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Aborto espontáneo: El aborto espontáneo, se ha establecido como la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, según la Organización Mundial de la Salud lo define como la expulsión del feto con un peso igual o menor a los 500 gramos.

Infección del tracto urinario: Se define como una infección del aparato urinario, que compromete la vejiga, uretra. Esta infección se desarrolla con más frecuencia en mujeres (por la vulva).

Multiparidad: Condición donde la mujer ha tenido más de dos partos por vía vaginal y/o cesárea.

Antecedente de malformaciones congénitas del producto: Anomalías congénitas que presentó el producto ya sean estructurales y/o funcionales.

Zona Urbana: Territorio habitado de forma permanente, se caracteriza por una población mínima de dos mil habitantes que desarrolla infraestructura para su desenvolvimiento cotidiano.

Zona Rural: Se define como un sector territorial que está relacionado al campo (sector agrícola), es un territorio de pequeñas cantidades de habitantes.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

H1: Existe factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

Ho: No existen factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

2.4.2. ESPECÍFICAS

- **Hipótesis Específica N°1**

H1: Existen factores de riesgo sociodemográficos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

Ho: No existen factores de riesgo sociodemográficos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

- **Hipótesis Específica N°2**

H1: Existen factores de riesgo maternos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

Ho: No existen factores de riesgo maternos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

- **Hipótesis Específica N°3**

H1: Existen factores de riesgo fetales relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

Ho: No existen factores de riesgo fetales relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.

2.5. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

Variable: Edad

Tipo: Cuantitativa

Escala: Continua

Valoración: Historia Clínica

Índice: Años

Variable: Grado de Instrucción

Tipo: Cualitativa

Escala: Ordinal

Valoración: Historia Clínica

Índice: Primaria / Secundaria / Superior

Variable: Estado Civil

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Valoración: Historia Clínica

Índice: Soltera / Casada

Variable: Lugar de Procedencia

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Valoración: Historia Clínica

Índice: Urbano / Rural

FACTORES DE RIESGO MATERNOS

Variable: Infección del Tracto Urinario (ITU)

Tipo: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Valoración: Historia Clínica

Índice: Si No

Variable: Antecedente de Aborto.

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Valoración: Historia Clínica

Índice: Si No

Variable: Multiparidad.

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Valoración: Historia Clínica

Índice: Si No

VARIABLE DEPENDIENTE: ABORTO ESPONTÁNEO

Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal

Valoración: Historia Clínica

Índice: Si No

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Edad materna \geq 30 años

Definición operacional: Edad de la paciente que fue registrada en la historia clínica, medidas en años.

Antecedente de Aborto

Definición operacional: Paciente que tuvo un embarazo previo que culminó antes de las 22 semanas de gestación y/o peso \leq 500 gramos.

Infección del tracto urinario (ITU)

Definición operacional: Se encontró positivo en la historia clínica.

Multiparidad

Definición operacional: Paciente mujer con antecedente de dos o más gestaciones por vida vaginal y/o cesáreas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador: observacional, no existe intervención del investigador. No hay manipulación de las variables, solo se observan.

Según el alcance: analítico, se estudiará y analizará la asociación entre las dos variables de estudio que se emplearán en la investigación.

Según el número de mediciones: transversal, ya que las variables de estudio son medidas en una sola ocasión.

Según la planificación de la toma: retrospectivo, ya que partimos de la causa hacia el efecto.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo correlacional ya que se busca determinar la relación entre las dos variables de estudio.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rezola Cañete en el periodo enero – diciembre del año 2018. N= (416).

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mujeres que cumplan con los criterios diagnósticos de Aborto Espontáneo (SEGO)
- Mujeres entre rangos de 20 y 35 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluirá a pacientes mujeres con datos incompletos consignados en sus Historias Clínicas.

MUESTRA

Para el estudio se consideró un Odds ratio de 2,2 considerando que el 50 % de controles está expuesto a la variable riesgo, con una estimación de confianza del 95% y una potencia del 80 %. La muestra estimada es n= (214) participantes en total, siendo 107 casos y 107 controles.

MUESTREO

Se realizará un muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Aprobación del Comité de Ética e investigación del Hospital Rezola Cañete para la aprobación del protocolo de investigación.

Autorización del jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Rezola Cañete con el fin de tener acceso al archivo de registro de pacientes mujeres que se atendieron en el periodo comprendido enero – diciembre del año 2018.

