



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, MATAGALPA
UNAN – CUR MATAGALPA**

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO
Y CIRUJANO**

TEMA:

Factores de riesgo asociados a aborto espontáneo y sus complicaciones en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, último trimestre 2023.

AUTORES:

Daniela De Los Ángeles Blandón Hernández

Harold Jose Blandón Torrez

Naydeling María Jiménez González

CONDUCTORES DE LA INVESTIGACION:

Dra. Cinthia María Zamora López

Especialista en Gineco- obstetricia



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, MATAGALPA
UNAN – CUR MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD**

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO
Y CIRUJANO**

TEMA:

Factores de riesgo asociados a aborto espontáneo y sus complicaciones en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina , último trimestre 2023.

AUTORES:

Daniela De Los Ángeles Blandón Hernández
Harold Jose Blandón Torrez
Naydeling María Jiménez González

CONDUCTORES DE LA INVESTIGACION:

Dra. Cinthia María Zamora López

DEDICATORIA

La presente Tesis sintetizan nuestros deseos constantes de superación y dedicación para lograr obtener nuestra profesión, está dedicada a Dios, ya que gracias a él hemos logrado concluir nuestra carrera, a nuestros padres ya que ellos siempre estuvieron a nuestro lado brindándonos su apoyo y sus consejos para hacer de nosotros una mejor persona, a nuestros hermanos y tutores por sus palabras y su confianza ,por su amor y por brindarnos el tiempo necesario para realizarnos profesionalmente, a nuestros amigos, compañeros, y todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para el logro de nuestros objetivos.

Naydeling María Jiménez González, Daniela de los Angeles Blandón Hernández,
Harold José Blandón Torrez.

AGRADECIMIENTO

Dejamos constancia de nuestro agradecimiento: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua CUR- MATAGALPA, departamento de ciencias, tecnología y salud, por habernos aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para culminar la carrera, así como también a sus autoridades y docentes que compartieron sus conocimientos durante el transcurso de nuestra carrera, a la Dra. Cinthia María Zamora López y Dr. Miguel Ángel Estopiñan por ser los conductores de esta investigación, por brindarnos la oportunidad de recurrir a sus capacidades y conocimientos científicos, así como también habernos tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo de la presente investigación, previo a la obtención del título de Médico y cirujano . principalmente a Dios y a nuestras queridas familia por brindarnos su amor, apoyo y ser nuestro motor de fuerza e inspiración emocional para cumplir un logro más en nuestras vidas.

Naydeling María Jiménez González, Daniela de los Angeles Blandón Hernández,
Harold José Blandón Torrez.

CARTA AVAL DEL TUTOR



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Carta Aval

A quien concierne:

Me dirijo a ustedes con el fin de avalar la investigación de los Br. Naydeling María Jiménez González, Daniela de los Ángeles Blandón Hernández y Harold José Blandón Torrez, la cual lleva por título: **"Factores de riesgo y complicaciones asociadas al aborto espontáneo en pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el último trimestre 2023"**. Como tutora de esta investigación, he podido constatar la exhaustividad y rigor con el que se ha abordado el complejo tema de los factores de riesgo para el aborto espontáneo, así como sus complicaciones.

Los autores han demostrado un profundo conocimiento de la literatura científica y han realizado un análisis crítico de los estudios existentes. Este trabajo no solo contribuye a ampliar nuestro entendimiento sobre las causas de la pérdida gestacional, sino que también sienta las bases para futuras investigaciones y estrategias de prevención, siendo así un valioso aporte al campo de la obstetricia.

Se extiende la presente en la ciudad de Matagalpa, a los siete días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro.

