



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGIA

TÍTULO
ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE
SUBTÍTULO

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2021.

**UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA**

Génesis Virginia Rodas Zenteno

CARNÉ: 201416016

R685

Santa Cruz del Quiché, octubre de 2021




UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TÍTULO
ABORTO EN PRIMER TRIMESTRE
SUBTÍTULO

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazo menores de 12 semanas de gestación ingresadas al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional del Quiché durante el periodo de enero a junio 2021.

Dr. G. Rogelio López Nicotina
MSc. Ginecología y Obstetricia
Col. 15, 888

Vo. Bo. (Nombre del Asesor)
Asesor: Dr. Rogelio López


Vo. Bo. (Nombre del Revisor)
Revisor: Mgtr. Hanea Calderón



NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Génesis Virginia Rodas Zenteno

CARNÉ: 201416016

Santa Cruz del Quiché Septiembre 2021

AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa -Rector
Dr. Luis Fernando Cabrera Juárez - Vicerrector General
Pbro. Mgtr. Rómulo Gallegos Alvarado, sdb. - Vicerrector Académico
Mgtr. Teresa García K-Bickford - Secretaria General
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales- Tesorera
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet- Vocal II
Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada - Vocal III

CONSEJO SUPERVISOR SEDE QUETZALTENANGO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet
Mgtr. Miriam Maldonado
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales
Dra. Alejandra de Ovalle
Mgtr. Juan Estuardo Deyet
Mgtr. Mauricio García Arango

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas -Decano Facultad de Medicina
Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda -Coordinador Área Hospitalaria

Quetzaltenango, 6 de septiembre 2021

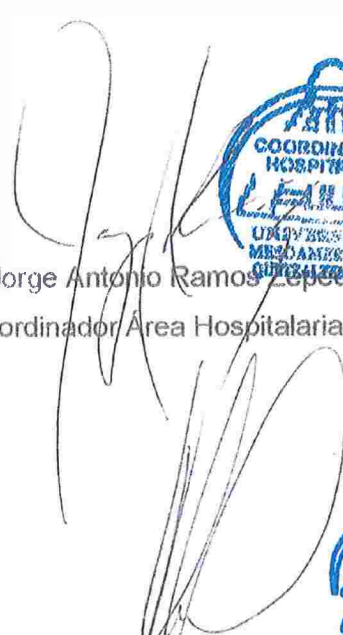
El trabajo de investigación con el título: **"ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE"**, Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2021, presentado por la estudiante Génesis Virginia Rodas Zenteno que se identifica con el carné número 201416016, fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada.

Vo.Bo.


Dr. Jorge Antonio Ramos
Coordinador Área Hospitalaria



Vo. Bo.


Dr. Juan Carlos Meir Rodas
Decano
Facultad de Medicina



Quetzaltenango, 6 de septiembre 2021

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

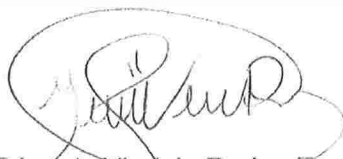
Ciudad.

Respetables doctores:

YO, Génesis Virginia Rodas Zenteno estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identificó con el carné número 201416016, de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy la autora del trabajo de investigación denominado **“ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE”**, Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2021. el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada. En consecuencia con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad por el contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente



Génesis Virginia Rodas Zenteno

201416016

Quetzaltenango, 6 de septiembre 2021

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que asesoré el trabajo de investigación designado con el título **“ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE“**, Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2021. Realizado por la estudiante Génesis Virginia Rodas Zenteno quien se identifica con el carné número 201416016 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente

Dr. Rogelio López Medina
MSC. Ginecología y Obstetricia
Col. 15, 068

Dr. Rogelio López

Asesor o Asesora del Trabajo de Investigación

Quetzaltenango, 6 de septiembre 2021

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título “**ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE**”, Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2021. realizado por la estudiante Génesis Virginia Rodas Zenteno quien se identifica con el carné número 201416016 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente



ABORTO EN PRIMER TRIMESTRE
y Mgtr. Hanea Calderón

Revisor o Revisora del Trabajo de Investigación



RESUMEN

Introducción: el aborto se constituye como tal, en la interrupción o finalización del proceso de gestación antes de la viabilidad fetal, estableciéndose como un problema de salud pública. La hemorragia en el primer trimestre, viene a ser uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias, relacionado con el aborto.

Objetivo: establecer los factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante los periodos de enero-junio 2021.

Métodos y Materiales: se realizó un estudio descriptivo, con base a la revisión de 100 papeletas donde se evaluaron las variables, edad, profesión y oficio, escolaridad, edad gestacional, patologías maternas.

Resultados y discusión: la mayor cantidad de abortos, en un tiempo menor de las 12 semanas de gestación corresponde con un 79%, y la morbilidad con más frecuencia es la vaginosis, con un 49%; seguida de la infección del tracto urinario (ITU), con un (26%). Otros antecedentes del estudio realizado, indicaron que la mayoría de mujeres tenían antecedentes de un aborto previo, con un 90% y el número de gestas relacionadas con el aborto, pertenece a las multigestas, con un 52% y del grupo de estudio más afectado corresponde a la etnia maya, con un 94% y llama la atención que la preparación académica juega un papel importante en la prevención de abortos, ya que permite tener un grado de conocimiento de los factores a los que pueden estar expuestas todas aquellas mujeres que desean ser madre y las que ya lo son, dato que se demuestra en la gráfica número 3, en la cual se aprecia que, 86% de las pacientes del estudio eran amas de casa y un 6%, eran estudiantes, donde se resume la importancia de los controles prenatales como suma importancia para prevenir cualquier tipo de complicación que pueda presentarse y generar un aborto.

Palabras clave: aborto, factores de riesgo, complicaciones.



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	2
III.	MARCO TEÓRICO.....	3
A.	Marco Teórico Contextual	3
a.	Aborto	3
b.	Historia sobre el aborto	4
c.	Patogenia.....	4
d.	Frecuencia	5
e.	Etiología	5
f.	Clasificación clínica del aborto según Protocolo de Manejo del Aborto.....	9
g.	Evolución	11
h.	Pronóstico	12
i.	Diagnóstico diferencial	12
j.	Conducta clínica y terapéutica	12
k.	Técnica AMEU (Aspiración Manual Endouterina).....	14
IV.	OBJETIVOS.....	17
A.	General.....	17
B.	Específicos	17
V.	MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR	18
A.	Tipo de estudio	18
B.	Universo	18
C.	Población	18
D.	Criterios de inclusión y exclusión.....	18
1.	Criterios de inclusión	18
2.	Criterios de exclusión	18
E.	Variables.....	18
F.	Proceso de investigación	21
G.	Aspectos Éticos	22
VI.	RESULTADOS.....	23
VII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33
VIII.	CONCLUSIONES.....	35
IX.	RECOMENDACIONES	36



X. BIBLIOGRAFÍA	37
XI. ANEXOS	39
Cronograma.....	39
D. Boleta de recolección de datos	42



I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define el aborto como la “pérdida del embarazo antes de la viabilidad del feto, si no se conoce la edad gestacional, se acepta como aborto cuando el peso fetal es menor a 500 gramos”.

Entre los factores de riesgo para que se produzca el aborto se encuentran: “edad avanzada, infecciones, anomalías uterinas (como incompetencia cervical y miomatosis), antecedentes de abortos previos, y traumas; también existen factores ambientales como consumo de alucinógenos, alcohol, medicamentos y tóxicos ambientales”. (Ríos, 2017)

Actualmente, en el Hospital Regional del Quiché, existe un alto porcentaje de pacientes que acuden por hemorragias vaginal, algunas consultan por la emergencia y otras, son referidas de centros de atención permanente. Al afirmar que las hemorragias del primer trimestre son las más comunes, se identifican que, en su mayoría acuden por aborto, sin embargo; existen varios tipos de aborto, de los cuales es relevante identificar los factores de riesgo que implicados en este tipo de complicación obstétrica.

La presente investigación es de relevancia, ya que expone los factores de riesgo de aborto en embarazos menores de 12 semanas, en pacientes que acudieron al departamento de Ginecología del Hospital Regional del Quiché, en el período de enero a junio 2021, con un modelo de estudio, de tipo descriptivo prospectivo cuantitativo.

Resulta importante conocer los factores que constituyen una asociación de riesgo para presentar un aborto, ya que conociéndolos se pueden tomar medidas preventivas y promocionales, de tal manera que se reduzca la incidencia en el futuro.



II. JUSTIFICACIÓN

La interrupción del embarazo en el primer trimestre, se manifiesta como una realidad que implica un problema de salud pública. El aumento de casos puede estar relacionado con la falta de educación respecto al control prenatal y de información sobre los riesgos que provocan el aborto. Por lo anterior, es un tema que no escapa de la práctica médica.

Según OMS a través de Gross (2009) se afirma que “la proporción de muertes por abortos fue más alta en Latinoamérica y El Caribe, alcanzando hasta el 12% del total de muertes como promedio, siendo hasta 30% en algunos países de la Región”.

