



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**INFORME FINAL DE MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÉDICO Y CIRUJANO**

“FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARÍA ANTONIETA BENDAÑA LARA, SANTA LUCÍA-
BOACO, EN EL PERIODO DE 2019 A 2020.”

AUTOR:

BR. FRANCO ESPINOZA SÁNCHEZ

TUTOR:

DRA. FLAVIA PALACIOS RODRÍGUEZ.

MSC. EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MANAGUA, 11 DE AGOSTO, 2021

Contenido

CAPÍTULO I: GENERALIDADES.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Opinión del tutor.....	v
Resumen	vi
1.1. Introducción.....	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Justificación.....	12
1.4. Planteamiento del problema	14
1.5. Objetivos	16
1.6. Marco Referencial	17
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
2.1. Tipo de estudio	31
2.2. Área de estudio:.....	31
2.3. Universo	31
2.4. Muestra	31
2.5. Técnicas y procedimientos	32
2.6. Plan de tabulación y análisis.....	33
2.7. Enunciado de las variables por objetivo	33
2.8. Operacionalización de las variables	34
2.9. Consideraciones éticas.....	36
CAPÍTULO III: DESARROLLO	37
3.1. Resultados.....	38
3.2. Discusión de resultados	40
3.3. Conclusiones.....	45
3.4. Recomendaciones.....	46
CAPÍTULO IV. BIBLIOGRAFÍA.....	48
CAPÍTULO V. ANEXOS	52

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

Dedicatoria

Primeramente a Dios, sin él no hubiera llegado hasta este punto de mi carrera.

A mi familia, en especial a mi madre, Aura Lina Sánchez y a mi abuela, María Guadalupe Carrión, por su apoyo incondicional en todo momento, por enseñarme a ser un soñador, por su paciencia y comprensión, me debo a ustedes.

A mis maestros, sobre todos aquellos comprometidos con la docencia, que inspiran y enseñan, forjando los pilares de esta profesión tan maravillosa.

A mis amigos y amigas, por su apoyo, incondicionalidad, compañía y enseñanza, tengo a las mejores personas conmigo.

A cada uno de los pacientes con los que he tratado, son los más grandes maestros de la vida.

A todos los que cada día se levantan con ansias de conseguir un sueño, y que abogan por construir un mundo mejor a través de la educación.

Franco David Espinoza Sánchez

Agradecimiento

A Dios, por darme la oportunidad de ser parte de esta bonita profesión, por la sabiduría y entendimiento hasta hoy forjados, gracias todo a él.

A mi familia, por estar presentes a lo largo de este caminar, dándome su apoyo e incondicionalidad.

A mi tutora, Dra. Flavia Palacios por el apoyo, paciencia y ayuda desinteresada, mi guía fundamental para la realización de este proyecto.

Al personal del Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, por permitirme la valiosa oportunidad de dar un paso más en mi formación, y por su ardua ayuda para la realización de este estudio

Franco David Espinoza Sánchez

Opinión del tutor

El aborto representa un problema de salud que compromete la salud reproductiva de las mujeres tanto desde el punto de vista biológico, psicológico, como social. La práctica del aborto inseguro contribuye al aumento de la mortalidad materna, causando la muerte del 13% de las mujeres pobres a nivel del mundo, según datos de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

En Nicaragua, se carece de investigaciones que aborden los factores asociados al aborto en la población rural reflejadas en la atención de un centro de salud de atención primaria de Boaco, esto brinda al estudio valor científico y de gran utilidad local, para plantear estrategias locales en el abordaje de este problema de salud pública.

El bachiller Espinoza Sánchez, aspirante al título ha demostrado arduo trabajo, disciplina, dominio en el proceso de investigación, además de una amplia revisión bibliográfica de la temática en estudio.

Felicito al investigador por este estudio, que servirá de gran utilidad para futuras investigaciones e insto a que continúen desarrollando sus habilidades en el área de la investigación científica.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

Resumen

El presente estudio aborda los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el centro de salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco y tiene como objetivo determinar los factores asociados a este tipo de pérdida gestacional en mujeres atendidas en la unidad en mención, en el período de 2019 a 2020.

La investigación es de tipo cuantitativa no experimental con alcance descriptivo, transversal, realizado en pacientes con aborto en un centro de salud para la atención primaria, en Santa Lucía, Boaco; se realizó una revisión documental a 40 expedientes clínicos, aplicando un Formulario de revisión de expedientes que cumplían criterios de selección con los siguientes resultados: la edad de mayor prevalencia fue de 25-29 años (27.5%). La mayor frecuencia en cuanto a su procedencia fueron las mujeres de área rural (72.5%). El 77.5% de las mujeres estaban en unión libre, y 92,5% fueron amas de casa. 30% de las féminas eran bachilleres, no se documentó algún hábito tóxico, se identificó frecuencia de obesidad clase I (22.5%) y bajo peso (27.5%); se observó una prevalencia de infección de vías urinarias de 42.5% y vaginosis en un 27.5%. Se registraron 5 % de casos de hipertensión arterial crónica y diabetes mellitus tipo 2 de un 2.5%; 30% tuvo falla de algún método anticonceptivo; eran nulíparas en un 35% y el 5% tenían antecedente de aborto. La mayoría de las pacientes (80%) fueron diagnosticadas con aborto completo.

En conclusión, el aborto tuvo presencia significativa en la adultez joven, predominó la procedencia rural. Hubo alta frecuencia entre pacientes de bajo peso, y obesas clase I, prevalecieron notablemente las infecciones urinarias y vaginosis, gran parte eran nulíparas y fue relevante el número de pacientes con falla de método anticonceptivo.

Palabras claves: ABORTO, FACTORES ASOCIADOS, ATENCIÓN PRIMARIA.

1.1.Introducción

Se define aborto, como la terminación del embarazo, desde el periodo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor a 500 gramos, y una longitud céfalo-caudal de menos de 25 cm (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018).

Así, se registran cada año 50.6 millones de este tipo de pérdida gestacional alrededor del mundo, con una tasa de 37 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva para los países en vías de desarrollo (Sedgh, y otros, 2016) con una mortalidad de 7.9% a nivel global (Say, y otros, 2014) y entre el periodo del año 2000 a 2011, en nuestro país, 2.7% de las muertes maternas fueron adjudicadas al aborto (Cajina, 2015).

Las principales causas de complicaciones mortales del aborto, son la hemorragia, la infección, la sepsis y el trauma genital; y entra las consecuencias en la salud a largo plazo, se documenta la infertilidad, lesión a órganos internos (incontinencia urinaria y fecal por fístulas recto-vaginales o vesico-vaginales), además del potencial daño psicológico en algunos casos (Haddad & Nour, 2009), en nuestro país continúa siendo una problemática de gran impacto social y en el área de la salud, ya que a pesar de la protocolización de su diagnóstico, prevención y abordaje, estas pérdidas gestacionales siguen sumando a la morbilidad y mortalidad materna en Nicaragua.

Durante la búsqueda de bibliografías relacionas a la temática de este trabajo, se observó poca revisión alrededor de este tópico a nivel nacional, por lo que en este contexto, surge la necesidad de obtener información objetiva, desde nuestro modelo de atención, considerando las múltiples características de nuestros pacientes, por lo que surge este estudio, titulado: *“Factores Asociados Al Aborto En Mujeres Atendidas En El Centro De Salud María*

Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, Entre En El Periodo De 2019 a 2020.” Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, de corte transversal; realizado en el servicio brindado por atención primaria, a las mujeres que cursaron con aborto en el periodo antes descrito, en el municipio de Santa Lucía, departamento de Boaco, Nicaragua.

Dicha investigación se enfoca en caracterizar socio-demográficamente a la población estudiada, así mismo identificar los factores asociados al aborto, relacionados a los antecedentes personales y al embarazo, en las mujeres investigadas y describir según la forma clínica, los tipos de abortos que éstas experimentaron, de modo que a partir de este estudio se puedan establecer directrices enfocadas en la prevención e identificación temprana de las pacientes con potencial riesgo de aborto o simplemente, ser la base a nuevas investigaciones. Todo ello con el fin de contribuir a la disminución de las complicaciones obstétricas que al aborto respecta.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Moradinazar y otros (2020) realizaron la investigación: “Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence from a Cohort Study” en la Universidad de Ciencias Médicas de Kermanshah, Kermanshah, Irán; con los siguientes resultados:

- Incluyó 4,831 mujeres en edad reproductiva, de las cuales el 25.7% (n= 1,241) cursó con aborto espontáneo. El número de embarazos previos a partir de 4-5, tuvo relación positiva para aborto espontáneo (OR=4.5; 95% CI= 3.7-5.5) sin embargo en menos embarazos previos no se evidenció relación para aborto;

- En mujeres que tuvieron un primer embarazo antes de los 15 años, la prevalencia de abortos espontáneos fue de 27,6% (n= 169), así mismo otro elemento destacado fue el antecedente de consumo de cigarrillos, con una prevalencia de 29.1% con un OR de 1.2 (95% CI= 0.8-1.7).

- Los casos de aborto espontáneo aumentaron su probabilidad según aumentó el índice de masa corporal (IMC), de modo que las pacientes con IMC entre 25-29.9 kg/m² tuvieron una prevalencia de 25.8%, para un OR= 2.2 (95% CI= 0.96-4.9), aún mayor fue en el caso de las mujeres con un IMC entre 30-34.9 kg/m² que tuvieron una prevalencia de 27.5%, con una probabilidad de dos veces mayor para estas pacientes (OR= 2.4; 95% CI= 1.1-5.5), la probabilidad fue similar a este último en pacientes con IMC mayor o igual a 35 kg/m².

- El estatus económico no tomó cambio estadístico significativo.

Méndez Carbonell (2019) realizó una tesis monográfica, en la Universidad San Pedro, en Nuevo Chimbote-Perú, con el título: “Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia, Hospital La Caleta, 2018” el cual fue un estudio

descriptivo, de corte transversal en la que participaron 205 pacientes, con los siguientes resultados:

- El grupo de edades de las pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo que predominó (25%) fue entre 25 a 29 años
- A lo que corresponde al grado de escolaridad, el 55% de las pacientes que tuvieron abortos, alcanzaron la secundaria.
- En cuanto a los factores de complicaciones Gineco-obstétricas predominaron las que no tuvieron antecedente de patología Gineco-Obstétrica. Hubo un pequeño porcentaje con infección urinaria (25%), con respecto a la edad gestacional, mayormente predominó el embarazo <12 SG y un pequeño porcentaje (35%) tuvieron mayor o igual a 12 semanas de gestación.

Horn, y otros (2019) realizaron un estudio con nombre “Early or Late Pregnancy Loss and Development of Clinical Cardiovascular Disease Risk Factors: a Prospective Cohort Study” con el que pretendían evaluar la asociación entre el resultado del primer embarazo con enfermedades con alteraciones cardiovasculares (hipertensión, la diabetes tipo 2 y la hipercolesterolemia), con los siguientes resultados:

- En comparación con las mujeres que mostraron un primer parto con nacimiento vivo (único), y las mujeres con aborto espontáneo temprano (<12 semanas), éstas últimas tuvieron una mayor tasa de diabetes tipo 2 (HR 1.20; 95% CI: 1.07–1.34) e hipercolesterolemia (HR 1.06; 95% CI: 1.02–1.10), y un ligero incremento en las tasas de hipertensión (HR 1.05, 95% CI: 1.00–1.11).

- En abortos espontáneos tardíos (12–19 semanas) estuvo asociado a un incremento en las tasas de diabetes mellitus tipo 2 (HR 1.38; 95% CI: 1.14–1.65), hipercolesterolemia (HR 1.11; 95% CI: 1.03–1.19), e hipertensión arterial (HR 1.15; 95% CI: 1.05–1.25).

- Las tasas de DM2 (HR 1.45; 95% CI: 1.13–1.87) e hipertensión arterial (HR 1.15; 95% CI: 1.01–1.30) fueron más altas en mujeres quienes dieron a luz un niño muerto. En contraste, en mujeres quienes finalizaron su primer embarazo en un aborto inducido tuvieron tasas bajas de hipertensión arterial (HR 0.87; 95% CI: 0.8)

Mendoza (2019) realizó una tesis monográfica, en la universidad Nacional Federico Villareal, en Lima-Perú, con el título: “factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años, en el hospital san juan de lurigancho 2018” un estudio descriptivo, de corte transversal, en el que participaron 173 mujeres, se obtuvieron los siguientes resultados:

- La población estudiada, predominantemente estuvo entre 25-30 años (45,7%)
- Se encontró que con respecto al grado de instrucción el 40,5% culminó la secundaria siendo la mayoría de los casos.
- Con relación al consumo de alcohol, el 80,3% de las pacientes señala que si lo injirió licor.
- Sobre la clasificación de paridad, se evidencia que el 41,6% es multípara siendo esta clasificación la mayoría de los casos.
- Respecto a las infecciones del tracto urinario, el 44,5% de las pacientes evaluadas sufrió dicha infección.
- Respecto de la infección cérvico vaginal, el 65,9% de las pacientes evaluadas sufrió dicha infección.