Dra. Cinthya Zamora López
MEDICO Y OBSTETRA
ESPECIALIZADA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRIA
COD. MINSA 43379

Dra. Cinthya María Zamora López

Código MINSA 43379

Ginecologa y Obstetra

RESUMEN

Esta tesis analiza los factores de riesgo y las complicaciones asociadas al aborto espontáneo, adoptando un enfoque lógico positivista. Siendo un trabajo descriptivo de corte transversal retrospectivo, Mediante un estudio cuantitativo, se recopilan y analizan datos de pacientes que han sufrido abortos espontáneos para identificar las variables más relevantes, perfil socio-demográfico y abordaje clínico, factores de riesgo que conllevan a que ocurra un aborto espontáneo, complicaciones asociadas al aborto espontáneo.

Los hallazgos destacan que la edad materna avanzada, antecedentes obstétricos desfavorables y ciertas condiciones de salud preexistentes incrementan el riesgo de aborto espontáneo. Además, se exploran las complicaciones físicas, enfatizando la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la atención durante el embarazo de las mujeres afectadas.

Algunas conclusiones importantes son

Se logra clasificar a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina según grupo etario por antecedentes personales o familiares, edad, tipo de complicación y datos personales. Obteniendo como principales en caso de las edades, pacientes entre 22 a 34 años, primigestas, en primer trimestre del embarazo, pacientes ama de casa de las cuales la mayoría no consume ningún tipo de sustancia que lo agrave.

Se demuestra , en tanto a los factores de riesgos asociados al desarrollo del aborto espontáneo en las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del HECAM los principales y más preocupantes son la paridad, las semanas de gestación y la ocupación, puesto que es donde más se observa un aumento radical.

INDICE

CAPITULO I	1
1.1 INTRODUCCION.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACION	4
1.4 OBJETIVOS DE INVESTIGACION	5
CAPITULO II	6
2.1 MARCO REFERENCIAL	6
2.1.1 ANTECEDENTES	6
2.1.2 MARCO TEORICO	9
2.1.2.1 DEFINICIÓN	9
2.1.2.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA.....	9
2.1.2.3 CLASIFICACIÓN SEGÚN FORMAS CLÍNICAS	10
2.1.2.4 CLASIFICACIÓN CIE-10. PROPUESTA HISTORIA CLINICA CLAP EN BASE A LA CIE-10..	12
2.1.2.5 FACTORES DE RIESGO	13
2.1.2.6 DIAGNOSTICO.....	18
2.1.2.7 SEGUN FORMAS CLÍNICAS	20
2.1.2.8 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS AUXILIARES	22
2.1.2.9 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	24
2.1.2.10 COMPLICACIONES.....	26
2.1.2.11 PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO.....	28
2.1.3 MARCO LEGAL	30
2.2 PREGUNTAS DIRECTRICES	31
CAPITULO III	32
3.1 DISEÑO METODOLOGICO	32
CAPITULO IV	35
4.1 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	35
CAPITULO V	43
5.1 CONCLUSIONES	43
5.3 ANEXOS	48

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

El aborto es la complicación más común en el embarazo dándose tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo siendo más frecuente en estos últimos, ya sea por su nivel educativo, económico y psicosocial.

Dentro de la medicina el aborto se define como la perdida del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación o un feto con un peso menor a 500 gramos, ya sea con o sin contracciones uterinas. Durante las primeras semanas del embarazo cuando una mujer presenta síntomas de dolor o hemorragia las posibilidades diagnosticas son un embarazo viable, embarazo no viable

Dentro de los tipos de abortos están el aborto inducido o provocado derivándose de este el farmacológico y el quirúrgico; y también se encuentra el aborto natural o espontáneo siendo este último la perdida involuntaria del embarazo antes de las 20 semanas de gestación representando alrededor del 10% al 20% de los embarazos diagnosticados. (Isadora, Hospital Clinca, 2021)

Además de los factores de riesgo, el aborto espontáneo puede dar lugar a complicaciones físicas y emocionales que requieren atención médica y apoyo psicológico.

En esta sección, se explorarán los factores de riesgo más comunes y las complicaciones que pueden surgir a partir de un aborto espontáneo, con el fin de proporcionar un panorama integral de este fenómeno.