Autorización al jefe del Departamento Estadística del Hospital Rezola Cañete para el ingreso a la base de datos, se solicitará la lista de pacientes con la patología en estudio.

Una vez identificada la muestra se solicitarán las historias clínicas. Se realizará una evaluación rigurosa para certificar que se cumplan con los criterios de elegibilidad planteados.

Procederemos al reconocimiento de las variables de investigación contenidas en las historias clínicas, obteniendo información mediante la “Ficha de recolección de datos”, en la cual se consignará la información requerida conforme a objetivos planteados.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se emplearán estadísticas analíticas.

Para responder la hipótesis sobre si la edad materna ≥ 30 años, estado civil, lugar de procedencia, infección del tracto urinario, antecedente de aborto, multiparidad, malformaciones congénitas están asociados al Aborto Espontáneo se empleará el test de “Chi cuadrado”.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida en la “Ficha de recolección de datos” será recopilada en nuestra base de datos para la cual se empleará Microsoft Excel versión 2016, será exportada al programa estadístico IBM SPSS Statistics 25, determinando si existe relación entre los factores de riesgo y el Aborto Espontáneo a través de los OR y los intervalos de confianza.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

- El presente trabajo de investigación fue aprobado por el “Comité de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista”.
- No se ha identificado a ningún paciente que participe en el desarrollo del trabajo de investigación.
- El autor se guardó la confidencialidad de los pacientes que colaboraron en el desarrollo del trabajo de investigación.
- Debido a que el trabajo de investigación propuesto es de tipo retrospectivo, no se empleó ningún consentimiento informado.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS A
ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN
EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO -
DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	CASOS Con Aborto Espontáneo		CONTROLES Sin Aborto Espontáneo		p-Value
Grupos Etáreos					<0,000
< 30 años	18	16,8 %	66	60,4 %	
≥ 30 años	89	83,2 %	41	39,6 %	
Grado de Instrucción					0,213
PRIMARIA	72	67,3 %	41	38,3 %	
SECUNDARIA	24	22,4 %	44	41,1 %	
SUPERIOR	11	10,3 %	22	20,6 %	
Estado Civil					0,002
SOLTERA	67	62,7 %	74	69,2 %	
CASADA	40	37,3 %	33	30,8 %	
Lugar de Procedencia					0,003
URBANO	35	32,7 %	39	36,4 %	
RURAL	72	67,3 %	68	63,6 %	

Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: : Cuando se contrastaron factores de riesgo sociodemográficos para casos y controles, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en los grupos etáreos, donde el 83,2 % de pacientes con aborto espontáneo tuvo una edad ≥ 30 años en contraste al 39,6 % de las pacientes sin aborto espontáneo ($p < 0,000$); en el grado de instrucción no existieron diferencias estadísticamente significativas, el 67,3 % ($n=72$) de los casos tuvieron primaria en comparación con el 38,3 % ($n=41$) de los controles ($p = 0,213$), con respecto al estado civil existieron diferencias estadísticamente significativas, el 62,7 % ($n=67$) de los casos estuvieron solteras en comparación con el 69,2 % ($n=87$) de los controles ($p < 0,002$); con

respecto al lugar de procedencia existieron diferencias estadísticamente significativas el 67,3 % (n=72) de los casos provienen de zonas rurales en comparación al 66,3 % (n=68) de los controles (p 0,003).

TABLA N° 2

FACTORES DE RIESGO MATERNOS RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

FACTORES DE RIESGO MATERNOS	CASOS		CONTROLES		p-Value
	Con Aborto Espontáneo		Sin Aborto Espontáneo		
ITU					0,001
NO	31	28,9 %	83	77,6 %	
SI	76	71,0 %	24	22,4%	
Antecedente de aborto					<0,000
NO	16	15,0 %	83	77,6 %	
SI	91	85,0 %	24	22,4 %	
Multiparidad					0,003
No	65	17,0 %	31	84,3 %	
SI	42	83,0 %	76	15,7 %	

Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: Cuando se contrastaron factores de riesgo maternos para casos y controles, se observó con respecto a la infección del tracto urinario (ITU) que existieron diferencias estadísticamente significativas, el 71,0 % (n=78) de los casos tuvieron ITU en comparación con el 22,4 % (n=24) de los controles (p 0,001); en el antecedente de aborto se determinó que el 85,0 % (n=91) de las pacientes con aborto espontáneo tuvieron el antecedente de aborto previo en comparación 22,4 % (n=24) de las pacientes sin aborto espontáneo, existieron diferencias estadísticamente significativas (p <0,000); en la multiparidad existieron diferencias estadísticamente significativas, donde

el 83,0 % (n=42) de las pacientes con aborto espontáneo tuvieron multiparidad en contraste al 15,7 % (n=76) de las pacientes sin aborto espontáneo (p 0,003).