- En cuanto al índice de masa corporal, se evidenció que el 6,4% de las pacientes en evaluación presenta bajo peso, el 32,4% peso normal, el 20,8% sobrepeso, el 29,5% obesidad y el 11,0% obesidad extrema.

Lloclla Salazar (2017) realizó una monografía, en la Universidad Privada Antenor Orrego, en la ciudad de Trujillo-Perú con el título: “Sobrepeso y obesidad pregestacional como factores asociados de aborto en pacientes atendidas en el Hospital Victor Ramos Guardia-Huaraz” un estudio observacional analítico (casos: 117 y controles: 237), con los siguientes resultados:

- La edad promedio fue de 24.68 años, de ellas el 37.3% tuvieron sobrepeso que demostró asociarse al aborto espontáneo (OR: 2.98; IC 95%: 1.90-4.69)

- Además el 15.8% fueron obesas y se asoció con una mayor fuerza al aborto espontáneo (OR: 7.86; IC95%: 3.59-17.19).

Rivero Navia y Pintado Abad (2017) realizaron una tesis monográfica, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador; con el título: “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 2017”, el cual constituyó un estudio descriptivo de corte longitudinal, en el que participaron 92 mujeres, en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

- El grupo etario más frecuente fue entre las edades de 20 a 25 años en un 46% con un total de 42 pacientes.

- Los pacientes que poseen algún antecedente patológico personal representan un 31%.

- El tener antecedentes ginecológicos no condiciona de manera notable a la aparición de la producción de un aborto con un 17% de las pacientes que presentaron alguno.

- La edad gestacional más frecuente fue menos de las 12 semanas con un 79% de las pacientes.

- El 65% de las pacientes se reportó que la producción del aborto fue en la primera gestación.

Ana Paula Vidal dos Santos y otros (2016), realizaron una investigación a través de la revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia, con nombre “Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age”, de prevalencia, de corte transversal, con los siguientes resultados:

- Con la participación de 350 féminas, en una ciudad al noroeste de Brasil, con edades que predominaron entre los 20-34 años de edad (51.7%); en dónde se registró una llamativa asociación inversa entre el nivel de educación (alfabetizado o escuela primaria incompleta) con la más alta prevalencia de aborto en estas pacientes (38.5%).

- Por otro lado, el ser estudiante fue un factor protector, estadísticamente significativo frente a aborto (PR= 0.37; 95% CI: 0.14–0.94).

Chinchilla (2016) presentó una tesis, en la Universidad de San Carlos-Guatemala, con el título: “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con aborto”, el cual fue un estudio descriptivo de corte transversal, con la participación de 617 féminas, con los siguientes resultados:

- La población comprendida entre las edad de 21 a 30 años conformaron la mayoría de encuestadas, con el 48% de las pacientes que fueron atendidas por aborto

- Con respecto a educación, las pacientes con escolaridad primaria incompleta, constituyeron el 71% de los casos de abortos

- En cuanto al número de gestación, ser Primigesta y bigesta, en conjunto constituyeron el 57% de las pacientes con pérdidas gestacionales.

Thoai D. Ngo y otros (2014) llevaron a cabo la investigación “Risk factors for repeat abortion and implications for addressing unintended pregnancy in Vietnam”, realizado en tres ciudades diferentes de Vietnam, un estudio de prevalencia, de corte transversal, con los siguientes resultados:

- La edad promedio de las pacientes encuestadas fue de 28.8 años (más del 50% entre 20-30 años, 46% mayor de 30, y menores de 20 años correspondió al 6.2%), la prevalencia de aborto a repetición en esta población fue de 31.7%,

- No hubieron cambios estadísticos significativos entre las pacientes con aborto a repetición y primeros abortos

- En atención a la edad gestacional, nivel de educación y la distancia entre el domicilio y la clínica a la que asistían; así mismo tener 0 hijos (versus 1) disminuyó significativamente las probabilidades de repetición aborto (OR, 0.41; P = 0.009), mientras que tener varias hijas (versus 1) aumentó las probabilidades casi 3 veces (OR, 2.94; P ≤ 0.001).

- En este estudio, se le consultó a las encuestadas acerca del método de planificación mayormente usado, concluyendo que el uso de preservativo masculino y la píldora de emergencia fue la mayormente usadas, y se indagó acerca de la razón por la que no usaban otros métodos, por lo que el 23.4% del grupo de mujeres que tuvo un aborto por primera vez respondieron que desconocían información al respecto, frente al 12.4% de mujeres con aborto a repetición que dieron la misma respuesta. Sin embargo el 21.2% y el 28.3% de las mujeres que tuvieron un aborto por primera vez y las que tuvieron aborto a repetición,

respectivamente, coincidieron que no usaron otro método debido a la desaprobación de su cónyuge.

Baba, Noda, Nakayama, Wagury, Mitsuda y Hiroyasu (2011), realizaron la investigación “Risk factors of early spontaneous abortions among Japanese: a matched case–control study” un estudio de casos y controles (430 casos de aborto espontáneos y 860 controles constituidos por mujeres con partos a término) realizado en Japón, con los siguientes resultados:

- La edad de las pacientes partícipes como casos radicó entre 17 y 49 años de edad con un promedio de 32.5 años; en quienes se destacó como factor de riesgo el fumar cigarrillos (más de 20 diarios) casi duplicó la probabilidad de un aborto espontáneo (OR= 1.99; 95% CI= 1.18-3.35).

- Así mismo aumentó la probabilidad de dicho evento en mujeres que tomaban bebidas alcohólicas (OR= 1.32; 95% CI= 0.97–1.82), que tenían un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m² (OR= 1.34; 95% CI= 0.91–1.96) y que eran mayor a 40 años de edad (OR= 1.98; CI= 1.24–3.23).

- La probabilidad de cursar con un nuevo aborto espontáneo en mujeres con aborto espontáneo previo fue evidente, con un OR de 1.75 (95% CI: 1.26-2.24) para mujeres con un único aborto previo y el doble de probabilidad (OR= 2.00) en mujeres con dos abortos previos.

1.2.2. Nacionales

Olivas L. y Olivas J., (2011) llevaron a cabo una investigación, en la ciudad de León, Nicaragua, titulada: “Factores de riesgo de aborto en mujeres en edad reproductiva ingresadas a la sala de ARO I, Dpto. de Ginecología- HEODRA, en el periodo comprendido 1ro Mayo-

30 septiembre 2011” un estudio analítico, de casos y controles, con la participación de 76 casos y 152 controles con los siguientes resultados:

- Se encontró que en las características sociodemográficos, el grupo mayor de 35 años, el nivel de escolaridad alto y estar soltera mostraron más riesgo de presentar casos, obteniendo unos OR de 2.73, 1.70 y 2.14, respectivamente.

- Así mismo en consideración a los antecedentes gineco-obstétricos se evidenció que las mujeres con antecedentes de uno o más abortos tuvieron más riesgo de presentar casos, teniendo un OR de 9.83, es decir más riesgo de presentar abortos que las que no tenían antecedentes con un intervalo de confianza que tiene significancia estadística.

- En cuanto a las enfermedades durante el embarazo, tuvieron significancia estadística la diabetes mellitus (OR= 4.35; 95% CI= 1.26- 14.95) el hipertiroidismo (OR= 5.60; 95% CI= 1.69-18.5) y la sífilis (OR= 3.50; 95% CI= 1.30-9.45).

- Con lo que se refiere los aspectos psicosociales el tiempo de relación conyugal (OR= 1.90), problemas económicos (OR= 4.34), rechazo de la familia (OR=4.57), presión de la pareja (OR= 4.45), interferencia en los planes de vida (OR= 3.20), problemas de salud (OR= 9.31), paridad satisfecha (OR= 7.60) y abandono de la pareja (OR=3.78) con significancia estadística los cuales, por tanto tuvieron mayor riesgo de presentar aborto.

Oviedo (2008), realizó el estudio monográfico “Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes atendidas en el servicio de ARO I, del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (León-Nicaragua) en el período comprendido Agosto 2007 – Agosto 2008” el cuál fue analítico, de casos y controles, constituidos por dos controles (220) por cada caso (110), concluyendo:

- La disfunción familiar clasificada como moderada y severa estuvo presente en el 19% de las adolescentes con un aborto, definida como caso y sólo se presentó en el 0.3% de los controles, observándose una diferencia del 18%, se logró identificar claramente que las adolescentes con aborto tenían mayor afectación de la funcionalidad familiar que los controles.

Se debe hacer mención que, en nuestro país, la temática de esta investigación, permanece con muy poca actividad investigativa alrededor de esta, por lo que se justifica la revisión de dos únicos trabajos, que guarden el mismo enfoque abordado en esta investigación monográfica.

1.3. Justificación

Considerando al aborto como una problemática de gran relevancia a nivel mundial, que afecta sobre todo países en vías de desarrollo, con tasas de hasta 37 abortos, por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (Sedgh, y otros, 2016) continúa siendo, con un 7.9%, una de las principales causas de mortalidad materna a nivel global (Say, y otros, 2014) y 2.7% de las muertes maternas en nuestro país (Cajina, 2015) por lo que se planteó realizar esta investigación.

El presente estudio, está dirigido al personal de salud como: personal de enfermería, médicos internos y en servicio social, médicos generales y ginecólogos, con el fin de que puedan identificar de manera oportuna los factores asociados en las mujeres embarazadas a través de la implementación de directrices enfocadas en la prevención del aborto, disminuir la incidencia de sus complicaciones e incluso, la mortalidad materna por esta causa.

También, los resultados de esta investigación, serán de utilidad para el sistema de salud, ya que a partir de ello, se podrían implementar nuevas pautas en la identificación temprana de embarazadas en riesgo de aborto y estandarizar el abordaje oportuno de estas pacientes; y en cuanto a las embarazadas, podrían éstas modificar estilos de vida y estar alerta ante situaciones que sugieran riesgos alrededor de una pérdida gestacional, sea por sus antecedentes personales o por entidades propias de la gestación.

Con respecto al valor teórico de la presente investigación, durante la búsqueda de los antecedentes de este, se evidenció poca información en el ámbito nacional al respecto, lo que constituye entonces una temática relevante y actual, que servirá en la implementación de medidas preventivas a través de la identificación temprana de los factores de riesgo en embarazadas y será potencial base bibliográfica para futuras investigaciones de mayor

magnitud, que incluya asociaciones, causalidades, entrecruzamientos de variables con la finalidad de seguir ahondando en esta temática.

El tema seleccionado, conserva un gran impacto en un sistema de salud que busca promover medidas preventivas e identificación precoz de estas complicaciones, en este caso, del aborto. Cabe mencionar que este tema permanece en los lineamientos de investigación en el ámbito de salud, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua.

1.4.Planteamiento del problema

Entre 1990 y 2014, la tasa de abortos a nivel mundial, fue de 35 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 44 años de edad), la disminución de los abortos ocurrió de forma significativa en los países desarrollados (de 46 abortos por cada 1000 habitantes, entre 1990 y 1994, a 27 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva entre 2010 y 2014) que en los países en vías de desarrollo en donde pasaron de 39, entre 1990 y 1994, a 37 abortos por cada 1,000 mujeres, entre 2010 y 2014 (Sedgh, y otros, 2016) esta complicación obstétrica, se coloca como una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial, de modo que el 7,9% de las muertes maternas globales, es debido a complicaciones del aborto (Say, y otros, 2014).

En nuestro país, el 9.9% de los embarazos esperados, son abortos; la proporción de estos aumentó entre el periodo de 2005-2013, de 48.52 a 55.51 decesos por cada 1,000 nacidos vivos. En cuanto a la mortalidad materna, el aborto como causa de muerte representa un 2.7% (entre el periodo 2,000-2,011) de los cuales el 25% constituyó mujeres adolescentes (Cajina, 2015).

En Nicaragua, país en vía de desarrollo, se continúa colocando al aborto como una problemática de gran escala en el ámbito salud-sociedad, lo que constituye un reto magnificado en un sistema de salud enfocado en la prevención y la protocolización del abordaje de este tipo de pérdidas gestacionales, sin embargo la prevalencia de esta complicación, muchas veces prevenible, impera en los múltiples factores de riesgo adyacentes a los desencadenantes del aborto.