Debido a la alta incidencia de pacientes que presentan aborto en el medio, y a la poca información sobre esta coyuntura, es importante realizar un estudio que aporte información actualizada y real de los factores de riesgo en las pacientes que acuden por aborto al departamento de Ginecología del Hospital Regional del Quiché, en el período de enero a junio 2021. Profundizar sobre el tema permite la creación de futuros proyectos, mejorar los protocolos de atención y disminuir la morbimortalidad e ingresos hospitalarios.

Mediante la realización del estudio de tipo descriptivo, se pretende identificar los factores de riesgo que afectan a todas las pacientes que acuden por hemorragia vaginal en el primer trimestre y que posteriormente, son ingresadas para aspiración manual endouterina; a la vez, identificar el perfil epidemiológico y antecedentes gineco-obstétricos, para reforzar con datos estadísticos, los centros de atención y brindar un adecuado plan educacional y signos de alarma a las pacientes como métodos preventivos.



III. MARCO TEÓRICO

A. Marco Teórico Contextual

a. Aborto

Según Cunningham, Leveno, & Bloom (2015) “se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define el aborto como “la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación o con feto que nace con un peso < 500g”.

Así también:

Se define el aborto como la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso que se alcanza a las 22 semanas de embarazo según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, s.f.).

“Se define el aborto como la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de la gestación o el nacimiento de un feto que pese menos de 500g según la Organización Mundial de la Salud” (OMS/OPS, 2009).

Como argumenta Rivero (2017, p.11):

Las hemorragias del primer trimestre afectan del 15-25% de todos los embarazos y es una de las principales causas de consulta a los servicios de emergencias siendo la primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación el aborto, que a pesar de ser frecuente es causa de alarma por su implicación patológica. Según Rivero divide a este cuadro en dos grandes grupos: 1) Aborto espontaneo: los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la ovulación de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor de 15% de los embarazos y 2) Abortos provocados: aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

“Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz antes de las 12 semanas y tardío a las 12 semanas o más”. (Schwarcz, 2014)



b. Historia sobre el aborto

Aborto se deriva del término latino "aboriri" que significa abortar. Equivale a mal parto, parto anticipado o nacido antes de tiempo, La ley asiria castigaba en el año 1500 con la muerte a la mujer que abortaba voluntariamente. La ley judía castigaba el aborto según la ley "darás vida por vida. En la antigüedad, el aborto era un método generalizado para el control de la natalidad, después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones. El trabajo médico más antiguo de la China, que data del año 2696 a.C. utilizaba mercurio como sustancia abortiva. Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. El 40%, en países donde el aborto era permitido en ciertos riesgos para la salud materna, violación o incesto, alteraciones congénitas o genéticas en el feto, situaciones sociales especiales (madres solteras y con bajos ingresos). El 40%, donde el aborto es libre con condicionantes de plazos legales para su realización. En Guatemala, únicamente se permite el aborto terapéutico para evitar un peligro para la vida de la madre, luego de agotar todo intento científico y técnico. Las actitudes con respecto al aborto, varían en distintas partes del mundo y siguen siendo un problema tipo médico, social, político, legal, moral, religioso y económico. Reyna. (2016)

c. Patogenia

Más del 80% del aborto espontáneo ocurren en las primeras 12 semanas de gestación. En los abortos del primer trimestre e embrión o feto casi siempre muere antes de la expulsión espontánea. La muerte por lo general se acompaña de hemorragia, se necrosan los tejidos adyacentes, lo que estimula las contracciones uterinas y la expulsión. El saco gestacional íntegro se encuentra lleno de líquido y puede contener o no un embrión o feto. Por consiguiente, la clave para establecer la causa de un aborto incipiente es determinar la causa de la muerte fetal. Por lo contrario, en los abortos tardíos el feto no suele morir antes de su expulsión y por lo tanto se deben buscar otras explicaciones. Cunningham, Leveno & Bloom (2015)



Las pacientes que cursan con aborto y consultan a la emergencia, presentan sangrado y casi siempre ya no existe embrión o feto más que solo el saco gestacional, por lo general, solo presentan dolor en la espalda y hemorragia, en su mayoría entre las 8 a 12 semanas de gestación.

d. Frecuencia

Según Cunningham et al. (2015):

En una investigación meticulosa de 221 mujeres sanas estudiadas a lo largo de 707 ciclos menstruales, encontraron que el 31% de los embarazos se pierde después de la implantación. Utilizaron análisis muy específicos para detectar bajas concentraciones de gonadotropina coriónica humana B y publicaron que 66% de estos abortos tan precoces es asintomático desde el punto de vista clínico.

Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que en las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años el porcentaje aumenta entre cuatro y cinco veces.

e. Etiología

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

1. Factores fetales

Según Cunningham et al. (2015):

Los abortos espontáneos que se producen en las primeras semanas del embarazo por lo general, presentan alguna anomalía embrionaria del cigoto, embrión o feto y en ocasiones de la placenta. De cada 1000 abortos espontáneos que analizaron Hertig y Sheldon 50% tenía un embrión degenerado o ausente, que corresponde al embarazo



anembrónico descrito antes. En 50 a 60% de los embriones y fetos abortados espontáneamente, la causa es alguna anomalía en el número de cromosomas.

a. Trisomías autosómicas:

Asimismo, Schwarcz (2014) establece que:

Suponen la causa aislada mayor de los cariotipos cromosómicos anormales en abortos espontáneos. Se ha observado trisomías en todos los cromosomas excepto para el cromosoma 1. La trisomía más frecuente es la del cromosoma 16. La mayoría de las trisomías tienen una relación con la edad materna, pero el efecto es variable según el cromosoma afectado.

b. Monosomía X:

Como indica Olivás (2013, p.19)

Es la anomalía cromosómica aislada más frecuente entre abortos espontáneos y se produce entre el 15-20% de los especímenes anormales. Los embriones con cromosoma X normalmente consisten en un solo muñón de cordón umbilical. La monosomía X se produce más frecuentemente (80%) como consecuencia de la pérdida del cromosoma sexual paterno. Esta observación es compatible con la falta de efecto de la edad materna en la frecuencia de aparición de la monosomía, e incluso en un posible efecto inverso.

c. Aborto Aneuploide

Según argumentación de Ríos (2017):

En los abortos, se han identificado trisomías autosómicas para todos los cromosomas con excepción del 1 y predominan las de los autosomas 13, 16, 18, 21 y 22. La monosomía X (45x), es la anomalía cromosómica aislada más frecuente. Esta causa síndrome de Turner que suele provocar aborto y con mucho menos frecuencia una recién nacida viva. Por el contrario, la monosomía autosómica es rara e incompatible con la vida.



Tabla 1. Hallazgos cromosómicos de aborto

Frecuencia en porcentaje			
Estudio cromosómico	Kajji et al. (1980)	Eiben et al. (1990)	Sipson (1980)
Normal Euploide			
46 xy y 46 xx	46	51	54
Anormal			
Trisomía Autosómica	31	31	22
Monosomía (45x)	10	5	9
Triploidía	7	6	8
Tetraploidía	2	4	3
Anomalía Estructural	2	2	2
Trisomía doble o triple	2	0.9	
0.7			

Nota: La siguiente tabla, muestra que los fetos con cromosomas normales (euploides) suelen abortarse más tarde que los aneuploides, y la frecuencia de abortos euploides aumentan después de los 35 años de la edad de la madre. Obtenido de Cunningham et al., (2015)

d. Aborto Euploide

Fournier (2018) indica que:

Los fetos sin anomalías cromosómicas se abortan en etapas más avanzadas que los aneuploides. La frecuencia de abortos euploides alcanza su punto máximo aproximadamente a las 13 semanas y su frecuencia se eleva de manera dramática cuando a edad de la madre rebasa los 35 años.



2. Factores maternos

Se han atribuido a diversas enfermedades, alteraciones ambientales y anomalías congénitas. Infecciones: muchos virus, bacterias y otros microorganismos frecuentes que invaden a ser humano sano pueden provocar aborto. La información que relaciona a algunas infecciones y los abortos es contradictoria. Por ejemplo, Quinn et al. Encontraron datos serológicos que apoyan cierta participación de *Mycoplasma hominis* *Ureplasma Urealyticum*. Por el contrario, Temmerman et al. No lograron relacionar micoplasma genital con el aborto espontaneo. Observaron que el aborto es independiente de la evidencia serológica de sífilis de virus de inmunodeficiencia humana y con la colonización vaginal con estreptococo del grupo B. Por el contrario, Van Benthem et al. Publicaron que las mujeres tienen el mismo riesgo de padecer abortos espontáneos antes y después de haber padecido alguna infección por VIH. Oakes hott et al. Encontraron cierta relación entre los abortos del segundo trimestre, mas no del primero, con vaginosis bacteriana. Diabetes mellitus: Los efectos abortivos de la diabetes no controlada son bien conocidos la frecuencia de aborto espontáneo y malformaciones congénitas mayores es mayor en las mujeres insulino dependientes. Enfermedades tiroideas: se ha sospechado que estas enfermedades provocan abortos en el primer trimestre y otros resultados adversos del embarazo, la deficiencia grave de yodo aumenta la frecuencia de abortos. La prevalencia de una concentración sérica anormalmente elevada de anticuerpos peroxidasa tiroidea o tiroglobulina es de aproximadamente 15% en las embarazadas. Incluso las mujeres eutiroideas constituyen un indicador más de aborto. (Schwarcz, 2014)

3. Factores sociales y conductuales

El estilo de vida aumenta el riesgo de abortar, probablemente están vinculados con el consumo crónico y especialmente de sustancias legales. La más frecuente es el alcohol, con sus efectos teratógenos el riesgo de abortar aumenta únicamente cuando se consumió de forma regular o abundante.