El estudio del aborto espontáneo se lleva a cabo con diversos propósitos fundamentales que buscan mejorar la salud materno-fetal, prevenir recurrencias y ofrecer apoyo integral a las mujeres afectadas

El aborto además de las complicaciones psicológicas trae consigo algunas complicaciones físicas, dentro de las más comunes podemos mencionar: hemorragias, desgarros cervicales, perforaciones uterinas, hematometra, infección

genital, síndrome de asherman, mortalidad, entre otras. (sociedad Española de ginecología y obstetricia).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto espontáneo se define como la pérdida de un feto antes de la semana 20 del embarazo, este suele ocurrir de manera natural a diferencia de los abortos médicos o quirúrgicos. Se empieza a sospechar de uno cuando se presentan diversos síntomas como dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico; coágulos que salen a través de la vagina y también sangrado vaginal ya sea con cólicos o sin cólicos. La gran mayoría de los abortos son causados por problemas cromosómicos los cuales imposibilitan el desarrollo del bebé, otra de las causas puede ser por la drogadicción y alcoholismo, problemas hormonales, problemas físicos de los órganos reproductores de la madre, puede ser en gran parte por edades extremas de la vida, multiparidad, entre otros.

Afortunadamente la mayoría de abortos espontáneos son eventos aislados y las mujeres pueden quedar embarazadas luego de haber presentado uno, sin embargo, se presentan con mucha frecuencia por lo cual nos damos a la tarea de indagar:

¿Cuáles son factores de riesgo asociados a aborto espontáneo y sus complicaciones en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina , último trimestre 2023?

1.3 JUSTIFICACION

Este documento sirve de acervo bibliográfico para la biblioteca del Hospital Escuela Cesar Amador Molina y de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, que pueda ser revisado por estudiantes de las carreras de la salud (medicina, enfermería, trabajo social, laboratorio clínico). Los datos presentes en el trabajo fueron tomados de la base estadística del ministerio de salud, fiable con previo permiso, consentimiento informado para extraer datos exactos, los cuales fueron analizados posteriormente.

El presente trabajo ha sido elaborado sobre el tema de “Factores de riesgo y complicaciones asociadas al aborto espontáneo en pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, en el último trimestre del 2023”. El aborto ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas del ser humano, adquiriendo en la actualidad una gran importancia debido a que es una de las principales problemáticas de salud pública, presentando altos índices de ingresos en las unidades hospitalarias nicaragüenses.

Debido a la impactante incidencia en las mujeres nicaragüenses, este estudio propone analizar los factores de riesgo y complicaciones asociadas al Aborto espontaneo de tal manera que esta investigación ayudara a médicos y a las pacientes a conocer sobre sus riesgos y manera de prevenirlo. Dejando como referencia la prevalencia de esta patología en el periodo a estudio, formulando así una base de información para futuros investigadores interesados en dicho tema.

Por lo tanto, a través de la identificación de los factores de riesgo y complicaciones Se podrá determinar la conducta a optar, es esencial para mejorar la conducta en salud tanto el resultado como el bienestar de las mujeres, esto es vital para los profesionales de la salud en un enfoque proactivo y educativo en la atención del aborto espontaneo.

1.4 OBJETIVOS DE INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los Factores de riesgo asociados a aborto espontáneo y sus complicaciones en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, tercer trimestre 2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar socio demográficamente a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina.
2. Identificar los factores de riesgos asociados al desarrollo del aborto espontaneo en las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del HECAM.
3. Explicar las complicaciones presentadas en un aborto espontaneo que pone en riesgo la salud de la mujer.

CAPITULO II

2.1 MARCO REFERENCIAL

2.1.1 ANTECEDENTES

El aborto es un procedimiento médico que se realiza con el fin de terminar una gestación no deseada. Aunque es común y seguro en la mayoría de los casos, puede tener factores de riesgo y complicaciones. Los factores de riesgo en el aborto incluyen la edad avanzada de la mujer, el estado de salud general, la gravidez múltiple, y la duración de la gestación. Las complicaciones pueden incluir infecciones, hemorragias, reacciones alérgicas, y daños al útero o al feto. Además, el uso de ciertos medicamentos o procedimientos puede aumentar el riesgo de complicaciones. Es importante que las mujeres que están considerando un aborto discutan con su médico las opciones de seguridad y los factores de riesgo asociados.