Así mismo, a nivel local en el centro de salud del municipio de Santa Lucía, Boaco surge la necesidad de realizar esta investigación, con el fin de implementar medidas preventivas y

tempranas, a través de la identificación de las embarazadas que tienen mayor riesgo de aborto, ya que, contrastado a los últimos años, es un problema en proyección ascendente.

En este municipio de Santa Lucía, Boaco, se atiende anualmente, a unas 190 embarazadas en atención primaria, a las que se le da seguimiento diagnóstico y terapéutico durante todo el periodo gestacional, constituyendo un prototipo de atención prenatal en nuestro país, y que también ha sido afectado por este tipo de problemática en el embarazo, lo que conduce al planteamiento de la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el centro de salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, entre los años 2019 y 2020?

1.5.Objetivos

Objetivo general:

Determinar los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el centro de salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, en el periodo de 2019 a 2020.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.
2. Describir los factores personales y del embarazo asociados al aborto en la población en estudio.
3. Identificar según la forma clínica los tipos de abortos en la población en estudio.

1.6. Marco Referencial

1.6.1. Definición de aborto

Se define aborto, como la terminación del embarazo, desde el periodo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor a 500 gramos, y una longitud céfalo-caudal de menos de 25 cm (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018).

1.6.2. Epidemiología

A nivel global, el 25% de los embarazos terminaron en aborto (entre 2010 y 2014). Cada año, alrededor del mundo, ocurren 35 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años de edad), es decir 56.3 millones de abortos anualmente, sin embargo las mayores tasas de prevalencia se encuentran en los países en vías de desarrollo que cuentan por año 37 abortos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (Say, y otros, 2014).

En Nicaragua, entre el periodo de 2000 a 2009 ocurrieron 1,141 muertes maternas, de las cuales el 58,5% fueron adjudicadas a causas obstétricas, constituyendo al aborto como la 4ta causa de mortalidad en embarazadas (Organización Panamericana de la Salud, 2010) se estima además que del total de los embarazos esperados, 9.9% son abortos; la tasa de aborto aumentó en el periodo 2005 a 2013 de 48,52 a 55,51 casos de abortos por cada 1000 nacidos vivos y en este mismo periodo se determinó que los departamentos del país con mayor prevalencia de abortos fueron los más desarrollados social y económicamente (Managua, Rivas, León, Carazo y Granada) (Cajina, 2015).

En cuantos a los factores sociodemográficos, (medidos entre el año 2000 y 2009) en nuestro país la procedencia urbana correspondió al 66% de todos los abortos, la edad materna en las que más se contabilizó abortos fue de 20 a 24 años (27.38%). Según estado civil, el

14.14% de las mujeres que tuvieron aborto eran madres solteras, 59% estaban en unión de hecho y 23.80% casada. El 32.7% de las mujeres que cursaron con aborto, tenían una nivel de educación primaria o menor (Cajina, 2015).

1.6.3. Clasificación de aborto

1.6.3.1. Según el origen del proceso del aborto

1. Aborto espontáneo: aborto el cual se produce sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente (Cunningham, y otros, 2011)

2. Aborto Inducido: es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal (Cunningham, y otros, 2011) es decir una inducción premeditada del embarazo (Schwarz, Fescina, & Duverges, 2014).

1.6.3.2. Según su frecuencia

1. Pérdida gestacional recurrente: Es el aborto espontáneo en dos o más ocasiones de forma consecutiva o alterna confirmado por ecografía o histopatología (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018).

2. Pérdida gestacional aislada: Es el aborto espontáneo, que aparece de forma aislada en una sola ocasión (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018).

1.6.3.3. Según su forma clínica

3. Amenaza de aborto: El más precoz de los cuadros del aborto espontáneo y hace referencia a la clínica que aparece en una mujer en edad reproductiva, con signos presuntivos de embarazo, amenorrea y útero con cambios acordes a caracteres gestacionales y que cursa con dolor en hipogastrio tipo cólico que coincide con las contracciones del útero, sin

dilatación o modificación del cuello uterino. Puede existir hemorragia genital leve (Schwarz, Fescina, & Duverges, 2014).

4. Aborto inminente o en curso: aumento de sintomatología de la amenaza de aborto (dolor más intenso y sostenido asociado a sangrado transvaginal) y que cursa con modificaciones cervicales irreversibles (Say, y otros, 2014).

5. Aborto inevitable: El aborto inevitable, es la pérdida gestacional en la que, además de las modificaciones cervicales, dolor en bajo vientre, contracciones y sangrado, aparece ruptura de membranas ovulares (Cunningham, y otros, 2011).

6. Huevo muerto retenido: caracterizado por la retención en útero de un feto o un embrión. La paciente no cursa con síntomas o signos de aborto, no hay crecimiento uterino y la hormona gonadotropina coriónica humana disminuye sus niveles. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018).

7. Aborto incompleto: Tipo de aborto en el que el huevo no ha sido expulsado en su totalidad, de modo que hay restos ovulares en cavidad uterina la cual permanece parcialmente ocupada. El útero permanece blando, grande y sin retraerse completamente, además que el cérvix se mantiene dilatado en sus dos orificios, con sangrado profuso y persistente (Schwarz, Fescina, & Duverges, 2014).

8. Aborto completo: el contenido del útero es expulsado espontánea y completamente de este. Luego de las contracciones dolorosas y el sangrado, todo entra en regresión: disminuye le hemorragia, el útero recupera tamaño y consistencia similares a las previas al embarazo además del cierre del orificio cervical (Schwarz, Fescina, & Duverges, 2014)

9. Aborto séptico: es la existencia de algún tipo de aborto (previamente mencionados) asociado a un proceso infeccioso en la cavidad uterina o en el producto (Ministerio de Salud

de Nicaragua, 2018). La manifestación más frecuente de infección después de un aborto es la endometriitis, pero también puede haber parametritis, peritonitis, septicemia e incluso endocarditis (Cunningham, y otros, 2011)

1.6.4. Factores de riesgo

1.6.4.1. Primiparidad

En la actualidad, el hallazgo aislado entre aborto y la condición de primípara, no ha demostrado asociación, sin embargo el ministerio de salud de Nicaragua lo incluye en el Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas, sujeta a que podría acompañar a otros factores de riesgo (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018). La primiparidad se define como el estado de haber dado a luz a un (primer) hijo (Anderson, Keith, Novak, & Elliot, 2003).

1.6.4.2. Edades extremas

Las edades extremas aumentan el riesgo de aborto. Cuando la mujer alcanza 35 años o más, aumenta el riesgo de pérdida gestacional debido a la mayor asociación a anomalías fetales de tipo cromosómicas de modo que en mujeres de 45 años o más, el riesgo de aborto asciende hasta 57%. Por otro lado, las mujeres menores de 20 años, tienen un riesgo de un 11% de este tipo de pérdida gestacional (Prager, Micks, & Dalton, 2020).

1.6.4.3. Multiparidad

En la actualidad, el hallazgo aislado entre aborto y la condición de múltipara, no ha demostrado asociación, sin embargo el Ministerio de salud de Nicaragua lo incluye en el Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas, sujeta a que podría acompañar a otros factores de riesgo (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018). Multiparidad se define

como el estado, en el que la mujer ha parido más de un hijo (Anderson, Keith, Novak, & Elliot, 2003).

1.6.4.4. Antecedente de aborto previo

El antecedente de aborto en embarazos previos aumenta la probabilidad de aborto, independiente a la edad materna (Prager, Micks, & Dalton, 2020). Un estudio publicado en 2019, dio a conocer un fuerte riesgo (con ajuste de edad) de aborto espontáneo en aquellas mujeres que tenían aborto previo, de modo que se obtuvo un OR de 1.54 (95% CI: 1.48 a 1.60) en mujeres con un aborto previo, en mujeres con dos pérdidas gestacionales de este tipo, se obtuvo un OR de 2.21 (95% CI: 2.03 a 2.41) y aquellas mujeres con tres abortos o más previos, el OR fue de 3.97. Todo ello estadísticamente significativo. (Magnus, Willcox, Morken, & Weinberg, 2019). Es decir, las mujeres con historia de aborto previo tienen probabilidad de un nuevo aborto en embarazos posteriores y que esa probabilidad es proporcional al número de abortos previos, de modo que a mayor número de abortos, mayor riesgo de repetición de una nueva pérdida gestacional.

1.6.4.5. Antecedente de embarazo no deseado

La organización mundial de la Salud (OMS) considera en riesgo de aborto a toda mujer con embarazo no deseado, con la gran posibilidad de someterse a un aborto peligroso, sobre todo féminas de bajo nivel económico, de este modo entre un 4,7% y un 13,2% de la mortalidad materna anual puede atribuirse a un aborto sin condiciones de seguridad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

1.6.4.6.Escolaridad

Se sigue señalando al nivel socio-económico bajo como un factor de riesgo para el aborto, de modo que, según la organización mundial de la salud, las mujeres con menos nivel educativo tienen menos acceso a los métodos anticonceptivos modernos (Organización Mundial de la Salud, 2019). Hay varias investigaciones que sugieren que, la baja escolaridad se vincula con el aborto, vale mencionar que en Brasil se realizó un estudio, en el que se identificó que más de la mitad (56.3%) de las mujeres que habían abortado solo tenían algún nivel mínimo de educación, cuyas cifras disminuyen según aumentó la escolaridad (Dias, Passini, Duarte, Sousa, & Faúndes, 2014).

1.6.4.7.Enfermedades durante el embarazo

1. Infección de vías urinarias: Proceso infeccioso en el tracto urinario (bajo o alto), de carácter bacteriano (con frecuencia *Escherichia coli*) el cual se diagnostica con la presencia de 10 o más leucocitos por mm^3 en orina sin centrifugar (contados en cámara de Neubauer) o la identificación de esterasa leucocitaria y nitritos en cintas de uro-análisis o 100,000 UFC/ml de una bacteria en específico en un uro-cultivo, que puede estar asociado o no a síntomas, bacteriuria sintomática y asintomática respectivamente (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018).

En 2019, se realizó en una investigación, en un Hospital de Perú, en donde se conoció que la prevalencia de las infecciones de vías urinarias entre mujeres con diagnóstico de aborto, fue de 22.8%, sin embargo, en el cruce de variables entre las gestaciones y los abortos, se identificó que las pacientes multigestas con Infección de vías urinarias y aborto, constituyeron un 41.8% (Peláez Vives, 2019). Así mismo, en un estudio realizado en otro centro asistencial materno-infantil en Ecuador, se encontró que en la población estudiada de

mujeres que cursaron con aborto, el 63% había tenido infección de vías urinarias, una proporción considerablemente alta comparada a la población general (Delgado Rivera & Estavez Quimi, 2017).

2. Cervico-vaginosis: Inflamación del cérvix y vagina asociado a flujo vaginal causada por Cándidas, Trichomonas o algunas bacterias (Trejo, Hernández Leyva, Carrasco Rico, & René, 2003). En un estudio realizado en Perú se identificó que en las gestantes con vaginosis bacteriana tuvieron mayor riesgo de aborto (RR 4,185; $p = 0.01$) y endometritis (RR 2,441; $p = 0,034$) frente a las pacientes que no presentaron vaginosis (Rado, Mere, & García, 2001).

3. VIH-SIDA: Paciente embarazada que curse con diagnóstico documentado, de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), antes o durante el embarazo, en presencia o no del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) (Organización Mundial de la Salud, 2017). Se ha identificado la asociación entre mujeres con pérdidas tempranas de embarazo y VIH, de modo que las féminas con VIH, tienen un riesgo cinco veces mayor de cursar con un aborto, frente a las embarazadas no portadoras de VIH (Martínez, 2008).

4. Defecto uterino: Del 10 al 15% de las pérdidas gestacionales recurrente, tienen como origen un defecto uterino anatómico, las malformaciones (congénitas) más frecuentes asociadas a aborto son las variaciones del útero doble: el útero bicorne, septado o didelfo. Con un predominio del útero septado (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2001). En cuantos a los defectos estructurales adquiridos, predominan los leiomiomas grandes y múltiples, y en muchos de los casos su ubicación es más importante que el número de éstos, así mismo, y en menor medida, las sinequias uterinas también se asocian a aborto (Cunningham, y otros, 2011).