“El consumo excesivo de cafeína se ha vinculado con un mayor riesgo de abortar, publicaciones afirman que los consumos de unas cinco tazas de café por día aumentan el riesgo de abortar”. (Cunningham et al., 2015)



4. Factores ocupacionales y ambientales

“Existen publicaciones antiguas que las personas que trabajan con ciertas sustancias químicas tienen un mayor riesgo de abortar, como el arsénico, plomo, formaldehído, benceno y óxido de etileno, recientemente se ha demostrado que el diclorodifeniltricloroetano aumenta la frecuencia de los abortos”. (Cunningham et al., 2015)

5. Factores inmunitarios

“Existe mayor riesgo de abortar durante el primer trimestre con algunas enfermedades inmunitarias. Los más potentes de éstas son los anticuerpos antifosfolípidos dirigidos contra las proteínas transportadoras en el plasma”. (Cunningham et al., 2015)

6. Factores paternos

Según Cunningham et al. (2015)

Supuestamente las anomalías cromosómicas de los espermatozoides aumentan el riesgo de abortar ya que no han sido bien estudiados. Se observó que ha mayor edad paterna mayor riesgo de abortar. Este riesgo es menor antes de los 25 años de edad, después de lo cual se eleva de manera progresiva a intervalos de cinco años.

f. Clasificación clínica del aborto según Protocolo de Manejo del Aborto

1. amenaza de aborto

Según Schwarcz (2014):

Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado, el diagnóstico clínico se sospecha ante la presencia de secreción vaginal hemática o hemorragia vaginal a través del orificio cervical cerrado durante la primera 20 semanas de embarazo, con el aborto la hemorragia casi siempre precede a los cólicos durante varias horas o días, lumbalgia persistente con presión pélvica o un dolor sordo suprapúbico en la línea media. Por mucho la hemorragia constituye el factor de riesgo más predictivo de aborto.



2. Aborto inevitable

De acuerdo con Schwarcz (2014) “Durante el primer trimestre, la rotura de membranas acompañada de dilatación cervical casi siempre va seguida de contracciones uterinas o infección. En caso de hemorragia, cólicos o fiebre, el aborto se considera inevitable y el útero se evacua”.

3. Aborto Incompleto

“La hemorragia después de la separación parcial o completa de la placenta y dilatación del orificio cervical se denomina aborto incompleto. Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable”. (Schwarcz, 2014)

4. Aborto completo

Según Schwarcz (2014):

Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor. Es importante señalar que durante la exploración física el orificio cervical se encuentra cerrado. Cuando no se identifica el saco gestacional completo expulsado se realiza una ecografía para distinguir al aborto completo de una amenaza de aborto o un embarazo ectópico. Una de las características del aborto completo es el endometrio poco abultado sin saco gestacional.





5. Aborto diferido

Como argumenta Schwarcz (2014) “También llamado aborto fallido o pérdida, Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable”.

6. Aborto séptico

Así también, como establece León (2013) este tipo de aborto es una “Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus”.

Tabla 2 Etapas y diagnóstico de tipo de aborto

ETAPAS	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado Incompleto	Aborto consumado Completo
DIAGNÓSTICO				
Metrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Mínima
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	- Cuello abierto - Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

Nota: En la siguiente gráfica se muestra las etapas clínicas del aborto y el diagnóstico según los diferentes síntomas y signos de cada una de ellas. Obtenido de Protocolo de Aborto OMS (2014).

g. Evolución

Según Fournier (2018):

La amenaza de aborto puede pasar la sintomatología desaparecer y el aborto seguir su curso normal. Otras veces el feto muere y queda retenido días o meses, durante las 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 éstos pueden quedar retenidos, dando origen al aborto incompleto.

h. Pronóstico

“Se calcula que el 100% de los embarazos terminan en aborto. En el 50% de éstos las causas son genéticas mientras que el resto puede imputarse a las otras etiologías y en gran parte es desconocido”. (Schwarcz, 2014)

i. Diagnóstico diferencial

Madragón (2014) establece que:

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 de líquido ovular, y un cuello dilatado que torna visible o palpable al huevo o parte de él, en vías de eliminación, el diagnóstico no ofrece dudas. En cambio, en su etapa previa o incipiente de amaneza, durante el primer par de meses cuando su diagnóstico puede plantear dudas ante el recuerdo de otros cuadros obstétricos o ginecológicos o sintomatología similar, y que deben ser descartados por comparación.

j. Conducta clínica y terapéutica

Tabla 3. Conducta clínica y terapéutica

Esquemas de tratamiento para el aborto médico ≤ 12 semanas (o 84 días) de embarazo		
MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL	Mifepristona 200 mg Oral Única dosis	-Misoprostol 800 μg , seguido de 400 μg Vaginal, luego vaginal o sublingual. -Cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis. -Iniciar 36–48 horas después de recibir mifepristona.
	Misoprostol 800 μg Vestibular, vaginal o sublingual Única dosis o Si no van más de 7 semanas (49 días) Misoprostol 400 μg Oral Única dosis	



	Usar 24–48 horas después de recibir mifepristona	
MISOPROSTOL SOLO	Misoprostol 800 µg Vaginal o sublingual Cada 3 -12 horas hasta 3 dosis	

Nota: La siguiente tabla, muestra la terapéutica y conducta clínica del esquema de tratamiento en aborto menores de 12 semanas. Obtenido de Protocolo de Aborto, OMS (2014, p.19-26).

Según la OMS (2014, p.19-26) establece que:

Casi todas las mujeres que se hacen un aborto presentan algo de dolor y calambres. El descuidar este elemento tan importante aumenta innecesariamente la ansiedad y el malestar de una mujer, lo que podría alargar el procedimiento y comprometer la atención. La intensidad del dolor que puede sufrir una mujer cuando se le hace la evacuación uterina o la expulsión del embarazo, y su respuesta al dolor, varía mucho. Es preciso valorar individualmente las necesidades de manejo del dolor de cada mujer. Para reducir el dolor asociado con el aborto pueden servir tanto los métodos farmacológicos como no farmacológicos. Para optimizar el uso seguro de todas las medicaciones analgésicas, se le debe prestar una atención cuidadosa a los antecedentes médicos de la mujer, sus alergias y el uso concomitante de medicaciones que podrían interactuar con cualquier agente analgésico o anestésico disponible.



Tabla 4. Métodos farmacológicos

Métodos farmacológicos:	k. Ansiolíticos/sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg) l. Analgesia (agentes antiinflamatorios no esteroideos [AINEs], por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg) m. Anestésico local (bloqueo paracervical con lidocaína (habitualmente 10–20 mL de 0,5 a 1,0%)
n. No se recomienda el uso del Paracetamol para reducir el dolor durante el aborto. o. Para asegurar que las medicaciones orales tengan su mayor efectividad en el momento del procedimiento, administrarlas 30 – 45 minutos antes del procedimiento.	

Nota: tabla de métodos farmacológicos que se pueden utilizar para el manejo del dolor de Aborto. Obtenido de OMS (2014)

k. Técnica AMEU (Aspiración Manual Endouterina)

Según Mercado (2019):

El legrado por aspiración es el método más comúnmente utilizado para la interrupción del embarazo, el procedimiento también conocido como dilatación y evacuación generalmente se realiza entre las 7 y 13 semanas de gestación dicho procedimiento no requiere de hospitalización.

El AMEU es un procedimiento que extrae el contenido intrauterino a través de una cánula conectado a un aspirador portátil que permite crear un vacío manual, se han descrito numerosas ventajas entre ellas su seguridad y alta eficacia, la posibilidad de ser un procedimiento ambulatorio menor costo y menor riesgo de complicaciones.