TABLA N° 3

FACTORES DE RIESGO FETALES RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

FACTORES DE RIESGO FETALES	CASOS		CONTROLES		p-Value
	Con Aborto Espontáneo		Sin Aborto Espontáneo		
Malformaciones Congénitas					0,001
NO	38	35,5 %	72	67,3 %	
SI	69	64,5 %	35	32,7%	

Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: Cuando se contrastaron factores de riesgo fetales para casos y controles, se observó con respecto a las malformaciones congénitas que existieron diferencias estadísticamente significativas, el 64,5 %(n=69) de las pacientes con aborto espontáneo tuvieron el antecedente de malformaciones congénitas en comparación con el 32,7 % de las pacientes sin aborto espontáneo.

TABLA N° 4

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS		OR	IC 95 %	
			Menor	Mayor
Grupos Etáreos				
	< 30 años	1		
	≥ 30 años	4,106	2,493	6,588
Estado Civil				
	CASADA	1		
	SOLTERA	3,060	2,227	4,681
Lugar de Procedencia				
	URBANO	1		
	RURAL	3,546	2,284	4,782
FACTORES DE RIESGO MATERNOS		OR	IC 95%	
			Menor	Mayor
ITU				
	NO	1		
	SI	3,403	2,674	5,779
Antecedente de aborto				
	NO	1		
	SI	2,743	2,303	4,291
Multiparidad				
	No	1		
	SI	4,134	3,212	6,250
FACTORES DE RIESGO FETALES		OR	IC 95%	
			Menor	Mayor
Malformaciones Congénitas				
	NO	1		
	SI	4,403	2,945	7,429

Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación de los factores de riesgo sociodemográficos: Las pacientes con una edad ≥ 30 años tienen 4,1 veces más riesgo de desarrollar aborto espontáneo con un IC 95% en contraste con las gestantes con una edad < 30 años. Las pacientes con estado civil solteras tienen 3,0 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad con un IC 95% en comparación con las pacientes que están casadas; se determinó que los lugares de procedencia rural tienen 3,5 veces más riesgo de desarrollar aborto espontáneo con un IC 95% en contraste con aquellas pacientes que provienen de una zona urbana.

Interpretación de los factores de riesgo modificables: Las pacientes con infección del tracto urinario tienen 3,4 veces más riesgo de desarrollar aborto espontáneo con un IC 95 % en comparación con las que no tienen infección del tracto urinario. Las pacientes con antecedente de aborto tienen 2,7 veces más riesgo de desarrollar la patología en estudio con un IC 95 % en contraste con aquellas que no tienen el antecedente de aborto. Las pacientes que tienen multiparidad tienen 4,1 veces más riesgo de desarrollar aborto espontáneo con un IC 95 % en contraste con las pacientes que no son multíparas.

Interpretación de los factores de riesgo fetales: Las pacientes con antecedentes e malformaciones congénitas del producto tienen 4,4 veces más riesgo de desarrollar aborto espontáneo con un IC 95 % en contraste con aquellas pacientes sin el antecedente de malformaciones congénitas.

4.2. DISCUSIÓN

- En el actual trabajo de investigación se identificaron múltiples factores de riesgo para el aborto espontáneo en una determinada población peruana. Se realizó un estudio de casos y controles con un tamaño de muestra definido para detectar un incremento de riesgo mínimo de 2,2.
- La principal debilidad del estudio, fue la selección del Odds Ratio de 2,2 que podría desencadenar que variables con un Odds ratio menor pudieran tener como desenlace final, no ser detectadas en el análisis

de datos. Las fortalezas de este estudio fue que el diseño metodológico permitió contemplar mejor las variables de riesgo en nuestra población.