Cabe también mencionar dentro de los defectos estructurales uterinos o sus componentes, está la insuficiencia cérvico-uterina, cuyo término se define como la dilatación del cuello uterino, indolora durante el 2do trimestre de la gestación, provocando prolapso y abombamiento de las membranas, que termina en la expulsión y muerte del feto inmaduro (Cunningham, y otros, 2011).

1.6.4.8. Enfermedades crónicas

1. Hipertensión arterial crónica: se refiere a un estado de presión arterial alta, con una presión arterial sistólica (PAS), mayor o igual a 140 y presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 milímetros de mercurio (mmHg) diagnosticada previo al embarazo o que se detecta antes de las 20 semanas de gestación o aquel estado hipertensivo que persistió después de 12 semanas posterior a un embarazo (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018). En 2019, La revista internacional de obstetricia y ginecología realizó un estudio con nombre “Early or late pregnancy loss and development of clinical cardiovascular disease risk factors: a prospective cohort study” en el que se identificó relación positiva entre aquellas pacientes que cursaron con abortos, tempranos o tardíos y tenían hipertensión crónica (Horn, y otros, 2019).

2. Diabetes mellitus tipo 2: El Ministerio de salud de Nicaragua, en su normativa 077: Protocolo para el abordaje de alto riesgo obstétrico, define diabetes mellitus como la alteración metabólica de múltiples etiologías, caracterizada por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina, que pudo ser diagnosticada previo a la gestación o bien durante cualquier momento de esta, con cifras de glucemia que cumplen parámetros de diabetes pre gestacional (glucemia en ayuna ≥ 126 mg/dL o glucemia

casual ≥ 200 mg/dL o prueba de tolerancia oral a la glucosa [PTOG] post-carga a las 2 horas ≥ 200 mg/dL) (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018).

Es sabido y muy bien documentado que la diabetes mellitus tipo 2, está relacionada a abortos espontáneos, incluso a anomalías congénitas, de hecho hay un estudio, realizado en Polonia, en el año 2013 en donde se establece un nivel de hemoglobina glucosada alta (8.2% \pm 1.9%) predictor para aborto (Gutaj, Zawiejska, Wender-Ożegowska, & Brązert, 2013). Al año siguiente, en Reino Unido se publicó un artículo de revista en el que se evidenció que, en una población determinada de pacientes diabéticas, que cursaron con embarazo, el 21.1% sufrió aborto, lo que corresponde a una proporción alta comparada a la población general (McGrogan, Snowball, & de Vries, 2014)

3. Hipotiroidismo: Se define hipotiroidismo como cualquier alteración funcional y/o estructural que interfiera en la producción, secreción o acción periférica de las hormonas tiroideas. La enfermedad tiroidea puede afectar el curso del embarazo, así las mujeres en estado gravídico con hipotiroidismo tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor de aborto que las mujeres eutiroideas, de hecho las mujeres que presentan hipotiroidismo durante el embarazo tienen 3,8% de riesgo de aborto tardío en comparación contrastado al 0,9% de riesgo en mujeres con función tiroidea normal. Así mismo se encontró que 6 de cada 100 abortos tardíos pueden ser atribuidos a una deficiencia tiroidea durante el embarazo (Vivas, Cárdenas, Cardozo, Carvajal-Canizalez, & Cifuentes, 2009).

4. Hipertiroidismo: El hipertiroidismo, hace referencia al estado patológico de niveles altos de hormonas tiroideas, de manera sostenida y muchas veces representa un reto diagnóstico frente a los propios cambios del embarazo, ya que comparten una serie de síntomas y signos: intolerancia al calor; nerviosismo, taquicardia y crecimiento de la glándula

tiroidea; constituye la enfermedad tiroidea más frecuente del embarazo, pero que se asocia a menos abortos, frente al hipotiroidismo. En un estudio realizado en 2014 por la Revista Europea de Tiroides, se identificó relación entre las pacientes con hipertiroidismo y aborto, sobre todo en aquellas en donde los niveles altos de hormonas tiroideas fueron tratadas inadecuadamente (Andersen, Olsen, Wu, & Laurberg, 2014).

1.6.4.9. Mala condición socio-económica

La mayoría de los casos de mortalidad materna por aborto, ocurren en países en vías de desarrollo, de modo que existe mayor probabilidad de decesos maternos en mujeres pobres que en mujeres con una mejor condición económica. Se estima que 19 millones de mujeres y niñas, ante embarazos no intencionales y no deseados, enfrentarán las consecuencias mortales de un aborto inseguro. Como resultado de ello, cerca de 70,000 de esas mujeres y niñas morirán, y cientos de miles quedarán con lesiones debilitantes y, con frecuencia, de por vida. Más del 96% de esas mujeres provendrán de las naciones más pobres del mundo (International Planned Parenthood Federatio, 2006).

1.6.4.10. Prácticas de maniobras abortivas:

La OMS define como aborto inseguro al procedimiento para finalizar el embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o se lleva a cabo en un entorno que no tiene los estándares médicos mínimos para realizar el procedimiento o ambas. En el contexto, donde el aborto es limitado por cuestiones de legalidad, las mujeres pobres acuden a profesionales no seguros, que provocan incapacidad y muerte (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La intervención externa que pueden utilizar es variada, así, se documentan algunos medios físicos para su realización (sondas, tallos vegetales), por otro lado, se ha popularizado el uso de algunos medicamentos, como los agonistas de prostaglandinas (Misoprostol) y por último, se documentan algunos métodos quirúrgicos (aspiración y legrado) (Weber, 2017).

1.6.4.11. Falta de método anticonceptivo:

Los métodos anticonceptivos en uso actualmente representan un papel importante en la prevención de los embarazos no deseados. Entre las mujeres que tuvieron embarazos no planificados (que las llevaron a abortar), la mitad había abandonado sus métodos por problemas relacionados con el uso de estos, tales como problemas de salud, efectos secundarios o incomodidades de modo que cada año hay 74 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados, que son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47,000 muertes maternas al año (Organización Mundial de la Salud, 2019).

1.6.4.12. Violencia física y sexual:

La violencia y su asociación con el aborto, se debe en mayor parte de las repercusiones del traumatismo sobre el embarazo, así se demostró en un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró que había una relación positiva entre la violencia física y el número de abortos (PR: 1.13) (Murshid & Gretchen, 2018).

1.6.4.13. Alcoholismo y adicciones:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, en su cuarta edición (DSM-V) define al trastorno por consumo de alcohol como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos en los que están la abstinencia, la tolerancia y el consumo intenso

de la ingesta de alcohol (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En el presente año la American Journal of Obstetrics & Gynecology publicó una investigación en la que se demostró una relación directa entre el consumo de alcohol y el aborto espontáneo, de modo que casi la mitad de las pacientes estudiadas reportaron uso de alcohol al principio del embarazo y 12% sufrieron aborto.

El consumo de esta sustancia y el riesgo de pérdida gestacional fue mayor entre la semana 5 y 10 de gestación, siendo máxima en la 9na semana de gestación (Alexandra C., y otros, 2020). En este informe, se incluye bajo el término “adicciones” al consumo de sustancia concernientes en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) que cumplan con los criterios de trastornos de consumo de sustancias y que engloban al alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes), el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

1.6.4.14. Tabaquismo:

El componente básico del trastorno por consumo de sustancia, es el producto resultante del vínculo entre los síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de ser consciente de las repercusiones. En cuanto al consumo de tabaco, la Asociación Americana de Psiquiatría incluye una serie de criterios diagnósticos, para especificar este tipo de trastorno de consumo de sustancia, los cuales podrían estar asociados además por consumo de cigarrillos media hora después de despertar por las mañanas, fumar a diario, fumar cada vez más cigarrillos por día, y despertar

por las noches para fumar. Entre las consecuencias funcionales que podrían asociarse al consumo del tabaco, además de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y el cáncer, empero, las gestantes tendrán alto riesgo de aborto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En el año 2013, en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Perú, se realizó un estudio de casos y controles, acerca de factores de riesgo de aborto espontáneo, en una población de mujeres embarazadas, en las que se evidenció un vínculo, entre el tabaquismo y el riesgo de aborto, con un OR de 5.7. Es decir, se observó una relación positiva entre el hábito del tabaquismo y el aborto (Sánchez, 2013).

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio

Es un estudio según su enfoque cuantitativo no experimental y con un alcance descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal.

2.2. Área de estudio:

Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, ubicado en Santa Lucía municipio de Boaco, Nicaragua. El cual pertenece al Ministerio de Salud de Nicaragua, en donde se lleva a cabo el programa de atención prenatal, con el cual se le da seguimiento a la población embarazada, para su asesoría, asistencia y tratamiento, durante la gestación, parto y puerperio.

2.3. Universo

40 pacientes embarazadas, en programa de atención prenatal, que cursaron con diagnóstico de aborto entre los años 2019 y 2020

2.4. Muestra

2.1.1. Tamaño de la muestra

Al tratarse de una muestra finita y fácilmente manipulable, se tomará el total de la población que cumplió con los criterios de selección para ser parte de esta investigación lo que estaría entonces constituida por 40 pacientes.

2.1.2. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo como se toma a todo el universo como muestra no se realizó un tipo de muestreo específico, solo considerar los criterios de inclusión y exclusión.

2.1.3. Criterios de inclusión

- Se realizó al menos un control prenatal en el Centro de salud María Antonieta Bendaña Lara.

- Ser parte del programa de atención prenatal, independientemente donde se haya hecho su captación al programa de Atención prenatal
- Expediente clínico disponible y completo

2.1.4. Criterios de exclusión

- Paciente con diagnóstico de embarazo ectópico
- Paciente con embarazo anembrionario
- Paciente con embarazo molar
- Paciente en la cual solo exista registro del aborto, sin ningún control prenatal en su expediente.

2.5. Técnicas y procedimientos

La técnica que se utilizó es la revisión documental, tomando la información de los expedientes clínicos, así la fuente de información corresponde a los expedientes clínicos, por lo que la fuente de información será secundaria.

Se elaboró un instrumento, consiste en un Formulario de revisión de expediente clínico y los datos sustraídos de acuerdo a los objetivos, incluyen datos socio-demográfico de las pacientes estudiadas, además de los factores asociados al aborto (que en investigaciones previas, han sido estadísticamente representativos) y los tipos de abortos según su clasificación clínica.

Se hizo una prueba piloto para su validación, la cual consistió en la aplicación del instrumento a 10 expedientes (25% de la muestra), verificando redacción, ambigüedades y orden de preguntas, así mismo valores mínimos y máximos en variables numéricas, realizando de este modo los cambios necesarios para optimizar el instrumento.

2.6. Plan de tabulación y análisis

Se utilizó el programa Epi Info™ y Microsoft Excel 2013, para elaboración de tablas y gráficos que se obtengan a partir de los resultados recolectados. De modo que se establezcan frecuencias y porcentajes según el valor medido en cada una de las variables. En cuanto a la redacción del informe se realizará en Microsoft Word 2013, y la presentación del trabajo investigativo se realizará en Microsoft PowerPoint 2013.

2.7. Enunciado de las variables por objetivo

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.

- Edad
- Escolaridad
- Procedencia
- Ocupación
- Estado Civil

Objetivo 2: Describir los factores personales y del embarazo, asociados al aborto en la población en estudio.

- Estado nutricional
- Hábitos tóxicos
- Patologías
- Violencia
- Embarazos
- Planificación del embarazo

Objetivo 3: Identificar según la forma clínica los tipos de abortos en la población en estudio.