Título: "The Impact of Abortion on Women's Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis" Autor: Priscilla K. Cole man Año: 2018

La autora, Priscilla K. Coleman, es profesora de psicología en la Universidad de Bowling Green en Ohio, EE. UU. En su tesis, Coleman realiza una revisión sistemática y metaanálisis del impacto del aborto en la salud mental de las mujeres. Sus resultados sugieren que el aborto está asociado con un mayor riesgo de trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático.

Dr. Crisolo Soto para optar al título de obstetra tomo el tema de Factores de riesgo asociado a las complicaciones del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital Amazonicode Yarinacocha. Pucallpa 2021. Obteniendo resultados importantes como: Se observó que la población adolescente en estudio según la clasificación de la OMS, presentaron en mayor porcentaje complicaciones en el

aborte determinando con un 57%; donde en los casos de adolescencia temprana (10-13 años), el 75% tuvo complicaciones; en adolescencia intermedia (14-16) fue el 60,5% y en adolescencia tardía (17-19 años) un 51.3%. Así mismo, con un X² de 1,259, y un p-valor de 0.533 siendo este valor mayor al 0.05 del error de significancia utilizado, se aceptó la hipótesis nula, afirmando que no existe relación significativa entre los factores socio demográfica de la edad con las complicaciones del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital Amazonicode Yarinacocha. Pucallpa 2021.

Néstor Antonio Solares Valdez para optar al grado de maestro en ginecología y obstetricia tomo el Tema de Caracterización epidemiológica y tratamiento del paciente post aborto. Obteniendo resultado importante cómo: El aborto séptico siempre debe recibir antibioticoterapia para eliminar los microorganismos patógenos; en el hospital Roosevelt según la información en los registros clínicos, únicamente el 87% del total de abortos sépticos recibió tratamiento farmacológico. El aborto completo generalmente no se trata ya que se ha eliminado en su totalidad el producto, pero en este estudio el 68% de los casos con aborto completo recibió tratamiento farmacológico (5.9% con antibióticos 94.1% reposición L/E) Y al 48% se le realizo AMEU.

El legrado instrumental uterino (LIU) sigue siendo la técnica de elección en el manejo del aborto, esto coincide con los datos obtenidos en nuestro estudio, en donde del total de casos con diagnóstico de aborto se utilizó en el 98.8% el AMEU como tratamiento, de estos el 99.9% fue (AMEU).

Martha Ninosca Cardenal Pérez. Gipsy Zarahy Fuentes Carcache. Wilber Antonio Rivera Maldonado. Para optar al título de doctor medicina y cirugía, tomaron el Tema: "Factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a diciembre 2015" .Obteniendo resultados importantes cómo : En relación a las

enfermedades del embarazo actual en las adolescentes embarazadas: En general se encontró que la mayoría de los 116(96.6%) de las embarazadas padecían de por lo menos una patología, las cuales correspondían con respecto a los controles 78(97.5%) pacientes y los casos (95%). Las patologías más comunes durante el embarazo fueron las ITUs 92 (66.6%) pacientes, ITS 53 (44.16%) pacientes, ANEMIA 27 (22.5%) pacientes, SHG 8 (6.6%) pacientes, APP 3 (2.5%) pacientes y diabetes mellitus 1 (0.8%) paciente, estas tres últimas condiciones presentándose solo en el grupo de estudio de controles. Cuando se analizaron las patologías individualmente se encontró que la ITS aumenta el riesgo de amenaza de aborto alrededor de 3 veces. Otra patología que aumentó la probabilidad de una amenaza de aborto, fueron La Anemia, hasta más de tres veces.