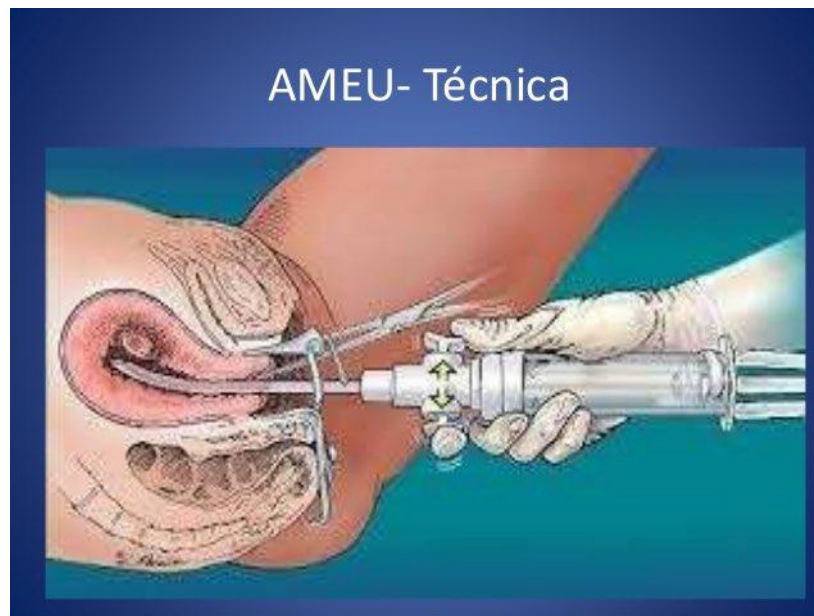
1 Procedimiento:

Asimismo, como establece Mercado (2019):



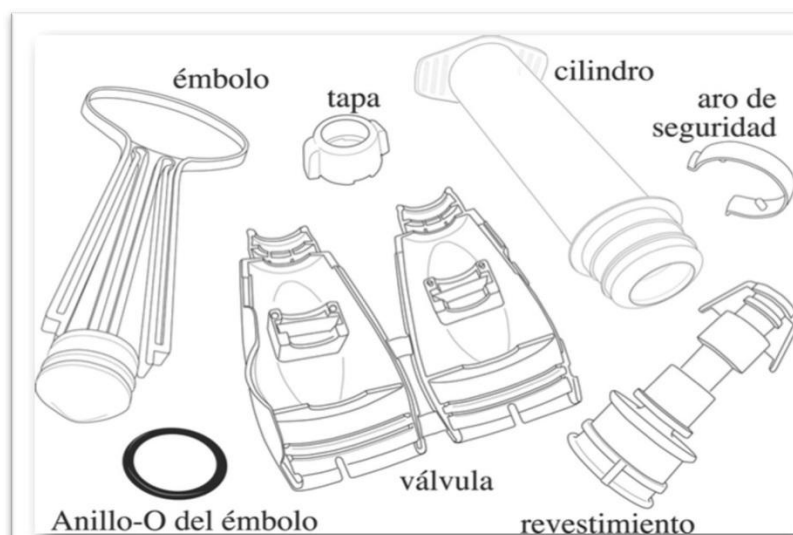
La AMEU es llevada a cabo por un obstetra entrenado, bajo técnica aséptica en un pabellón o sala adecuada que cuente con una camilla ginecológica. El procedimiento se realiza a través de especuloscopia con una jeringa de 60 centímetros cúbicos armada en base a 7 piezas, cuyo émbolo genera vacío al ser jalado; y cánulas semi-rígidas enumeradas de 4 a 13 según su grosor en milímetros, elegidas en correlación a la altura uterina. Al instalar el espéculo y visualizar el cérvix se infiltran 2 mililitros de lidocaína 1% a las 12 o a las 6 del reloj en el cuello uterino, dependiendo de la posición del útero (a las 12 si es anteversión o a las 6 si es retroversión) y se pinza en el punto infiltrado. Se infiltran 2 mililitros en los siguientes puntos del reloj: 2, 4, 8 y 10. Se arma la jeringa, se comprueba el vacío y se conecta a la cánula. Ésta se introduce a través del canal cervical con movimientos rotatorios suaves hasta tocar el fondo uterino, momento en el cual se retira 1 centímetro (guiado por puntos ubicados en cánula), se libera el vacío y se gira la cánula en 360° para distribuirlo en toda la cavidad uterina, seguido de movimientos giratorios hacia adelante y hacia atrás en el sentido del reloj. Se visualizará el contenido intrauterino tras ser aspirado por la jeringa. El procedimiento está completo ante los siguientes signos: presencia de espuma roja o rosada, sensación áspera, escuchando el paso de la cánula, movilidad de la cánula dificultada por útero contraído y dolor cólico. El aspecto del contenido debe ser caracterizado e informado, ya que orienta a la necesidad de biopsia en caso de que se sospeche la ausencia de tejido trofoblástico, o éste sea sugerente de enfermedad molar. Los signos vitales son evaluados al finalizar el procedimiento y se mantiene a la paciente en observación por al menos 1 hora, monitorizando el sangrado y el dolor. Se debe realizar educación sobre anticoncepción y, dependiendo de la disponibilidad local y del deseo de fertilidad de la paciente, priorizar y ofrecer los métodos reversibles de larga duración. El alta es otorgada en condiciones estables y sin dolor.

Imagen 1. Técnica de Ameu



Nota: En la siguiente imagen, se observa como se realiza la técnica de Ameu. Obtenido de Rodríguez Lara (2016).

Figura 1. Piezas de instrumento de AMEU



Nota: La siguiente figura, muestra las partes del equipo de Aspiración manual Rodríguez Lara (2016).



IV. OBJETIVOS

A. General

Describir los factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Quiché, durante los periodos de enero-junio 2021.

B. Específicos

- Identificar los datos generales de las pacientes ingresadas por aborto, que cursan con embarazo menor a 12 semanas, ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Describir los antecedentes patológicos personales obstétricos de pacientes que cursaron con aborto, menor a 12 semanas de gestación.
- Distinguir las patologías implicadas en el riesgo de aborto, en embarazos menores de 12 semanas.
- Estimar la edad materna más afectada de sufrir aborto en embarazos menores de 12 semanas.
- Determinar el número de gesta en la que se presentó el aborto, por medio de entrevista a las pacientes ingresadas con embarazo menor a 12 semanas, ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Identificar la edad gestacional más frecuente de aborto en gestantes menores de 12 semanas.



V. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR

A. Tipo de estudio

Estudio Descriptivo: “Busca especificar propiedades, características y rangos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo y población”. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2008)

Asimismo, un estudio cuantitativo es aquel en el que “se sigue un patrón predecible y estructurado y se debe tener en cuenta que las decisiones críticas son efectuadas antes de recolectar datos”. En una investigación cuantitativa se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo o una colectividad mayor. (Hernández Sampieri et al., 2008)

B. Universo

Pacientes atendidas en la emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Quiché.

C. Población

100 pacientes en edad fértil con diagnóstico de aborto, que cursan con embarazo menor a 12 semanas, ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Quiché, durante los periodos de enero-junio 2021.

D. Criterios de inclusión y exclusión

1. Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas con diagnóstico de aborto mayores de 10 años, y menores de 50 años.
- Casos de mujeres embarazadas con diagnóstico de aborto con un tiempo menor a 12 semanas de gestación.
- Pacientes que cursen con aborto y presenten alguna patología materna (Iu, HTA, vaginosis y Dm).

2. Criterios de exclusión

- Aborto a causa de traumatismo.
- Mujeres que presenten un embarazo malar o ectópico.
- Mujeres con historia clínica incompleta.

E. Variables



Variable	Definición	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Encontrado en el sumario, en datos generales.	Cuantitativa – De razón	10-15 16-20 21-25 26-30 31-35 35-40 41-45 46-50	1 2 3 4 5 6 7 8	Historia clínica
Profesión u oficio	Actividad que una persona se dedica, la cual demanda cierto tiempo.	Dato encontrado en el sumario.	Cualitativa – Nominal	Ama de casa Estudiante Maestras Agrícolas Secretaria Otros	1 2 3 4 5 6	Historia clínica
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Dato encontrado en el sumario.	Cualitativa – Ordinal	Ninguno Primaria secundaria Diversificada Universidad	1 2 3 4 5	Historia clínica
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Dato encontrado en el sumario.	Cualitativa – Nominal	Municipios de Quiché	1	Historia clínica



Variable	Definición	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Gestas	Número total de embarazos incluidos el actual.	Se investigará por medio de entrevista.	Cuantitativa – De razón	Primigestas Secundigestas Multigestas Gran multigesta No aplica	1 2 3 4 5	Historia clínica
Cesárea	Extracción del feto a través de una incisión practicada en la pared uterina, previa incisión de las paredes abdominales.	Dato encontrado en el sumario.	Cuantitativa – De razón	1 2 3	1 2 3	Historia clínica
Edad gestacional	Edad gestacional a partir del 1er. Día de la fecha de última regla, hasta el momento en que ocurre el aborto.	Se evaluará por medio de FUR o ultrasonido pélvico.	Cuantitativa – De razón	Semanas de gestación 4-6 7-9 semanas 10-12 semanas	1 2 3	Historia clínica



Patología Materna	Asiste a cualquier gestante con factores de riesgo materno, tanto desde la vertiente gestacional como desde el postparto.	Dato encontrado en el sumario.	Cualitativa – Nominal	Causas Maternas HTA DM2 ITU Vaginosis	1 2 3 4	Historia clínica.
-------------------	---	--------------------------------	-----------------------	---	------------------	-------------------

E. Proceso de investigación

- 1) En primer lugar, se envió propuesta tema de tesis a la universidad, ya que fue el tema aprobado se discutió con el asesor de tesis Dr. Rogelio Lopez sobre los factores de riesgo de aborto a evaluar, ya que el aborto es un tema que es frecuente en consulta de ginecología, Se realizará dicha investigación en el departamento de Ginecología del Hospital Regional del Quiché, el tipo de estudio a realizar descriptivo cuantitativo.
- 2) El estudio se realizará con base a entrevistas a pacientes embarazadas que cursen con aborto en menores de 12 semanas, la población de casos es aproximadamente de 274 según datos estadísticos, el cual se realizará en el periodo de enero a junio del 2021, tiempo que me permite realizar la recolección de datos dentro del hospital y favorable para llevar seguimiento de los casos de estudio.
- 3) Las variables a evaluar son: edad que se tomara de 10-50 años, paridad según el número de gestas de la paciente, antecedentes de aborto y patología maternas siendo estas: hipertensión se tomará las pacientes que tengan presión mayor de 140/90mmHg, diabetes se tomará las pacientes que tengan una glucosa azar mayor de 200 mg/dl o hemoglobina glucosilada > 6.5% cuyos datos se aseguraran en las evidencias de resultados que se adjuntan en el expediente de la paciente, antecedentes como vaginosis se entrevistará a paciente si ha presentado síntomas como: comezón, Flujo vaginal, mal olor, ITU se evaluara por medio de uroanálisis los criterios a tomar en cuenta son leucocitos ≥ 5 por campo, bacteriuria ++, nitritos



positivos, Para la recolección de datos se elaborará una ficha que incluya los datos que requieren investigación y para recolección de información. Finalmente se tabularán todos los datos obtenidos y se realizará interpretación respectiva.