- Clasificación del aborto

2.8. Operacionalización de las variables

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual obtenida en la encuesta.		Años	Menos de 15 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 Más de 45
Procedencia	Lugar de origen, según el espacio geográfico.		Zona	Urbana Rural
Estado Civil	Condición personal en que se encuentra o no una persona en base a los vínculos con otra persona.		Relación de pareja	Soltera Casada Unión libre
Escolaridad	Grado académico alcanzado por la persona con sus estudios obtenido			Iletrada Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Bachiller Universitario Técnico
Ocupación	Labor que ejerce a cambio o no de un salario		Tipo de labor	Ama de casa Comerciante Maestra Agricultora Otro
Estado nutricional	Condición física que presenta una persona con su peso respecto a su talla. Es decir determinada por su índice de masa corporal.		Clasificación nutricional	Desnutrida Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III
Hábitos tóxicos	Síntomas comportamentales y físicos en los que están la abstinencia, la tolerancia y el consumo		Tipo de hábito	Tabaquismo Alcoholismo Drogadicción

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
	intenso de la ingesta de alcohol u otras sustancias, diagnosticado durante el embarazo o previo a este, documentado en el expediente			
Patologías	Patologías presentes durante el embarazo y patologías crónicas consignadas en el expediente.	En el embarazo	Presencia	Infección de vías urinarias Cervico-vaginosis VIH-SIDA Defecto uterino
		crónicas	Presencia	Hipertensión arterial Diabetes mellitus tipo 2
Violencia	Violencia física y sexual diagnosticada durante el embarazo y documentada en el expediente		Presencia	Si No
Embarazos	Cantidad de niños dados a luz en embarazos previos, con 22 semanas o más semanas de gestación	Embarazos	Número de embarazos	Ninguno 1 2 3 4 o más
	Documentación de uno o más abortos en embarazos previos	Aborto	Presencia	Si No
Planificación del embarazo	Documentación en Historia clínica prenatal de embarazo actual planeado o no planeado		Tipo de razones	Embarazo no deseado Falla de método anticonceptivo Prácticas de maniobras abortiva
Clasificación del aborto actual	Clasificación clínica diagnosticada acerca del tipo de aborto con el que cursó la paciente, documentado en el expediente.		Tipo de aborto	Aborto inminente o en curso Aborto inevitable

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
				Huevo muerto retenido Aborto completo Aborto incompleto Aborto séptico

2.9. Consideraciones éticas

Al aplicar esta investigación, en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara-Santa Lucía, se pidió la autorización al director, para el acceso a la información de los expedientes a evaluar, y se explicaron los objetivos de este trabajo, el impacto tanto social, como en el sector salud, a nivel general y local; así mismo, se definió el compromiso, de manipular la información única y exclusivamente para fines académicos e investigativos, y que datos como nombre, cédula y números telefónicos no serán documentados, ya que no poseen algún impacto en los resultados del informe. Una vez realizado el proceso de investigación, se expusieron únicamente datos estadísticos.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

3.1. Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas, se documentó que la frecuencia por rangos de edad de las mujeres atendidas por aborto fue, en menores de 15 años de 7.5%, 15 a 19 años (15%), 20-24 años (17.5%), 25-29 años (27.5%), 30 a 34 años y de 35 a 39 años con 5 (12.5%) cada uno de ellos respectivamente y 7.5% de 40 a 44 años. Con respecto a la procedencia, 72.5% pertenecían a zona rural del municipio. El estado civil de las pacientes fue unión libre en un 77.5%. Doce pacientes (30%) eran bachilleres, sin embargo el 20% no terminó la secundaria, además solo siete pacientes (17.5%) terminaron la primaria, y el mismo número (n: 7) dejó inconcluso este nivel académico. El 10% tenían un pregrado, y 5% de ellas no tenían ningún nivel académico (iletradas). Y la ocupación de las pacientes incluidas en esta documentación, el 92.5% eran amas de casa (ver tabla No.1).

Siguiendo con el estado nutricional, se presentó un adecuado peso (normal) con respecto a su talla, en el 37.5% las pacientes, se hace contraste, con la parte de la población en obesidad clase 1 (22.5%), y el 25.5% de las pacientes estudiadas (n: 11) que estaban en bajo peso. En cuanto a los hábitos tóxicos, de la población estudiada, no se reportó caso (ver tabla No.2)

De los valores de las variables que caracterizaron las condiciones patológicas durante el embarazo, no se documentó anomalía estructural uterina ni paciente con VIH-SIDA, sin embargo, se identificó que en el 42.5% de la población muestreada cursó con infección de vías urinarias, y que 11 pacientes, es decir el 27.5%, cursó con cervico-vaginosis. Además, el 22.5% de las pacientes (n: 9) fueron diagnosticadas con ambas condiciones, infección de vías urinarias más cervico-vaginosis. Con respecto a las condiciones de enfermedad crónica en el embarazo, no se identificó ningún caso de hipotiroidismo, ni hipertiroidismo, sin embargo, se observó que 5% de la población estudiada (n: 2) cursaba con hipertensión arterial

crónica, y que el 2.5% de las pacientes muestreadas, habían sido diagnosticadas con diabetes pre-gestacional o diabetes mellitus tipo 2 previamente conocida (ver tabla No.3).

Con respecto a la población estudiada, que tenía historia de aborto previo, solo el 5% (n: 2) de la población se documentó éste; 35% de las féminas no tenían historia de paridad anterior, sin embargo, once de las pacientes muestreadas (27.5%) tenía historia de dos embarazos anteriores, y del 22.5% de las pacientes tenía antecedente de un embarazo previo (ver tabla 4).

En referencia a las condiciones no patológicas de las pacientes estudiadas, no se documentó ningún caso de violencia física, sin embargo se identificó que 2.5% (n: 1) tuvo prácticas de maniobras abortivas, por otro lado, el 30% de la población tuvo falla de método anticonceptivo (ver tabla No. 5)

Los tipos de abortos registrados en los expedientes fueron en un 80% abortos completos, además del 10% (n: 4) que fueron diagnosticado como abortos incompletos, en cuanto a los huevos muertos retenidos, estos fueron representados por el 7.5%, y un solo caso (2.5%) de aborto inevitable (ver tabla No. 6).

3.2. Discusión de resultados

En este estudio se realizó una revisión de 40 expedientes, y se observó un franco predominio de pacientes entre las edades de 25-29 años (27.5%), sin embargo también se objetivó que hubo una prevalencia significativa entre las pacientes de 20-24 años (17.5%) y de adolescentes entre 15-19 años (15%), por tanto en esta investigación se identificó que la mayoría de los casos prevalecieron entre las adolescencia y la adultez joven, lo que también se ve respaldado con base a otra investigación en las que estas edades tuvieron gran relevancia, como en la tesis de Rivero Navia & Pintado Abad, 2018, de donde se concluyó que la mayor presencia de abortos había sucedido entre los 20-25 años; por su parte Prager, Micks, & Dalton, 2020 documentaron también alta incidencia en pacientes entre las edades de 20-25, lo que resultó similar comparado a la presente investigación, sin embargo éstos también documentaron incidencia alta en las pacientes mayores a 45 años, empero, en este trabajo no se evidenció ningún caso, ello sujeto al tamaño de la muestra, basando este argumento en que las pacientes mayores a 35 hasta 44 años constituyeron el 20%, lo que sugiere alta presencia de casos en las edades mayores.

Al analizar de forma particular la variable escolaridad, se obtuvo que la mayor proporción, fueron pacientes bachilleres (30%), también entre los resultados se demostró alta prevalencia entre las pacientes que solo habían obtenido la primaria (17.5%) y las pacientes que no concluyeron este grado académico (17.5%), considerándolo desde su frecuencia acumulada (35%), la incidencia entre las pacientes que concluyeron la secundaria, las que solo obtuvieron primaria o que no la terminaron, fue similar. En comparación con Méndez & Saldaña Castillo, 2019, se obtuvieron resultados paralelos en cuanto a la incidencia en la población que cursó con aborto, de modo que predominaron las pacientes que solo habían

alcanzado secundaria o primaria. Refuerza esta postura un estudio en Brazil realizado por Dias, Passini, Duarte, Sousa, & Faúndes, 2014, en el que se identificó que más de la mitad (56.3%) de las mujeres que habían abortado solo tenían algún nivel mínimo de educación.

Tomando en cuenta la procedencia de las pacientes, se identificó que la mayoría provenían de área rural (72.5%) ello concuerda con un estudio realizado en Ecuador por Andrade, 2019, donde se identificó que la mayoría de las féminas con algún aborto, provenían de área rural e incluso se estableció, en ese estudio, como un factor de riesgo. Otra variable a mencionar es la de ocupación de cada paciente, observando que en su gran mayoría (97%) corresponde a pacientes amas de casa, y aunque acerca de este factor, no haya un estudio que lo vincule de forma directa con los abortos, está sujeto a otros elementos que condicionan una situación de aborto, de esta forma, cuando se entrecruzó esta variable con nivel académico, se pudo observar que gran parte de las féminas, además de ser amas de casa, solo habían alcanzado la primaria, completa o incompleta (35%), secundaria incompleta (20%) y bachilleres (27.5%), por tanto, en esta investigación se observó que, además de ser mayormente, amas de casa, solo tenían un nivel mínimo de formación académica (ver tabla 14).

Con respecto al estado nutricional de las pacientes estudiadas, aunque se observó que la mayoría poseía un estado normal de nutrición (37.5%), se identificó también que una proporción importante poseía bajo peso (27.5%), u obesidad clase I (22.5%), lo que confiere gran relevancia para esta investigación, ya que se logró documentar que gran parte de los expedientes estudiados, condicionaron par de situaciones que han sido vinculadas con el aborto, como el estudio hecho por Moradinazar y otros, 2020, en donde se identificó que a mayor IMC, aumentaba la probabilidad de abortos espontáneos, de modo que cuando las pacientes alcanzaron la obesidad clase I la probabilidad de aborto se duplicó (OR= 2.4; 95%

CI= 1.1-5.5); por otro lado, Mendoza, 2019, identificó en su tesis una baja prevalencia (6,4%) de pacientes con bajo peso, lo que forma una analogía con la presente investigación, y llama la atención ya que en la presenta tesis si toma una representación relevante de la muestra.

Del cruce de variables entre el estado nutricional y enfermedades crónicas, se observó que todas las pacientes con condiciones crónicas, se establecieron también en estados nutricionales alterados, de modo que de las pacientes con HTA-crónica, una tenía bajo peso, otra paciente era obesa clase III, y en cuanto a persona diabética (2.5%) era también obesa clase 1 (ver tabla 15) cabe destacar que las patologías crónicas, aunque con poca presencia en este estudio, identificándose HTA-crónica (5%), y diabetes mellitus tipo 2 (2.5%), en estudio realizado por Olivas L. y Olivas J., (2011) en donde se objetiva relación estadísticamente significativa entre el aborto y la diabetes mellitus tipo 2, sin embargo por las características del estudio actual no se puede confirmar ni rechazar dicha relacion en este estudio en particular.

Al considerar las condiciones patológicas durante el embarazo, no se identificó ninguna paciente con VIH-SIDA, ni con defecto uterino, sin embargo, se observó una representación importante de pacientes con infección de vías urinarias (42.5%), y con diagnóstico de cervico-vaginosis (27.5%), y pacientes que cursaron con ambas entidades a la misma vez (22.5%), se correspondió muy bien con el trabajo realizado por Mendoza, (2019), en donde también se observó alta prevalencia de las infecciones urinarias (44.5%), y cervico-vaginosis (65.9%), lo que cobra relevancia por la ya documentada asociación de estas condiciones con el aborto.

Rivero Navia y Pintado Abad, (2017), realizaron un estudio en el que observaron que la mayoría de pacientes que fueron diagnosticada con aborto, cursaba con su primer embarazo

(65%), lo que concuerda con la presente investigación; en ésta se obtuvo el hallazgo de que el grupo que mayor prevaleció fue el de las mujeres nulíparas (35%), otra investigación fue la de Chinchilla, 2016, que coincidió también en que la mayoría de las pacientes eran nulíparas o bigesta, ello le confiere importante atención sobre esta variable ya que, junto a otras situaciones, podrían condicionar la situación de una pérdida gestacional de este tipo.

Así mismo, abordando el antecedente de aborto previo, en este estudio, no hubo mayor relevancia como factor presente en las pacientes que abortaron, de modo que se obtuvo que el 5% de las pacientes estudiadas, tenían antecedente de pérdida gestacional antes de las 22 semanas, comparado al estudio realizado por Baba, Noda, Nakayama, Wagury, Mitsuda y Hiroyasu (2011), en donde se incluso al aborto previo como factor de riesgo de un nuevo aborto, sin embargo, por características del presente estudio no se logró determinar dicha relación.

Por otro lado, en esta investigación se buscaron datos de violencia física y sexual documentadas en el expediente, sin embargo se objetivó que el 100% de las féminas no la sufrió, así mismo, poca fue la prevalencia de los casos acerca de las pacientes que habían realizado prácticas de maniobras abortivas (2.5%), empero, las pacientes que reportaron falla del método anticonceptivo (30%) tuvieron una prevalencia relevante en esta investigación.

Finalmente, la última variable a considerar es el tipo de aborto con el que cursaron las pacientes al momento del diagnóstico, identificándose una evidente predominio de los abortos completos (80%), sobre el huevo muerto retenido (7.5%) y aborto inevitable (2.5%). Por tanto la mayoría de pacientes acudió por asistencia médica una vez completado el aborto. En cuanto a la entrecruce de las variables edad y el tipo de aborto diagnosticado, se observó de forma relevante, que aunque el aborto completo estuvo mayormente presente (80%), la

distribución según las edades, se enmarcó más entre 15 y 29 años mostraron una frecuencia acumulada de 45%, que se correspondió muy bien a los elementos predominantes de cada variable.