- Las pacientes con lugar de procedencia rural tuvieron un riesgo elevado en 3,5 veces; estos datos fueron muy similares al de Zheng *et al.*, (2017), al concluir el análisis del estudio se detectó que el lugar de procedencia tuvo un incremento de 4,5 veces la probabilidad de desarrollar aborto espontáneo, esto se confirmaría también en nuestro estudio en donde la asociación entre el lugar de procedencia rural y el desarrollo de la enfermedad tiene un elevado riesgo.⁶
- Con respecto a la infección del tracto urinario desencadenó un riesgo elevado en 3,4 veces para el desarrollo de la patología en estudio, cifras similares se observaron en otros estudios como el de Cedeño *et al.*, (2016), en una población peruana, donde se identificó que la infección del tracto urinario tiene un riesgo elevado en 4,6 veces para el desarrollo de la enfermedad.¹¹
- Burai *et al.*, (2017), en una población de africana identificó que el antecedente de aborto previo era un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad con un (OR= 3,475; IC=95%: 2,774; 5,430), estos datos son confirmados en nuestro estudio en donde se obtuvo un (OR= 2,743; IC=95%: 2,303; 4,291); determinando que riesgo de desarrollar aborto espontáneo por el antecedente previo de aborto tuvo un riesgo incrementado en 2 veces de desarrollar la patología en estudio, es importante mencionar la relevancia de este factor de riesgo .⁸
- En un estudio realizado en una población en Perú Ramírez *et al.*, (2016), determino que el antecedente de malformaciones congénitas del producto es un factor de riesgo para el desarrollo de aborto espontáneo con un (OR=3,6; IC=95%: 2,432; 5,643); estas cifras son confirmadas en nuestra investigación, ya que alcanzaron cifras similares al estudio mencionado recientemente (OR= 4,4; IC=95%: 2,945; 7,429).⁴

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero – diciembre del año 2018 son la edad, estado civil soltera, lugar de procedencia rural, infección del tracto urinario, antecedente de aborto, multiparidad y las malformaciones congénitas.
- Entre los factores de riesgo sociodemográficos de aborto espontáneo, se determinó que tener edad ≥ 30 años incremento el riesgo en 4 veces en comparación con las pacientes que tuvieron una edad <30 años, las pacientes con estado civil soltera incrementaron el riesgo en 3 veces en contraste con las pacientes casadas, se observó que el lugar de procedencia rural elevo el riesgo en 3 veces en relación con las pacientes que no provienen de zonas rurales.
- Los factores de riesgo maternos de aborto espontáneo son la infección del tracto urinario (ITU), que elevó el riesgo en 3,4 veces con respecto a las que no tenían ITU, con respecto al antecedente de aborto se incrementó el riesgo en 2 veces en relación a las que no tenían el antecedente de aborto, mientras que las pacientes con multiparidad incrementaron el riesgo en 4,1 veces en relación a las pacientes que no son multíparas.
- Los factores de riesgo fetales de aborto espontáneo, se identificó que el antecedente previo de malformaciones congénitas del producto incremento el riesgo en 4 veces para el desarrollo de la enfermedad, en contraste con las pacientes sin el antecedente previo de malformaciones congénitas.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar acciones de promoción y prevención para reducir la incidencia de aborto espontáneo en la población femenina fértil sexualmente activa.
- Se sugiere instruir a las pacientes mujeres ≥ 30 años de edad con énfasis en la población rural mediante charlas educativas de las consecuencias que puede traer el desarrollo de aborto espontáneo, con el objetivo de prevenir el desarrollo enfermedad.
- Se sugiere realizar un control estricto de la gestación, en pacientes con infección del tracto urinario, antecedentes previos de aborto espontáneo, debido a que estos factores incrementan el riesgo de desarrollar la enfermedad, ocasionando desenlaces fatales en muchos casos, comprometiendo la vida del producto.
- Se sugiere realizar estudios pre-concepcionales en pacientes con antecedente previo de malformaciones congénitas del producto, ya que tienen un elevado riesgo de desarrollar la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. "En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año". Comunicado de prensa Ginebra 2019.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Las Adolescentes y su Comportamiento Reproductivo". Lima - Perú, enero 2015.
3. Angel Villanueva. Antecedente de cesárea como factor de riesgo para aborto espontáneo (Tesis de Grado). Universidad Privada Antenor Orrego; (Trujillo - Peru) 2018.
4. Ramirez Chiroque y compañía. Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el Hospital II-1 Essalud Tumbes, junio-agosto 2016 (Tesis de Grado). Universidad de Tumbes - Perú 2016.
5. Lloclla Salazar. Sobrepeso y obesidad pregestacional como factores asociados de aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital Victor Ramos Guardia- Huaraz. (Tesis de Grado). Universidad Privada Antenor Orrego; Trujillo - Perú 2017.
6. Zheng D y compañía. Factors associated with spontaneous abortion: a cross-sectional study of Chinese populations. *Reproductive Health, China* december de 2017
7. Huan Z y compañía. Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a cohort study in China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 206:57-63 november de 2016.
8. Burai M y compañía. Miscarriage in First Trimester: Risk Factors and Sonographic Assessment in Sudanese Pregnant Women. *International Journal of Health Sciences*. (2):6, 2017.
9. Bhattacharya S. Modifiable risk factors for miscarriage identified. *Evidence Based Nursing*. 18(3):72-72 julio de 2015.