F. Aspectos Éticos
Confidencialidad médico-paciente.

VI. RESULTADOS

A) Datos Generales

Gráfica A.1

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.

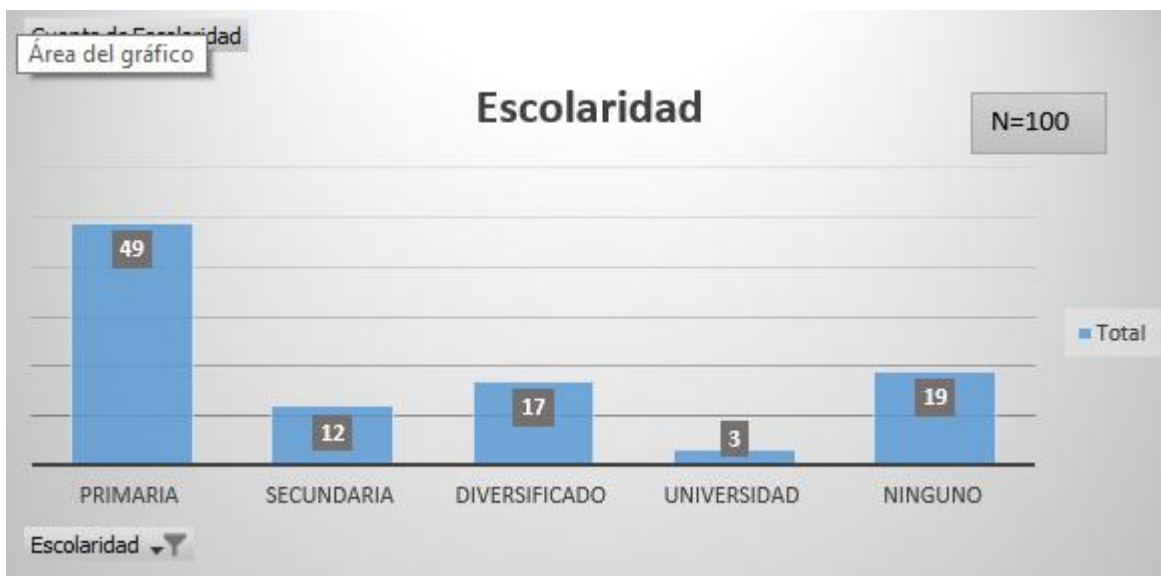


Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital del Quiche, enero-junio 2,021.

Interpretación: En la gráfica, se observa en cuanto a la ocupación relacionada con riesgo de aborto, las amas de casa con un 86%, seguidas de aquellas que son estudiantes con un 6% y un 8% que tienen otros oficios.

Gráfica A.2

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.

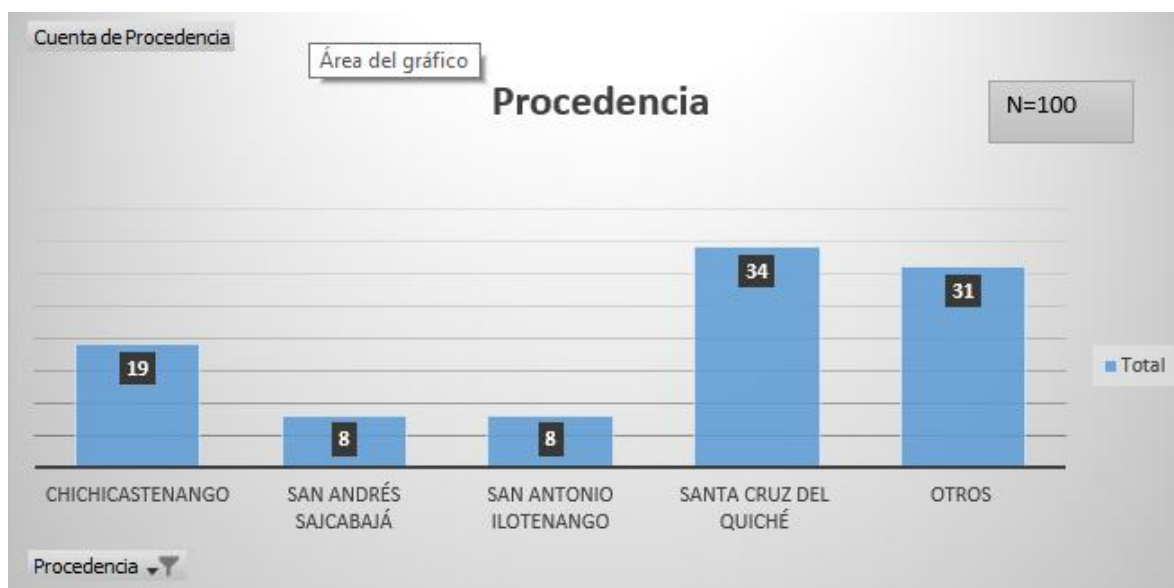


Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiche, enero – junio 2,021

Interpretación: En la siguiente gráfica, se observa que la mayoría de casos tiene incidencia en el nivel primario, con un 49% de los casos, seguido de 19% que no cursaron ningún año de estudio, un 17% que curso el nivel de secundaria.

Gráfica A.3

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.

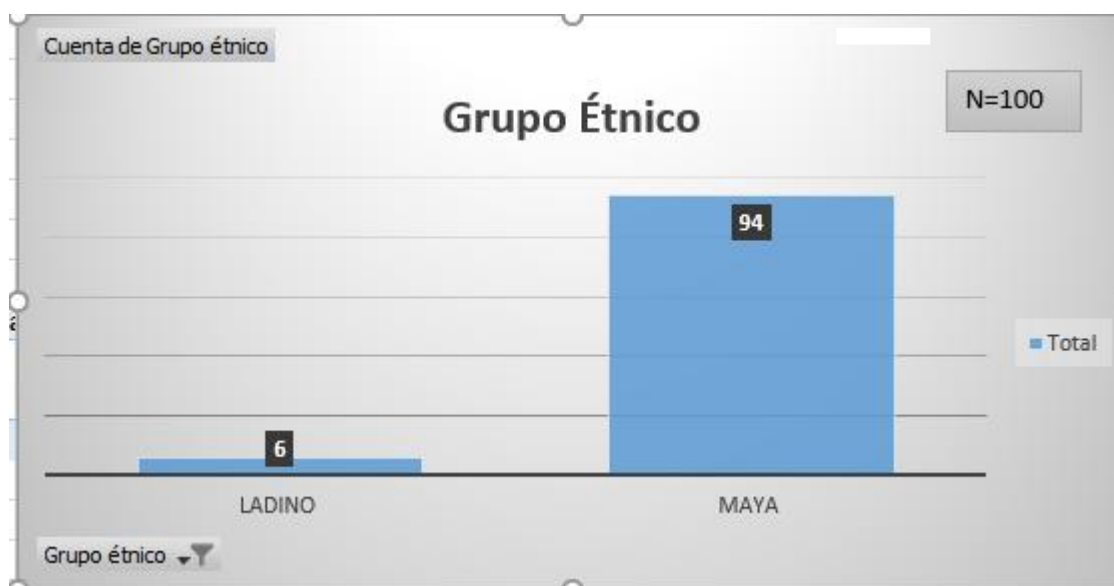


Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiché, enero - junio 2,021.

Interpretación: La grafica demuestra que un 34% de las pacientes que consultaron por aborto pertenecen al departamento de Santa Cruz del Quiché, con un 34%, seguido de un 31% de pacientes que consultaron de los lugares aledaños al departamento, y le siguió el municipio de Chichicastenango con un 19% de las pacientes atendidas. Esto hace constar que la mayoría de pacientes en proceso de gestación que se atienden en el Hospital, pertenecen al departamento del Quiché.

Gráfica A.4

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.