3.3. Conclusiones

Con respecto a las características sociodemográficas, predominó el rango de edad de 25-29 años, de procedencia rural, con estado civil de unión libre y amas de casa.

Los factores personales y del embarazo se encontró respecto al estado nutricional, hubo importante presencia de pacientes con obesidad clase I y bajo peso; ninguna documentó hábito tóxico y se observó alta prevalencia de las pacientes que cursaron con infección de vías urinarias y las pacientes con vaginosis. Pocas tenían antecedentes de aborto, hipertensión arterial crónica y diabetes mellitus tipo 2 o diabetes pre-gestacional; la mayoría eran nulíparas y se evidenció la falla de algún método anticonceptivo;

Con respecto a los tipos de aborto según su clínica, prevaleció el aborto completo, seguido del aborto incompleto y el huevo muerto retenido.

3.4. Recomendaciones.

Al sistema local de atención integral en salud de Boaco:

1. Reforzar los programas en atención primaria para la identificación temprana de factores asociados a aborto, con hincapié en el control prenatal, y todos los elementos que lo integran, con el objetivo de repercutir sobre aquellos factores de riesgo modificables.
2. Dar continuidad de forma constante a la educación sobre salud sexual y reproductiva.
3. Promover la realización de investigaciones acerca de factores de riesgo que condicionan la complicación de aborto, con el fin de incidir en la ocurrencia del problema, sobre los factores de riesgo modificables.

Al centro de salud “María Antonieta Bendaña Lara”, Municipio de Santa Lucía, Boaco:

1. Dar a conocer los resultados de esta investigación al personal asistencial de este centro de atención.
2. Entrenar constantemente, al personal que atiende a las embarazadas, en la identificación temprana de los factores de riesgo de aborto, para un abordaje precoz, con el fin de prevenir dicha complicación.
3. Garantizar la docencia, de forma periódica, al personal asistencial con base en las normativas nacionales del Ministerio de Salud de Nicaragua, que implican el abordaje de la paciente embarazada.
4. Garantizar la valoración por médico especialista en gineco-obstetricia de todas las pacientes con factores de riesgo asociados a aborto en gestantes de esta unidad de salud.

CAPÍTULO IV. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Alexandra C., S., Digna R., V. E., James C., S., Pingsheng, W., Sarah H., J., Eric S., T., & Katherine E., H. (2020). Week-by-week alcohol consumption in early pregnancy and spontaneous abortion risk: a prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1.e1-1.e16.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2001). Management of recurrent early pregnancy loss, Number 24. *ACOG practice bulletin*, 179-190.
- Andersen, S. L., Olsen, J., Wu, C. S., & Laurberg, P. (2014). Spontaneous Abortion, Stillbirth and Hyperthyroidism: A Danish Population-Based Study. *European Thyroid Journal*, 164-172.
- Anderson, D. M., Keith, J., Novak, P. D., & Elliot, M. A. (2003). *Diccionario Mosby : medicina, enfermería y ciencias de la salud, sexta edición*. Madrid: ElSevier.
- Andrade, V. N. (2019). *Perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, Hospital Liboalo Panchana*. Guayaquil.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. España: Panamericana.
- Cajina, J. C. (02 de Junio de 2015). *El Aborto como problema de Salud Pública*. Obtenido de OPS Nicaragua:
https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=710-boletin-informativo-el-aborto-un-problema-de-salud-publica&category_slug=datos-y-estadisticas&Itemid=235
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Dwight, R., & Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia 23va Edición*. Brasil: McGrawHill.
- Dias, T., Passini, R., Duarte, G., Sousa, M., & Faúndes, A. (2014). Association between educational level and access to safe abortion in Brazilian population. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 224-227.
- Gutaj, P., Zawiejska, A., Wender-Ożegowska, E., & Brązert, J. (2013). Maternal factors predictive of first-trimester pregnancy loss in women with pregestational diabetes. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 21-28.

- Haddad, L. B., & Nour, N. M. (2009). Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. *Reviews in obstetrics & gynecology vol. 2,2*, 122-126.
- Horn, J., Tanz, L. J., Stuart, J. J., R., M. A., Geraldine, S., B., R. E., . . . W., R.-E. J. (2019). Early or Late Pregnancy Loss and Development of Clinical Cardiovascular Disease Risk Factors: a Prospective Cohort Study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 33-42.
- International Planned Parenthood Federatio. (2006). *Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza*.
- Magnus, M., Willcox, A. J., Morken, N.-H., & Weinberg, C. R. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 364:1869.
- McGrogan, A., Snowball, J., & de Vries, C. (2014). Pregnancy losses in women with Type 1 or Type 2 diabetes in the UK: an investigation using primary care records. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 357–365. doi:<https://doi.org/10.1111/dme.12332>
- Mendez Carbonell, R. P. (2019). Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia, Hospital La Caleta, 2018. Nuevo Chimbote, Perú.
- Méndez, R. P., & Saldaña Castillo, J. A. (2019). *Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia, Hospital La Caleta, 2018*. Nuevo Chimbote.
- Mendoza, M. E. (2019). Factores de Riesgo Asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años, en el Hospital San Juan de Luringancho 2018. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2018). *Protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétrico*. Managua.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2018). *Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas*. Managua.
- Murshid, N., & Gretchen, E. (2018). The Relationship Between Partner Violence and Number of Abortions in a National Sample of Abortion Patients. *Violence and victims*, 585-603.
- Olivas, L., & Olivas, J. C. (2012). *Factores de riesgo de aborto en mujeres en edad reproductiva ingresadas a la sala de ARO I, Dpto. de Ginecología-HEODRA, en el periodo comprendido 1ro Mayo-30 septiembre 2011*. León.

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Tendencia de la razón de mortalidad materna registrada en Nicaragua, según quinquenios*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=398-boletin-odm-5-nicaragua&category_slug=salud-de-la-mujer-y-salud-sexual-reproductiva&Itemid=235
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud - 2da Edición*. Obtenido de OMS:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2017). *Preguntas y Respuestas sobre el VIH/SIDA*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/features/qa/71/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (25 de Octubre de 2019). *Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/es/news-room/detail/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
- Organización Mundial de la Salud. (25 de Septiembre de 2020). *Prevención del aborto peligroso*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- Prager, S., Micks, E., & Dalton, V. (29 de Junio de 2020). *Pregnancy loss (miscarriage): Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation*. Obtenido de UpToDate:
<https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>
- Rivero Navia, M. J., & Pintado Abad, S. (2018). *Frecuencias 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 2017*. Guayaquil.
- Rivero Navia, M. J., & Pintado Abad, S. V. (22 de Abril de 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 2017*. Guayaquil, Ecuador.

- Sánchez, J. (2013). *Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho-Lima, durante el periodo de agosto a diciembre 2012*. Tesis, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Gineco-obstetricia, Lima. Obtenido de http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2327/84_2013_sanchez_cjuno_j_facs_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., . . . Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet*, 323-333.
- Schwarz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2014). *Obstetricia 6ta Edición*. Buenos aires: El Ateneo.
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., . . . Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 258-267.
- Vivas, C., Cárdenas, J., Cardozo, S. M., Carvajal-Canizalez, K., & Cifuentes, J. C. (2009). Hipotiroidismo y riesgo de aborto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 179-186.
- Weber, F. (2017). *Obstetricia y Ginecología: Aborto Provocado*. Obtenido de Síntesis: Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/obstetricia-y-ginecologia/425-3-01-2-001>

CAPÍTULO V. ANEXOS

8.1. Instrumento de recolección de información



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FORMULARIO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE

El presente instrumento, pretende recolectar información exclusivamente del expediente clínico, como parte de la investigación titulada:

“Factores Asociados Al Aborto En Mujeres Atendidas En El Centro De Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, En El Periodo De 2019 A 2020”

Este trabajo tiene como principal objetivo determinar cuáles son los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en el centro salud antes mencionado. La información obtenida por este medio, se limitará a fines estrictamente académicos e investigativos.

Responsable de la recolección de datos: Br. Franco Espinoza Sánchez.

No. De Ficha _____ **No. Expediente:** _____

Se Marcará con un “X” cada ítem, según corresponda:

1. Datos sociodemográficos

A. Edad:

< 15 años _____ 15-19 años _____ 20-24 años _____
25-29 años _____ 30-34 años _____ 35-39 años _____
40-44 años _____ > o = 45 años _____

B. Procedencia:

Urbana: _____ Rural: _____

C. Estado civil:

Soltera: _____ Casada: _____ Unión libre: _____

Escolaridad:

Iletrada: _____ Primaria incompleta: _____ Primaria completa: _____

Secundaria incompleta: _____ Bachiller: _____ Universitaria: _____ Técnico: _____

D. Ocupación:

Ama de casa: _____ Docente: _____ Comerciante _____ Agricultora: _____ Otra _____

Especificar _____

2. Factores personales y del embarazo, asociados al aborto

A. Estado Nutricional:

Desnutrida: _____ Normal: _____ Sobrepeso: _____ Obesidad clase I: _____

Obesidad clase II: _____ Obesidad clase III: _____

B. Hábitos tóxicos:

Tabaquismo: _____ Alcoholismo: _____ Drogadicción: _____

C. Patologías. Marque con X

Patologías embarazo	Si	No
Infección de vías urinarias		
Cervico-vaginositis		
Defecto uterino		
VIH-SIDA		
Patologías crónicas		
HTA		
DM		
Hipertiroidismo		
Hipotiroidismo		

A. Prácticas de maniobras abortivas:

Si: _____ No: _____

B. Antecedente de aborto previo

Si: _____ No: _____

C. Paridad:

Ninguna: _____ una _____ dos _____ Tres _____ Cuatro o más: _____

D. Falla de método anti-conceptivo:

Si: _____ No: _____

E. Violencia física y sexual:

Si: _____ No: _____

F. Tipos de aborto

Aborto inminente o en curso: _____ Aborto inevitable: _____ Huevo muerto retenido: _____

Aborto completo: _____ Aborto incompleto: _____ Aborto séptico: _____

8.2. Tabla de resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020

n=40

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15 años	3	7.5
15-19 años	6	15.0
20-24 años	7	17.5
25-29 años	11	27.5
30-34 años	5	12.5
35-39 años	5	12.5
40-44 años	3	7.5
Procedencia		
Urbana	11	27.5
Rural	29	72.5
Estado Civil		
Casada	9	22.5
Unión libre	31	77.5
Escolaridad		
Iletrada	2	5.0
Primaria incompleta	7	17.5
Primaria completa	7	17.5
Secundaria incompleta	8	20.0
Bachiller	12	30.0
Pregrado	4	10.0
Ocupación		
Ama de casa	37	92.5
Docente	1	2.5
Comerciante	1	2.5
Otro	1	2.5

Fuente: Formulario de revisión de expediente

Tabla 2. Estado nutricional y hábitos tóxicos de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020

n=40

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	11	27.5
Normal	15	37.5
Sobrepeso	3	7.5
Obesidad clase I	9	22.5
Obesidad clase II	1	2.5
Obesidad clase III	1	2.5
Hábitos tóxicos		
Ninguno	40	100

Fuente: Formulario de revisión de expediente

Tabla 3. Patologías de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020

n=40

En el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Cervico-vaginosis	11	27.5
Infección de vías urinarias	17	42.5
Cervico-vaginosis e IVU	9	22.5
Crónicas		
HTA-crónica	2	5.0
Diabetes mellitus 2 o diabetes Pre-gestacional	1	2.5

Fuente: Formulario de revisión de expediente

Tabla 4. Embarazos de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020

n=40

Número de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	14	35.0
Una	9	22.5
Dos	11	27.5
Tres	5	12.5
Cuatro más	1	2.5
Antecedente de aborto previo	2	5.0

Fuente: Formulario de revisión de expediente

Tabla 5. *Planificación de los embarazos de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*

n=40

Planificación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Falla de método anti-conceptivo	12	30.0
Prácticas de maniobras abortivas	1	2.5