María José López estaba optando por el título de Maestría en Salud Pública tomo el tema "Aborto en Nicaragua: Análisis de las complicaciones y su impacto en la Salud de las mujeres" fue publicada en 2019. obteniendo los resultados de: las complicaciones más frecuentes son hemorragias, infecciones y perforaciones uterinas. Además, se encontró que las mujeres con menos recursos económicos y educativos tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones. La tesis concluye que es necesario mejorar la educación sexual y la prevención del embarazo no deseado para reducir el número de abortos y sus complicaciones.

2.1.2 MARCO TEORICO

2.1.2.1 DEFINICIÓN

El aborto espontáneo (AE) es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos. La incidencia de abortos espontáneos se sitúa entre el 10 y 18 % de los embarazos. Se asocia con defectos cromosómicos, enfermedades maternas de tipo endocrinas, inmunológicas, infecciosas y malformaciones del aparato genital o disfunción placentaria. Un tercio de todas las mujeres tienen un AE alguna vez en sus años reproductivos. No obstante, este tema es uno de los menos indagados por la literatura científica en general y la psicológica en particular a diferencia del aborto provocado o inducido el cual, por su carácter controversial, ha sido mucho más discutido. (Duran, Bouquet De; Izzedin, Romina, 2012)

2.1.2.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA

Existen dos categorías de aborto según si se producen de puntual o se repite en una misma mujer:

- Aborto esporádico: se presenta de forma aislada. Es frecuente en las madres primerizas y no supone ningún problema de fertilidad. (Corti, Dr Ggustavo Daniel; Gutierrez, Silvia Azaña; Salvador, Zaira, 2022)
- Aborto a repetición: cuando tienen lugar dos o más abortos manera espontáneos. Puede ser aborto recurrente primario, si no ha habido ningún embarazo a término o aborto recurrente secundario si la mujer tiene hijos previo. (Corti, Dr Ggustavo Daniel; Gutierrez, Silvia Azaña; Salvador, Zaira, 2022)

2.1.2.3 CLASIFICACIÓN SEGÚN FORMAS CLÍNICAS

La sintomatología más frecuente en un aborto espontáneo es el sangrado vaginal y el dolor hipogástrico en el contexto de una historia de amenorrea. La terminología no obstante, no ha sido estandarizada por lo que hay mucha variación en los términos usados. (obstetricia, Sociedad española de ginecología, 2010)

- Amenaza de aborto: El síntoma más habitual es el sangrado vaginal, casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor hipogástrico. El sangrado durante el primer trimestre complica casi al 25% de las gestaciones. El examen clínico evidencia un cérvix cerrado, un tamaño uterino apropiado para la edad gestacional y la actividad cardíaca fetal es detectable por ecografía o examen Doppler si la gestación es lo suficientemente avanzada. (obstetricia, Sociedad española de ginecología, 2010)

El 90-96% de las gestaciones con actividad cardíaca fetal y sangrado vaginal entre las 7-11 semanas van a ser evolutivas y cuanto mayor es la edad gestacional, mayor es la tasa de éxitos. (obstetricia, Sociedad española de ginecología , 2010)

Una reciente revisión sistemática que incluye 14 estudios, señala que la amenaza de aborto durante el primer trimestre se asocia, en comparación con las gestaciones que no han presentado sangrado durante el primer trimestre, con un aumento significativo de hemorragia ante parto (por placenta previa o de causa desconocida), de rotura prematura de membranas pre término, crecimiento intrauterino retardado, mortalidad perinatal y recién nacidos de bajo peso. (obstetricia, Sociedad española de ginecología , 2010)

- Aborto en curso, inevitable o inminente: Cuando el aborto es Inminente, el sangrado y el dolor aumentan y el cérvix se dilata (orificio cervical interno >8 mm). Pueden visualizarse restos ovulares a través del orificio cervical o en

vagina si la expulsión de producto ya se ha iniciado. (obstetricia, Sociedad española de ginecología , 2010)

- Aborto incompleto: El cuadro clínico se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción por lo que el orificio cervical aparece abierto, pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o asomando por el cérvix, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional.