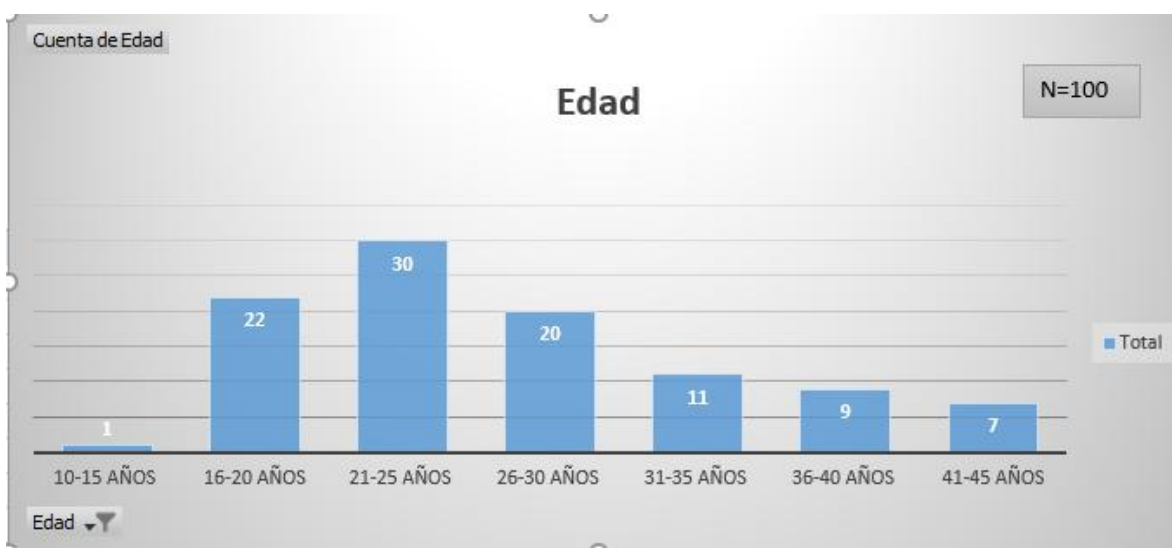


Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiche, enero - junio 2,021.

Interpretación: La gráfica representa que el grupo étnico con más frecuencia de aborto es maya, con un 94% y tan solo un 6% del grupo ladino. Quedaría como antecedente en esta investigación que el origen étnico en este departamento predominante como factor de riesgo de aborto es el Maya.

Gráfica A.5

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.



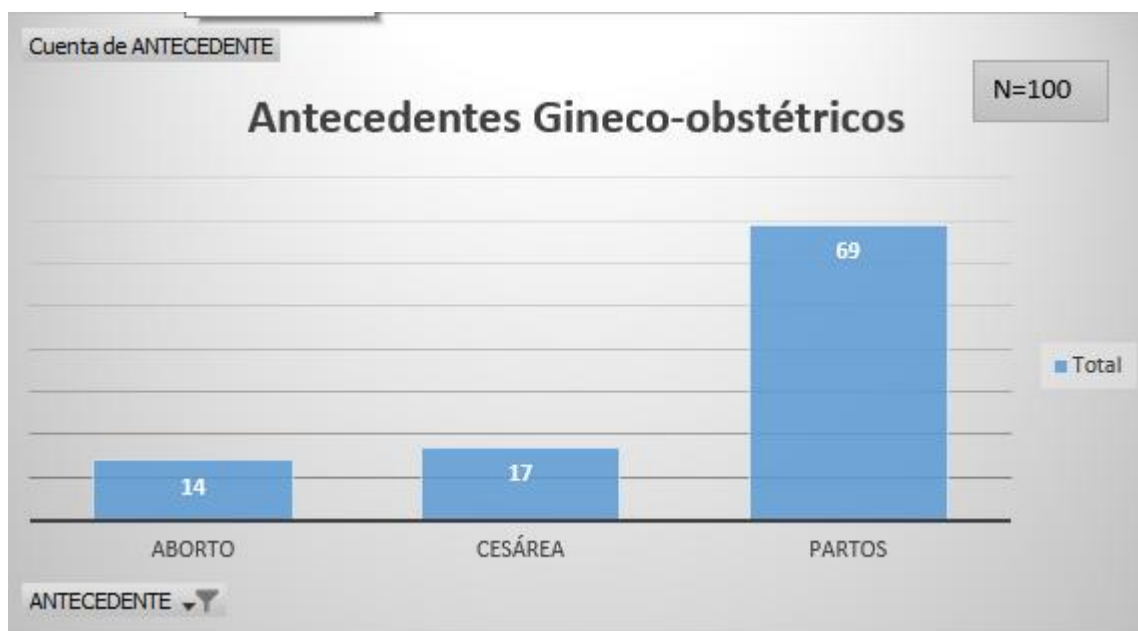
Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiche, enero - junio 2021.

Interpretación: La gráfica representa la edad de las pacientes que sufrieron aborto, de las cuales se considerarían con mayor riesgo en este estudio, las de 21 a 25 años, que representan un 30%, seguido de 16 a 20 años que representa un 22%, las de 26-30 años con un 20%, las de 31 a 35 años con un 11%; las de 36-40 que representan el 9%, las de 41-45 el 7% y la edad que menos presentó aborto fueron las pacientes de 10-15 años que representa 1%, con menos probabilidad de pérdida materno infantil.

B) Antecedentes Obstétricos

Gráfica B.1

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.



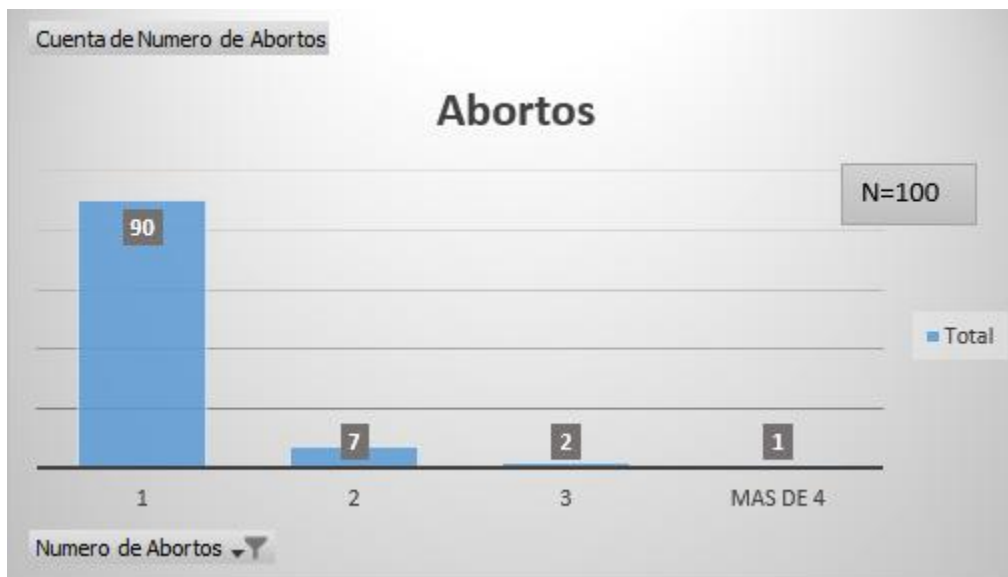
Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital del Quiche, enero-junio 2,021.

Interpretación: En la gráfica se identifica que las pacientes de estudio con riesgo a tener aborto antes de las 12 semanas de gestación, tuvieron antecedente de partos anteriores con un 69%, y un 17% de ellas fueron cesáreas previas; así como un 14% de ellas solo tienen antecedente de aborto. El estudio refleja el porcentaje de las pacientes con riesgo de aborto que ha tenido partos sin complicaciones, en el periodo gestacional con anterioridad a la pérdida.

Gráfica B.2

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.

Número de abortos con más frecuencia.



Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiche, enero – junio 2,021.

Interpretación: La gráfica demuestra que la mayoría de mujeres tenían antecedente de un aborto previo, con un 90%, sin embargo, se evidencia que un 7% presentaron dos abortos, resultado que indica que la mayoría de abortos suceden en la primera gesta.

Gráfica B.2

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.