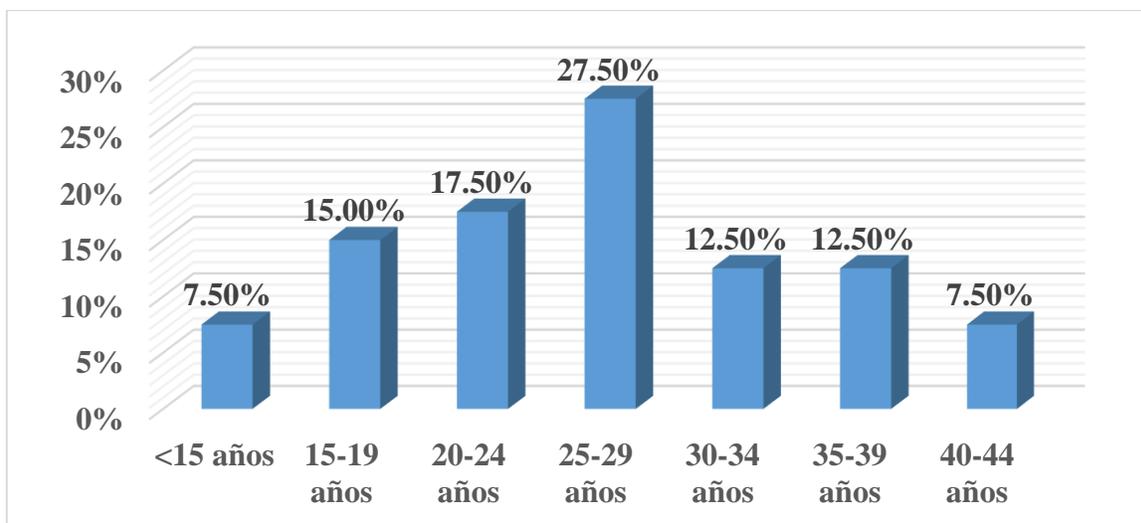
Fuente: Formulario de revisión de expediente

Tabla 6. *Clasificación del aborto actual de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*

n=40

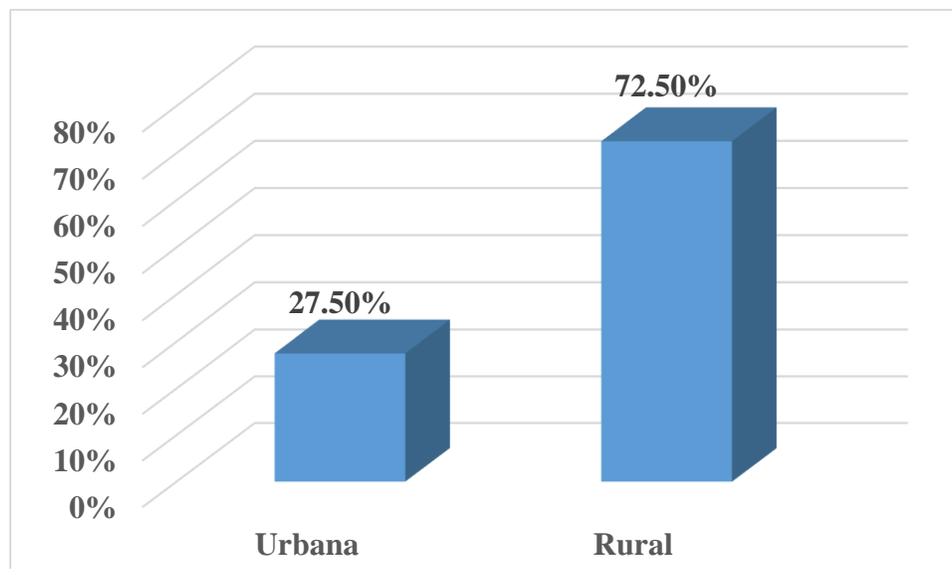
Clasificación del aborto actual	Frecuencia	Porcentaje
Aborto inevitable	1	2.5
Huevo muerto retenido	3	7.5
Aborto completo	32	80

Gráfico 1: *Edad de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*



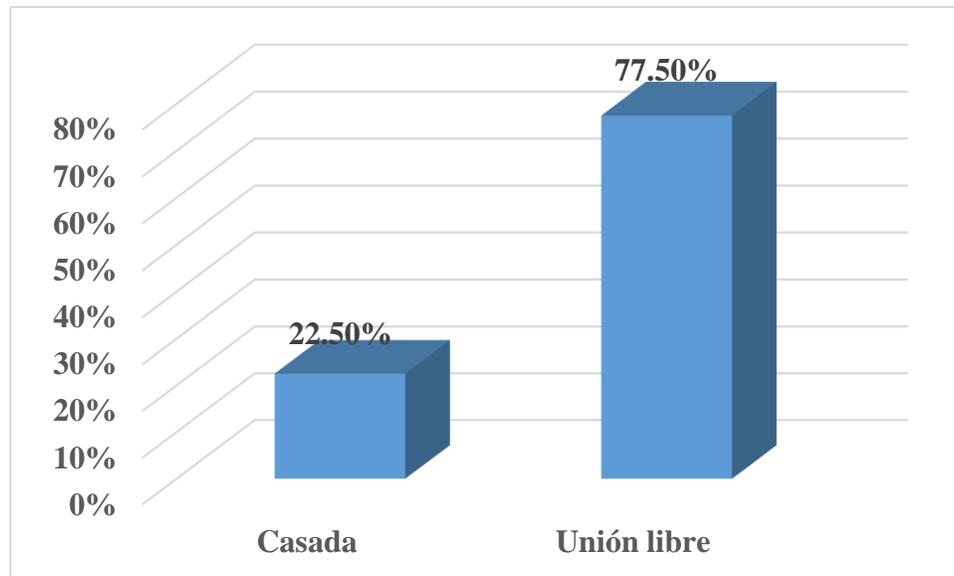
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2: *Procedencia de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*



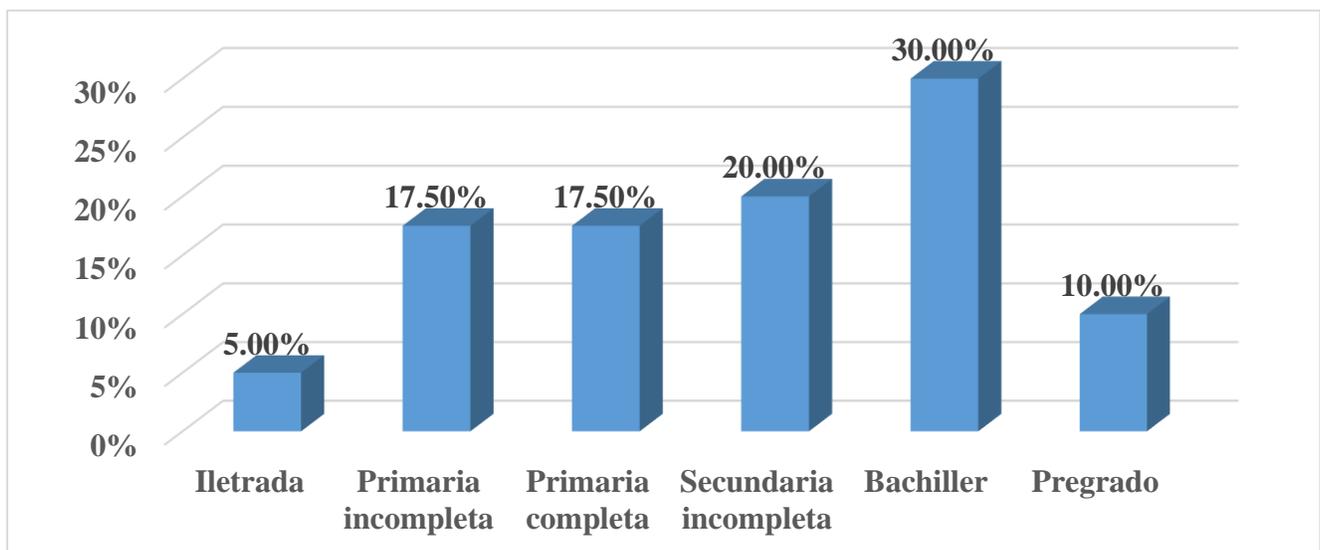
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3: Estado civil de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020



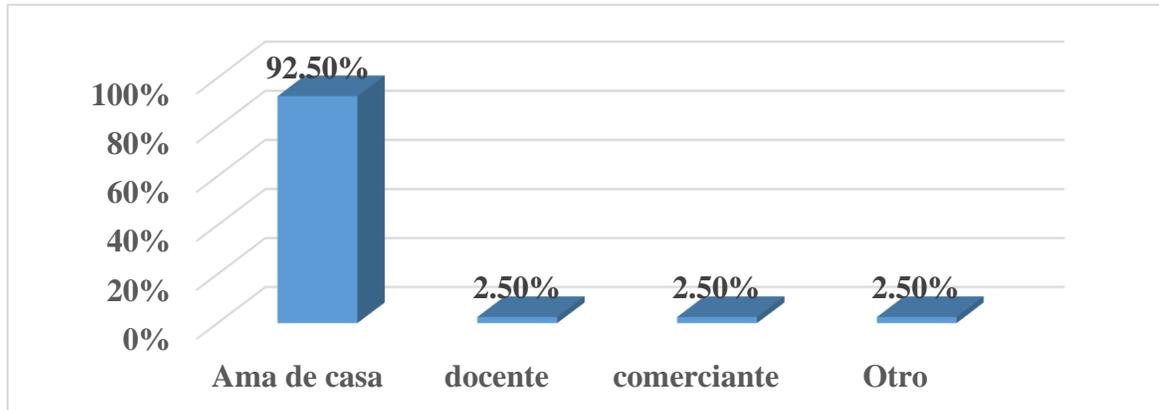
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4: Escolaridad de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020



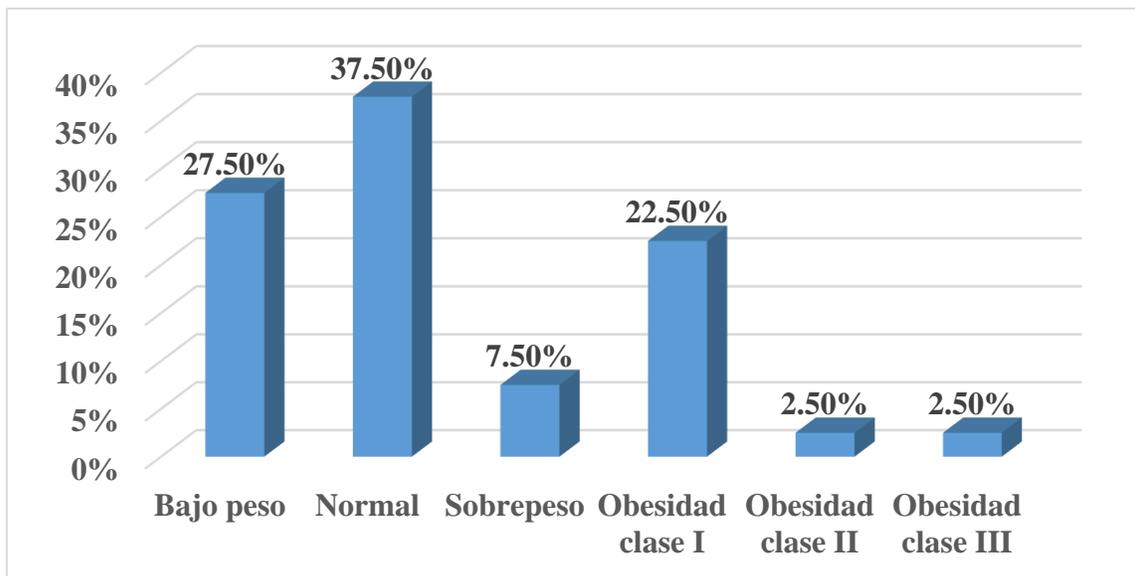
Fuente: Tabla 1

Gráfico 5: *Ocupación de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*



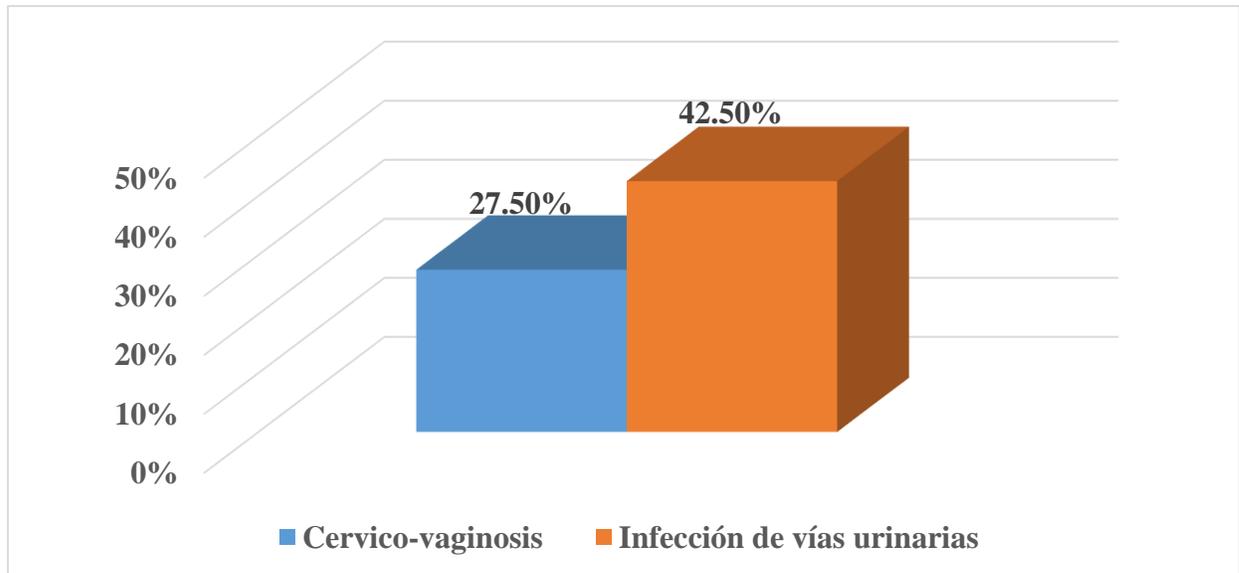
Fuente: Tabla 1

Gráfico 6: *Estado nutricional de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*