10. Rivero Navia JM, Pintado Abad VS. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el hospital Mariana de Jesús Durante el periodo de enero y febrero del 2017 (Tesis de Grado). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil - Ecuador; 2017.
11. Cedeño Suarez KK. Factores De Riesgo Y Complicaciones De Aborto Espontáneo En Mujeres. Estudio A Realizarse En El Hospital Universitario En El Año 2014-2016 (Tesis de Grado). Universidad de Guayaquil. Guayaquil - Ecuador; 2016.
12. Dulay A. Aborto espontáneo. Manual MSD versión para profesionales. España 2016.
13. Pérez-Arciniegas E y compañía. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. 27(1):7. Estado Bolívar-Venezuela. 2016;27.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnostico y tratamiento del aborto espontaneo incompleto, diferido y recurrente: Guía de práctica clínica (GPC). Quito, 2013.
15. Williams JW y compañía. Aborto espontaneo. Williams obstetricia. 23.^a ed. Vol. 1. México, D.F. 2011.
16. Rosado Winter PA. Caracterización Epidemiológica Clínica Del Aborto En Pacientes Ingresadas En El Servicio De Complicaciones Prenatales Del Hospital De Cobán, Durante Enero 2012 A Diciembre 2014 (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar; Guatemala 2015.
17. García-Enguíanos A, Calle M., Valero J, Luna S, Domínguez-Rojas V. Risk factors in miscarriage: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 102(2):111-9 mayo de 2002.
18. Domínguez-Rojas V, de Juanes-Pardo JR, Astasio-Arbiza P, Ortega-Molina P, Gordillo-Florencio E. Spontaneous abortion in a hospital population: Are tobacco and coffee intake risk factors? *European Journal of Epidemiology*. 10(6):665-8, diciembre de 1994.

19. Abel EL. Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol Alcohol*. 32(3):211-9, junio de 1997.
20. Infante-Rivard C, Gauthier R. Induced Abortion as a Risk Factor for Subsequent Fetal Loss. *Epidemiology*. 7(5):540-2 1996.

ANEXOS

ANEXO N°1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Ciriaco Angeles, Jonatan

ASESOR: Dr. Bryson Malca, Walter

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Factores De Riesgo Para Aborto Espontáneo En Mujeres De 20 A 35 Años De Edad Del Hospital Rezola En El Periodo Enero – Diciembre Del Año 2018.

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad	20 - 35 (años)	Cuantitativa, continua	Ficha de recolección de datos
Grado de Instrucción	Primaria / Secundaria / Superior	Cualitativa, ordinal	Ficha de recolección de datos
Estado Civil	Soltera / Casada	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos
Lugar de Procedencia	Urbano / Rural	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos
Infección del Tracto Urinario (ITU)	SI / NO	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos
Antecedente de Aborto	SI / NO	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos
Multiparidad	SI / NO	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos
Malformaciones congénitas	SI / NO	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE: ABORTO ESPONTÁNEO			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Casos	SI / NO	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos
Controles	SI / NO	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 2

INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA</p>
---	--

Título: “Factores De Riesgo Para Aborto Espontáneo En Mujeres De 20 A 35 Años De Edad Del Hospital Rezola En El Periodo Enero – Diciembre Del Año 2018.”.

Autor: Ciriaco Angeles, Jonatan

Fecha: __/__/__

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de recolección de Datos N° FICHA: N° HC:

I. VARIABLE PRINCIPAL (Aborto Espontáneo)

A. CASOS B. CONTROLES

II.VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. EDAD

_____ años (20 – 35)

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR

3.ESTADO CIVIL

SOLTERA CASADA

4. LUGAR DE PROCEDENCIA

URBANO RURAL

III. VARIABLES MATERNAS

1. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

NO SI

2. ANTECEDENTE DE ABORTO

NO SI

3. MULTIPARIDAD

NO SI

IV. VARIABLES FETALES

1. MALFORMACIONES CONGÉNITAS

NO SI

ANEXO N° 3
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
DR. WALTER BRYSON MALCA
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSTB*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores de riesgo para aborto espontáneo				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo para aborto espontáneo				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, es descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal.				80%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, __ Enero de 2019

Firma del Experto
D.N.I N°.....