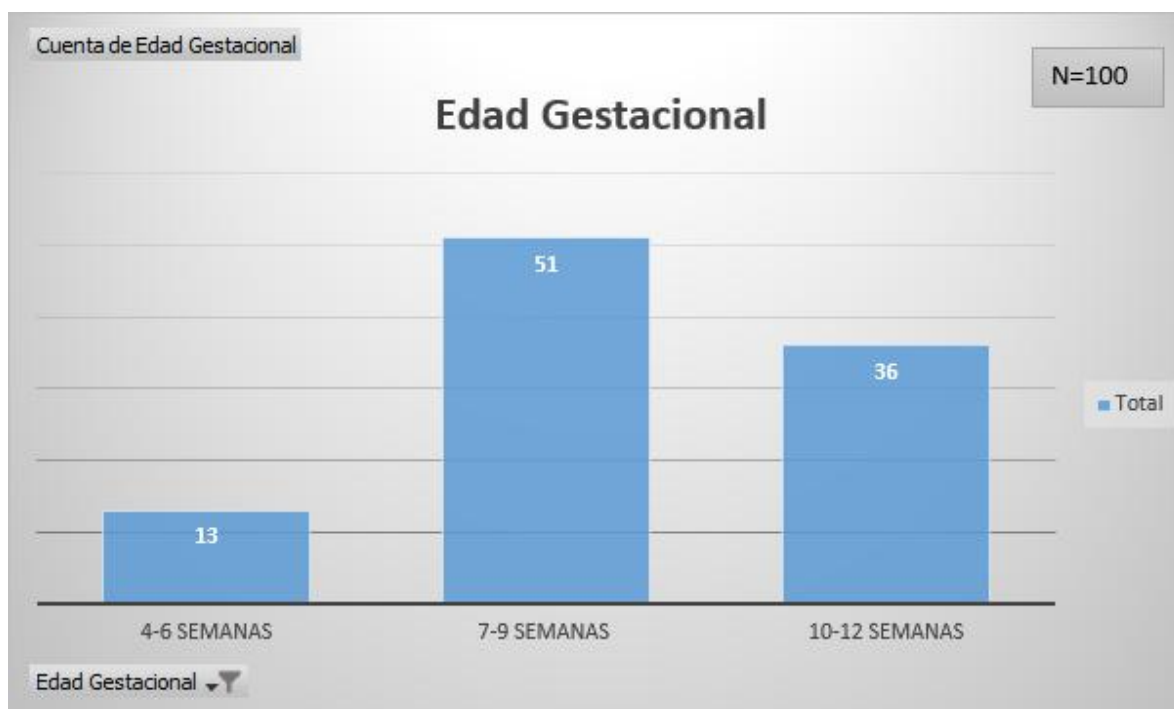


Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiche, enero - junio 2,021

Interpretación: En la gráfica se observa que la mayoría de casos tenía al menos un embarazo previo, el número que frecuentemente determina un 52% de factor de riesgo de aborto se da en multigestas, con un 25% en primigestas y con un 23% se da en la segunda gestación. Antecedente con valor académico que aporta a la prevención del monitoreo consecuente en las gestantes durante las primeras semanas del embarazo que hayan tenido con anterioridad sus hijos a través de sus controles prenatales en los centros de salud.

Gráfica B.3

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.



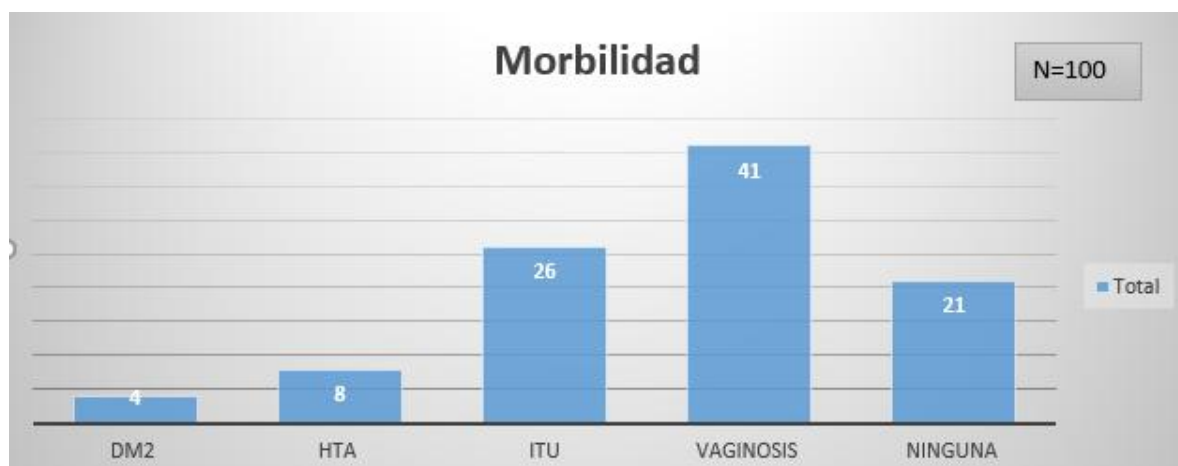
Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiché, enero – junio 2,021

Interpretación: En la gráfica se observa que la mayoría de casos que presentaron aborto fue de 7-9 semanas, con un 51%, mientras que un 36% de los casos se dieron de las 10-12 semanas de gestación.

C) Patologías

Gráfica C. 1

Factores de riesgo de aborto prematuro en embarazos menores de 12 semanas de gestación, en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Quiché, durante el periodo de enero a junio 2,021.



Fuente: Datos obtenidos de registros médicos, Hospital de Quiche, enero – junio 2,021.

Interpretación: En las pacientes de estudio predominó la vaginosis con un 41% considerada una de las mayores causas de aborto en el periodo gestacional de inicio hasta las 12 semanas, seguido de infección del tracto urinario con un 26% de la población total de 100 pacientes evaluadas, se identifica como causa de alarma para el debido monitoreo y cuidado Ginecológico Obstétrico.



VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El aborto se constituye como la interrupción o finalización del proceso de gestación antes de la viabilidad fetal, considerándose en la actualidad un problema de salud pública, que a su vez está ligado a múltiples complicaciones maternas, en algunos casos, se puede prevenir si se lleva un control a tiempo. Por lo anterior, La presente investigación permite responder a los factores de riesgo de aborto en el primer trimestre de embarazo, a través de los datos recolectados en casos actuales de pacientes que han vivido este proceso de aborto. Por lo anterior, se estima como uno de los mayores problemas en obstetricia y ginecología por el alto porcentaje de morbilidad. En la investigación realizada se concentra la atención en el aborto, delimitándolo en 12 semanas de gestación para determinar algunas causas que lo provocan, colocándolo como un problema materno infantil; se espera que el estudio de este tema, genere resultados que se contemplen como alternativas que se puedan aplicar en los controles prenatales de las mujeres en proceso de gestación, para prevención de abortos. Estos resultados se lograron obtener por medio de historias clínicas y boletas de recolección de datos realizados a 100 pacientes con factores de riesgo en embarazos menores de 12 semanas en el Hospital Regional del Quiché, recabándose la siguiente información:

El primer factor estudiado en estas pacientes fue la morbilidad, que según el dato estadístico de la gráfica número 7 que las patologías frecuentes fueron la vaginosis (49%) y la ITU (26%). En un estudio realizado en el Hospital LANATTA Lima sobre factores de riesgo de aborto Sánchez (2015), se demostró que la ITU fue la enfermedad médica más frecuente durante la gestación, tomando en cuenta entonces que investigaciones pasadas contemplan a la ITU como un factor de riesgo en las embarazadas y que se debería de atender como alerta en toda mujer gestante que la padezca.

El siguiente factor de riesgo estudiado corresponde a la edad gestacional, determinado en la gráfica número 10, cuyo resultado da a conocer que la mayoría de casos de aborto se presentaron entre las primeras 7 a 9 semanas (51%), mientras que de las 10 a 12 semanas de gestación se da un (36%) el cual nos aporta un dato nuevo en cuanto a la edad. En el estudio realizado por el Hospital Mariana de Jesús (año 2,014) demuestra que la edad gestacional con mayor frecuencia se dio en un tiempo menor de las 12 semanas de



gestación (79%) y en un tiempo de 13 a 20 semanas de gestación (23%), que permite constatar que en un tiempo menor de 12 semanas se presentan incidencias de mayor riesgo de aborto.

El siguiente factor de riesgo, refiere a la edad materna, dato establecido en la gráfica número 8, la cual da conocer que la edad con mayor riesgo corresponde a la edad de 21 a 25 años (30%), seguido de 16 a 20 años (22%), edades que se deben de considerar como otra alerta de cuidado prenatal. En un estudio realizado en el Hospital LANATTA Lima sobre factores de riesgo de aborto Sánchez (2015), se demostró que las edades de 20 a 25 años (46%) fueron la causa más frecuente de riesgo de aborto, el estudio realizado hace 7 años confirma que son las edades más susceptibles de riesgo de aborto, acrecentándose en la actualidad los casos en las edades comprendidas de 16 a 25 años. Otros antecedentes del estudio realizado en la gráfica 6 indica que la mayoría de mujeres tenían antecedentes de un aborto previo con un 90% y el número de gestas con frecuencia de aborto según la gráfica 4 pertenece a las multigestas con un 52% y del grupo de estudio más afectado según gráfica 10 corresponde a la etnia maya con un 94%, y llama la atención que la preparación académica demostrada en la gráfica 8 juega un papel importante en la prevención de abortos ya que permite tener un grado de conocimiento de los factores a los que pueden estar expuestas todas aquellas mujeres que desean ser madre y las que ya lo son, dato que se demuestra en la gráfica número 3, (86%) que las sujetos de estudio eran amas de casa y un (6%) mínimo eran estudiantes, por lo tanto los controles prenatales son de suma importancia para prevenir cualquier tipo de complicación que pueda presentarse y generar un aborto.



VIII. CONCLUSIONES

En el objetivo general propuesto durante la investigación se determinarían los factores de riesgo de aborto durante el proceso de gestación de 12 semanas de gestación en 100 pacientes ingresadas en el Hospital Regional del Quiché, cuyos resultados confirman que los más frecuentes fueron la morbilidad, la edad materna, edad gestacional, antecedentes patológicos y el número de gestas, dando origen a las siguientes conclusiones:

- 1) Los datos generales y antecedentes patológicos en 100 pacientes sujetos de estudio, reflejan que el porcentaje de las pacientes en riesgo de aborto ha tenido partos sin complicaciones en el periodo gestacional con anterioridad a la pérdida.
- 2) En el estudio se puede distinguir que las patologías con más frecuencia son la Vaginosis y la ITU, una alerta como causa de aborto.
- 3) La edad materna con más frecuencia de riesgo de aborto se establece en este estudio entre las edades de 16-25 años.
- 4) Dentro del número de gestas determinadas en esta investigación se demostró que las multigestas son las que se les considera con riesgo de aborto frecuente.
- 5) Se pudo identificar que la edad gestacional en riesgo de aborto oscila entre 7-12 semanas de gestación.