El diagnóstico ecográfico de un aborto incompleto no siempre es fácil y aunque no existe consenso, se suele utilizar un grosor de la línea media uterina >15 mm, medida con sonda vaginal. Además, la presencia de una ecogenicidad heterogénea hace sospecha la existencia de restos ovulares en el útero. (obstetricia, Sociedad española de ginecología , 2010)

- Aborto completo: Éste sucede cuando se produce la expulsión completa del tejido embrionario. Ocurre en aproximadamente un tercio de los casos.

Clínicamente se manifiesta por la desaparición del dolor y del sangrado activo un útero de tamaño normal y bien contraído con cérvix cerrado. El diagnóstico ecográfico se basa en un grosor de la línea media uterina <15 mm. (obstetricia, Sociedad española de ginecología, 2010)

- Aborto retenido: Se refiere a la muerte in útero del embrión o feto antes de las 22 semanas de gestación, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo. Según la imagen ecográfica se distinguen dos tipos: el aborto diferido, en el que se observa un embrión sin latido y la gestación anembriónada en el que se observa un saco >20 mm sin identificarse embrión

Clínicamente el útero suele ser más pequeño del esperado, generalmente el cérvix está cerrado y no existe sangrado activo. La ecografía⁴ es la base del diagnóstico. (obstetricia, Sociedad española de ginecología, 2010)

- Aborto séptico. Los datos clínicos habituales del aborto séptico incluyen fiebre escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia de aspecto purulento. La exploración genital evidencia un útero blando con cérvix dilatado y un sangrado genital, purulento o no. La analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda. Los gérmenes habitualmente implicados son *Staphylococcus aureus*, Bacilos Gram negativos o algún coco gran positivo. (obstetricia, Sociedad española de ginecología, 2010)

2.1.2.4 CLASIFICACIÓN CIE-10. PROPUESTA HISTORIA CLINICA CLAP EN BASE A LA CIE-10

003 Aborto espontaneo

003.0 Incompleto, complicado con infección genital y pelviana.

003.1 Incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía.

003.2 Incompleto, complicado por embolia.

003.3 Incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas

003.4 Incompleto, sin complicación

003.5 Completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana

003.6 Completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía

003.7 Completo o no especificado, complicado por embolia

003.8 Completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas

003.9 Completo o no especificado, sin complicación
(health, Ministry of, 2018)

- Mola hidatiforme.
- Otros productos anormales de la concepción.
- Aborto espontaneo.
- Embarazo ectópico.
- Intento fallido de aborto. Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar. (Hernandez, Dra Maribel, 2022)

2.1.2.5 FACTORES DE RIESGO

Se identificó que entre los factores de riesgo epidemiológicos asociados al aborto espontaneo estos se puede clasificar en dos: factores genéticos que destacan las anomalías cromosómicas y los polimorfismos. Entre las no genéticas destacan la presencia de agentes infecciosos, causas sociodemográficas (edad y situación socioeconómica), ambientales, ocupacionales, historia de vida, trastornos endocrinos y trombofílicos, de origen toxico (consumo de cafeína, radiaciones y anticonceptivos uterinos) (López, Daniela Yoeli; Morales, María Isabel; Ramos, Gisela Mariel, 2020)

Diversos factores aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo, entre ellos los siguientes:

- Edad: Las mujeres mayores de 35 años tienen un riesgo más alto de aborto espontáneo que las mujeres más jóvenes. A los 35 años, tienes un riesgo de alrededor del 20 %. A los 40 años, el riesgo es de alrededor del 40 %. A los 45 años, el riesgo es de alrededor del 80 %.
- Abortos espontáneos previos: Las mujeres que tuvieron dos o más abortos espontáneos consecutivos tienen mayor riesgo de sufrir otro.