08819998

[Firma]
DR. WALTER BRYSON MALCA
Medico Asistente de la Unidad
de Terapia Intensiva
C.M.P. N° 14856 - R.N.E. N° 7009
Hospital Nacional "Hipólito Unzué"

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **CARBAL PACHECO PEDRO**
 1.2 Cargo e institución donde labora: **ASISTENTE DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL REZOLA- CAJETE**
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores de riesgo para aborto espontáneo					85
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo para aborto espontáneo					85
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, es descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal.					85

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable

...

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, Enero de 2019

Firma del Experto

D.N.I No. 08114643

Telef 999.675194

CNP 10822

RNE 4968

PEDRO CARBAJAL PACHECO
 ASISTENTE GINECOLOGIA
 HOSPITAL REZOLA CAJETE

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *BAZÁN RODRIGUEZ ELSI*
 LIC. BAZAN RODRIGUEZ, ELSI NOEMI
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPSTB*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					82%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					82%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores de riesgo para aborto espontáneo					82%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					82%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					82%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo para aborto espontáneo					82%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					82%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					82%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, es descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal.					82%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

82 %

Lugar y Fecha: Lima, 31 Enero de 2019

Elsi Bazán Rodríguez
 COESPE N° 444

Firma del Experto
 D.N.I N° *19209887*

ANEXO N° 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Ciriaco Angeles, Jonatan.

ASESOR: Dr. Bryson Malca, Walter.

LOCAL: Chorrillos.

TEMA: Factores De Riesgo Para Aborto Espontáneo En Mujeres De 20 A 35 Años De Edad Del Hospital Rezola En El Periodo Enero – Diciembre Del Año 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?</p> <p>Específicos: PE1: ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el</p>	<p>General: OG: Determinar los factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018</p> <p>Específicos: OE1: Determinar los factores de riesgo sociodemográficos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el</p>	<p>General: HG: No existen factores de riesgo relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.</p> <p>Específicas: HE1: Existen factores sociodemográficos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el</p>	<p>Variable Independiente: Factores de Riesgo</p> <p>Indicadores: Edad Grado de instrucción. Estado civil. Lugar de procedencia. ITU. Antecedente de aborto. Multiparidad. Malformaciones congénitas.</p>

<p>Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?</p> <p>PE3: ¿Cuáles son los factores de riesgo fetales relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018?</p>	<p>Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018</p> <p>OE2: Determinar los factores de riesgo maternos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018</p> <p>OE3: Determinar son los factores de riesgo fetales relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018</p>	<p>Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.</p> <p>HE2: Existen factores de riesgo maternos relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.</p> <p>HE3: Existe factores de riesgo fetales relacionados a aborto espontáneo en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo enero - diciembre del año 2018.</p>	<p>Variable Dependiente: Aborto Espontáneo.</p> <p>Indicadores: A= Casos (Aborto Espontáneo) B= Controles (No Aborto Espontáneo).</p>
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Explicativo: se busca determinar la relación entre las dos variables de estudio.</p>		<p>Población: Mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rezola Cañete en el periodo enero – diciembre del año 2018. (4,16).</p>	<p>Técnica: Los datos obtenidos en la “Ficha de recolección de datos” serán registrados en una base de datos para la cual se empleará Microsoft Excel</p>

<p>- Tipo de Investigación:</p> <p>Es un estudio de diseño cuantitativo, observacional, analítico, transversal, retrospectivo, casos y controles.</p>	<p>N = 416</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <p>Pacientes mujeres que cumplan con los criterios diagnósticos de Aborto Espontáneo (SEGO)</p> <p>Mujeres entre rangos de 20 y 35 años de edad.</p> <p>Mujeres que hayan presentado infección de tracto urinario antes de abortar.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <p>Se excluirá a pacientes mujeres con datos incompletos consignados en sus Historias Clínicas.</p> <p>N= 318 (población objetiva)</p> <p>Tamaño de muestra:</p> <p>La muestra estimada es de 318 participantes en total, siendo 159 casos y 159 controles.</p> <p>Muestreo:</p> <p>Se realizará un muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple.</p>	<p>versión 2016, será exportada al programa estadístico IBM SPSS Statistics 23.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Se obtendrá información mediante una “Ficha de recolección de datos”, en la cual se consignará la información requerida conforme a los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación.</p>
--	--	---