IX. RECOMENDACIONES

Corresponde establecer que todo centro asistencial donde se lleve un control prenatal de mujeres en periodo gestacional, se considere las siguientes recomendaciones como un recurso preventivo en factores de riesgo de aborto:

- 1) Médicos obstetras, capacitar a todo el personal de salud del Hospital del Quiché en cuanto a los factores de riesgo de aborto existentes en su población, con el fin de efectuar acciones de promoción y prevención en la reducción de incidencia de aborto y en la mejora de la calidad de atención del hospital.
- 2) A los médicos obstetras, que puedan brindar el adecuado plan educacional a mujeres en periodo de gestación para prevenir las siguientes patologías, que son: la Vaginositis y la ITU, por medio del seguimiento correcto de los controles prenatales establecidos y si hay señales de alarma, realizar los exámenes complementarios pertinentes.
- 3) Que las instituciones de salud realicen y ejecuten un plan de actividades con los médicos y enfermeras en los centros asistenciales, para las pacientes gestantes entre las edades de 16-25 años, que han tenido de 1 a más hijos y se establezcan métodos preventivos. Asimismo, se les indique la importancia del control prenatal mediante charlas educativas.
- 4) Educar a la madre gestante durante sus controles prenatales con el médico encargado de consulta externa, respecto a los factores de riesgo de aborto durante las primeras 12 semanas de gestación, con énfasis en los factores que pueden ser prevenidos y controlados.



X. BIBLIOGRAFÍA

- Ávila García, S., & Gutiérrez Gómez, J. (Marzo de 2017). *Aborto*. Obtenido de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/841444/mlcr226v34n01.pdf>
- Cunningham, F., Leveno, K., & Bloom, S. (2015). *William Obstetricia*. Mexico: McGrawhill.
- Díaz Adama, J. (4 de Marzo de 2020). Obtenido de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6033?mode=full>
- Fernández Díaz, E. (21 de Marzo de 2016). *El aborto secuelas psicológicas y morales*. Obtenido de http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053362/rcm-v9-n4-2016_pag261-268.pdf
- Fournier, S. (21 de febrero de 2018). *Aborto en el primer trimestre*. Obtenido de <https://clubdemalasmadres.com/aborto-primer-trimestre/>
- Gross, S. (4 de noviembre de 2009). *Aborto impacto en la salud*. Obtenido de <http://movimientoautonomodemujeres.org/archivos/38.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística INE. (25 de junio de 2018). *Boletín Informativo Del departamento de Quiche*. Obtenido de <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/10/PHFDLjafFvzpyg3pxavkdXKA8xvUn6HO.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística INE. (2018). *Instituto nacional de estadística Ine*. Obtenido de <https://www.censopoblacion.gt/censo2018/poblacion.php>
- León, w. (Diciembre de 2013). *Diagnóstico y tratamiento de aborto*. Obtenido de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf
- Madragón, H. (2014). *Obstetricia Basica Ilustrada*. Mexico.
- Mercado, J. (6 de diciembre de 2019). *Revista Chilena de obstetricia y Ginecología*. Obtenido de [Revista Chilena de obstetricia y Ginecología: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460)
- Olivas, L. (septiembre de 2013 pag19). *Factores de riesgo de aborto en edad reproductiva*. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6758/1/240007.pdf>
- Protocolo de Aborto OMS. (Agosto de 2014 pag 19-26). *Manual de práctica clínica para aborto seguro*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=378BB7D1DBD8527D04BCA8652914B1DA?sequence=1



-
- OMS. (Agosto de 2015). *Manual de practica clínica para aborto seguro*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=378BB7D1DBD8527D04BCA8652914B1DA?sequence=1
- Reyna, D. A. (Agosto de 2016). *Caracterización epidemiológica de Aborto*. Obtenido de <https://glifos.umg.edu.gt/digital/47766.pdf>
- Ríos, L. (13 de diciembre de 2017). *Hemorragia del primer, segundo y tercer trimestre de gestacion*. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/7718/0469bc783eb9319e7d9a21cdf99502114b46.pdf>
- Rivero Navia, M. (22 de abril de 2017). Obtenido de <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf>
- Rivero, M. J. (2017). *Frecuencia y factores de riesgo de aborto*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf>
- Rodríguez Lara, C. (18 de abril de 2016). *wikiGuate*. Obtenido de wikiguate.com.gt/departamento-de-quiche/#Division_Politica
- Sánchez, J. (Diciembre de 2015). *Factores de riesgo de aborto*. Obtenido de http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2327/84_2013_sanchez_cj_uno_j_facs_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2qQ6T0gU9N3S7aEtstTUaiMIZBWAV85vKwHPbaaJJGUjx1urpLn61Uygw
- Schwarcz, R. (2014). *Schwarcz Obstetricia*. Ateneo.



XI. ANEXOS

Cronograma

Mes	Febr ero	Mar zo	Ab ril	Ma yo	Jun io	Jul io	Ago sto	Septie mbre	Octu bre	Ene ro- Juli o	Juli o- Ene ro
Tema											
Objetivos											
Justificación											
Hipótesis											
Métodos y Materiales											
Delimitación del Marco teórico											
Aprobación de Protocolo											
Trabajo de campo											
Informe final											



D. Boleta de recolección de datos

Universidad mesoamericana

Estudio prospectivo sobre factores de riesgo de aborto (edad, paridad, antecedentes de aborto, patología materna) menores de 12 semanas de gestación en pacientes en edad fértil de (10 A 50 años) ingresadas al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional del Quiché durante el periodo de enero a junio 2021.

Hoja de Recolección de Datos

Nombre: _____

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Edad

10-15 16-20 21-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50

Profesión y oficio

Ama de casa Estudiante Maestra Agrícola Secretaria Otros

Escolaridad

Ninguno Primaria Secundaria Diversificado Universidad

Grupo Étnico

Ladino Maya

Procedencia _____

Gestas

Primigesta Secundigesta Multigesta No aplica

Partos

1 2 3 4 5 más de 6

Cesárea1 2 3

Número de abortos

1 2 3 más de 4

Edad Gestacional

4-6 semanas 7-9 semanas 10-12 semanas

Patologías Maternas

HTA ITU DM2 Vaginosis



C. Resolución de aprobación de tema

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA SOLICITAR APROBACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN

YO, Genésis Virginia Rodas Zenteno con número de Carnet 201414016, actualmente realizando la rotación de Ginecología en el Hospital Regional Santa Cruz, Quiché.

SOLICITO APROBACIÓN

para realizar investigación del tema: Factores de riesgo de aborto prematuro en ^{embritos} menores de 12 semanas, para el cual propongo como Asesor a: Dr. Rogelio López, Ginecólogo teniendo previsto que se lleve a cabo en el Hospital Regional Santa Cruz, Quiché.

y abarcará el período de Junio a Junio de 2020 en Quetzaltenango, 30 de Abil de 2019.

Genésis Rodas
Firma

31/07/2019
Fecha recepción en la Universidad
Kelita Viquez
Quiché.

USO DE LA UNIVERSIDAD

TEMA APROBADO TEMA RECHAZADO AMPLIAR INFORMACIÓN

OBSERVACIONES:

Tutor Asignado Dr. Rony Mendoza


Por Comité de Investigación
COLECCIONADO No. 66,79
DOYANTE

COORDINADOR HOSPITAL
UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
QUICHÉ

Vo. Bo. Dr. Jorge Antonio Ramos Z...



B. Carta de solicitud de autorización de la Institución



Abril 19 del 2021

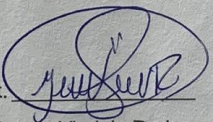
A:
Dr. Salomón Delgado
Director del Hospital Regional De Quiché

Le saludo cordialmente
Deseándole éxitos en sus labores diarias.

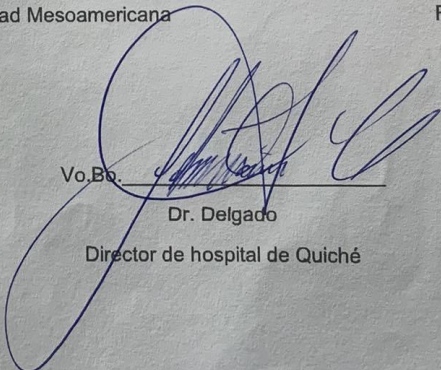
El motivo de la presente es para solicitar autorización para realizar el trabajo de investigación para poder optar al título de Médico y cirujano de la alumna de la universidad Mesoamérica Génesis Virginia Rodas Zenteno con el número de carnet 201416016, ya que conlleva la realización de trabajo de campo, siendo el tema:

Estudio prospectivo sobre factores de riesgo de aborto (edad, paridad, antecedentes de aborto, patología materna) menores de 12 semanas de gestación en pacientes en edad fértil de (10 A 50 años) ingresadas al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional del Quiché durante el periodo de enero a junio 2021

Agradeciendo de antemano.

Att. 
Génesis Virginia Rodas
Alumna de Universidad Mesoamericana

VoBo. _____
Mgtr. Hanea Calderón
Revisor de Tesis

Vo.Bo. 
Dr. Delgado
Director de hospital de Quiché

29