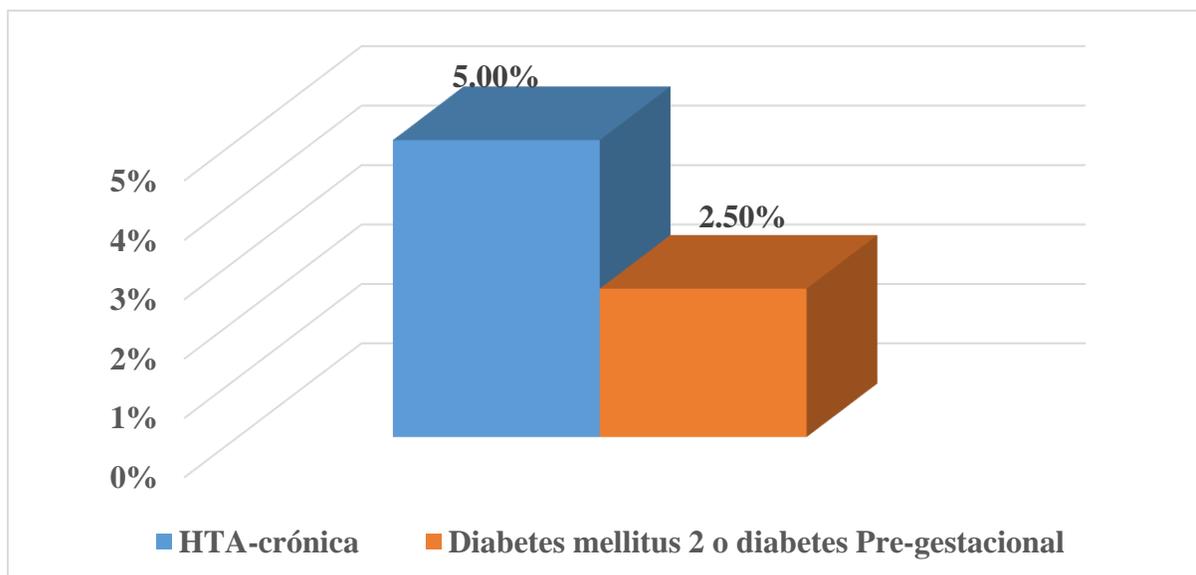
Fuente: Tabla 2

Gráfico 7: Condición patológica durante el embarazo de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020



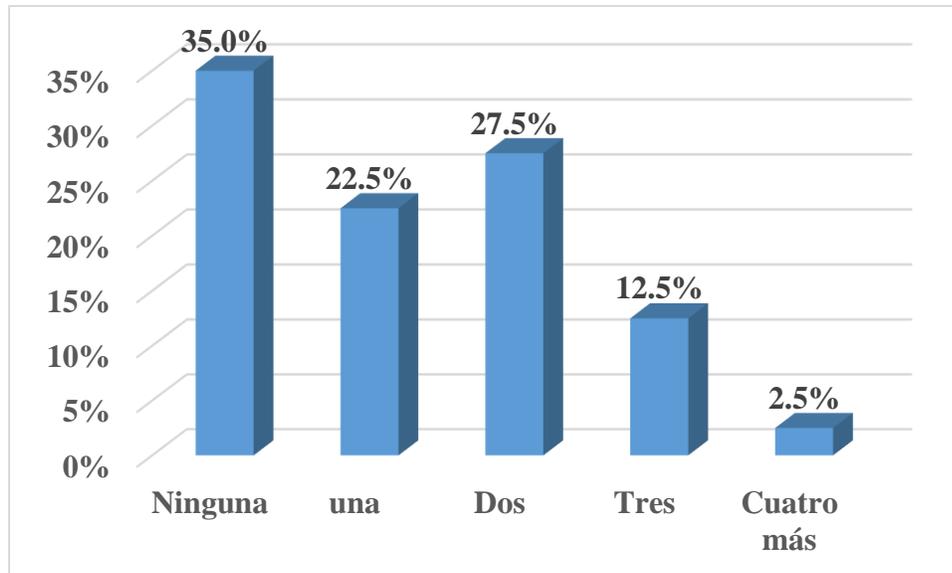
Fuente: Tabla 3

Gráfico 8: Condición patológica crónica en el embarazo de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020



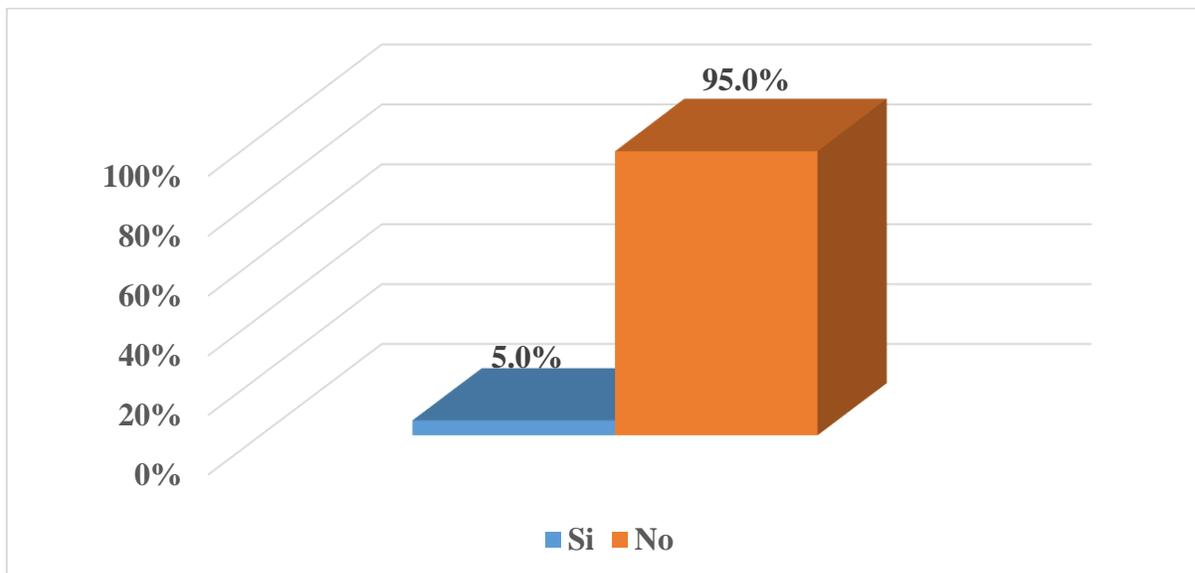
Fuente: Tabla 3

Gráfico 9: Paridad de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020



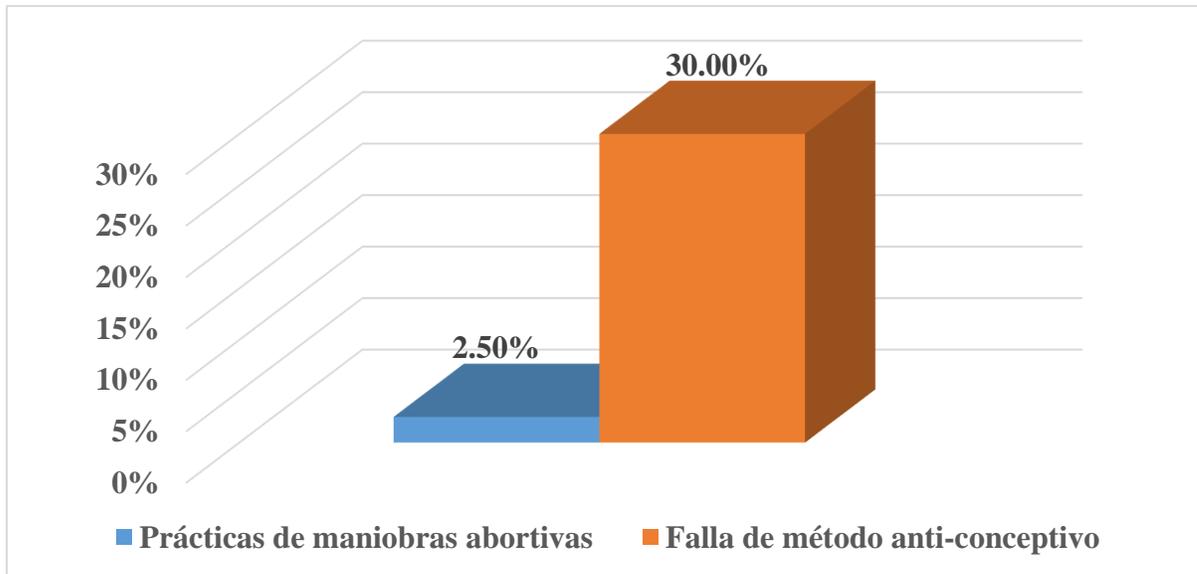
Fuente: Tabla 4

Gráfico 10: Antecedente de Aborto Previo de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020



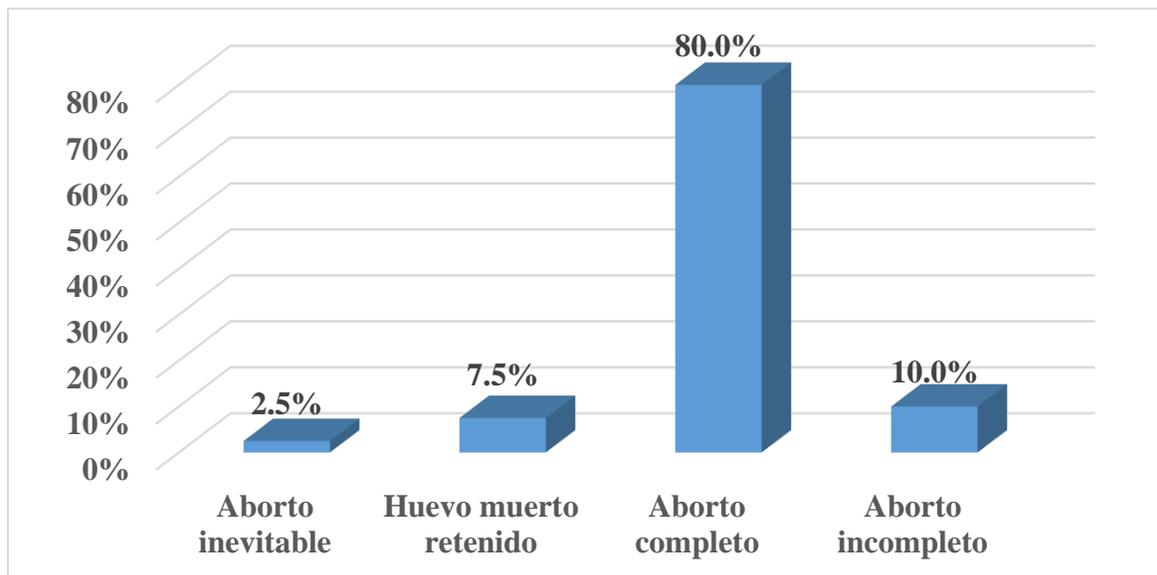
Fuente: Tabla 4

Gráfico 11: *Condición no patológica en el embarazo de las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*



Fuente: Tabla 5

Gráfico 12: *tipo de aborto en las mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara, Santa Lucía-Boaco, 2019 A 2020*



Fuente: Tabla 6