- Problemas en el útero o el cuello del útero: Determinadas afecciones uterinas o tejidos débiles del cuello del útero (incompetencia cervical) podrían aumentar el riesgo de tener un aborto espontáneo.
- Peso: Tener bajo peso o sobrepeso se ha asociado con un aumento del riesgo de aborto espontáneo.
- Pruebas prenatales invasivas: Algunas pruebas genéticas prenatales invasivas, como la muestra de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, conllevan un riesgo leve de aborto espontáneo.

(Clinic, Personal de Mayo, 2021)

- La consanguinidad implica un mayor riesgo genético y mal formativo para la descendencia. Este riesgo se incrementa a medida que el grado de consanguinidad es más estrecho y está basado en que todo individuo es portador recesivo de genes letales y responsables de malformaciones congénitas graves. En términos generales el aumento de riesgo que puede estimarse en de un 3% para familiares de tercer grado.
- En aquellos casos de gestación en los cuales un dispositivo intrauterino permanece en la cavidad uterina, la acción local pro inflamatoria del mismo aumenta el riesgo de aborto. Igualmente, resulta fácil comprender que la realización de métodos diagnósticos invasivos durante el embarazo puede también favorecer la pérdida del embarazo por la manipulación del lecho endocavitario que suponen. El riesgo descrito de pérdida gestacional para estas técnicas es del 1-3%.
- Encuadradas a medio camino entre la patología materna y el grupo de factores capaces de predisponer al aborto por distorsión la cavidad uterina se encuentran las malformaciones uterinas y la presencia de leiomiomas. Su implicación en el aborto será mayor o menor según la repercusión que tenga sobre la propia estructura anatómica y su vascularización adyacente.

- Mención aparte merecen aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general sobre la fisiología materna y que también se relacionan con la pérdida del embarazo.
- La Diabetes Mellitus es la enfermedad metabólica más frecuente durante el embarazo. Aumenta la frecuencia de malformaciones y abortos en el periodo de organogénesis mediante la acción de la hiperglucemia alterando los lípidos de membrana (lo que libera radicales libres), aumentando la teratogenicidad entre embriones genéticamente predisuestos y alterando los niveles de glucosaminoglicanos, metales e inhibidores de los factores de crecimiento similares a la insulina.
- Los trastornos tiroideos son la segunda alteración endocrina más frecuente en mujeres en edad reproductiva. Su causa principal son procesos auto inmunitarios y con frecuencia pasan desapercibidos. Se encuentran firmemente asociados a la aparición de aborto espontáneo debido a que la presencia de tiroxina es un factor primordial para el adecuado desarrollo y mantenimiento del trofoblasto y el sistema nervioso central fetal.

La disfunción tiroidea puede deberse a hiperfunción, a hipofunción, o a la simple presencia de auto anticuerpos con o sin disfunción hormonal acompañante. Los mecanismos fisiopatológicos por los cuales la función tiroidea interfiere con el proceso reproductivo pueden resumirse en:

- Distorsiones en la masa corporal, factor de riesgo independiente para la aparición de complicaciones gestacionales.

- Interferencia directa de la TSH en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.
- Influencia en la función trofoblástica.

Diagnosticados con frecuencia de un modo incidental al solicitar una determinación hormonal a pacientes escasamente sintomáticos o asintomáticos, los trastornos tiroideos constituyen un factor firmemente asociado a la aparición y recurrencia de aborto, como ocurre con las trombofilias.

- Bajo la denominación genérica de trombofilias se incluye un grupo variado de trastornos relacionados con la coagulación, hereditarios o adquiridos, y que están asociados con una predisposición a los eventos trombóticos. La afectación vascular del lecho trofoblástico o placentario puede asociarse a la aparición de abortos espontáneos y otras complicaciones obstétricas. Entre las diversas trombofilias descritas destacan por su frecuencia e implicación obstétrica la hiperhomocisteína y aquellos procesos asociados a la presencia de anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico. La homocisteína es un tóxico endotelial, proagregante y procoagulante. Sus elevadas concentraciones en sangre se relacionan con la pérdida gestacional precoz. Los anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico, por su parte, han sido asociados a la pérdida gestacional recurrente, probablemente como consecuencia de su efecto inhibidor de la proliferación trofoblástica, concomitante a su acción trombótica arterio-venosa.

Existen también factores inherentes al estilo de vida de la embarazada (y por tanto evitables) cuya presencia puede ser asociada a la aparición de abortos espontáneos.

- El consumo de cocaína durante el embarazo está asociado con un aumento en la incidencia de malformaciones urogenitales y muerte embrio-fetal intrauterina, del mismo modo que las anfetaminas y drogas de diseño pueden producir malformaciones cardíacas responsables de malos resultados obstétricos.
- El alcohol atraviesa fácilmente la placenta pudiendo producir una embriofetopatía alcohólica que incrementa el riesgo de aborto espontáneo (particularmente aquel de tipo precoz).
- El consumo superior a 300 mg/día de cafeína aumenta el riesgo de aborto espontáneo y de teratogenia, si bien existen posibles factores de confusión asociados al consumo concomitante de otras sustancias como el tabaco o el alcohol.

- Se ha demostrado que un consumo superior a 10 cigarrillos/día aumenta el riesgo de aborto. El efecto embrio-fetal del tabaco es dependiente de la dosis y sus efectos sobre la gestación son muy precoces. El tabaco modifica los niveles plasmáticos de esteroides sexuales, distorsiona la función ovárica y trofoblástica y posee además un potente efecto vasoconstrictor y genotóxico.

Aun así, no todas las sustancias potencialmente dañinas para el producto de la concepción provienen de la existencia de hábitos de abuso en la embarazada. El consumo de fármacos, por ejemplo, es un típico patrón, a menudo inadvertido, de exposición materna a sustancias potencialmente peligrosas para la unidad embriofetal.

Los medicamentos, como sustancias químicas ajenas al organismo que son, pueden dañar al feto en cualquier periodo del embarazo, aunque el momento de mayor riesgo es el primer trimestre. Los mecanismos de lesión embrio-fetal son múltiples y se calcula que del 2 al 5% de las anomalías congénitas pueden ser atribuidas a los fármacos.

Los efectos nocivos que los fármacos administrados a la madre pueden tener sobre el feto han sido clasificados en: - Teratogenia - Efectos indeseables sobre el desarrollo - Efectos secundarios sobre el feto y/o neonato y aunque virtualmente todos ellos serían capaces de conducir al un mal resultado obstétrico, sin duda la teratogenia debe ser considerada como el principal y más frecuente factor responsable de la patología embrio fetal asociada al aborto.

Existen clasificaciones específicas de los fármacos basadas en el riesgo teratogénico descrito para su utilización durante el embarazo. La más conocida de todas es la propuesta por la Food and Drug Administration americana, que clasifica los fármacos según su riesgo teratogénico en 5 categorías (A,B,C,D,X), según el grado creciente de riesgo durante el embarazo. Aquellos fármacos comprendidos en la categoría A resultan

inocuos durante el embarazo mientras que los incluidos en la categoría X deben ser formalmente contraindicados.

En ocasiones la exposición a tóxicos perniciosos para el embarazo tiene lugar en el medio laboral. Hasta el momento no existen estudios definitivos sobre el efecto de la ocupación laboral y el riesgo de aborto, pero sí se disponen de fuertes indicios que apuntan a una asociación de un resultado adverso reproductivo con trabajos de soldadura, ambientes con excesivo calor y ocupaciones con exposición a mercurio, antimonio, boro, disulfido de carbón, cloro, plomo inorgánico, carbamatos, éter de etilenglicol, manganeso, disolventes orgánicos, estrógenos sintéticos y progestinas y acetona. Aun así, está comprobado el potencial teratógeno de los metales pesados (particularmente el mercurio), los disolventes orgánicos, el alcohol y la radiación ionizante.

(Hijona, Jesus Joaquin, 2010)

Son también factores de riesgo:

- Primipariedad
- Multipariedad
- Infección urinaria
- Práctica de maniobras abortivas en embarazo actual
- Violencia física y sexual.
- VIH / Sida.

(Hernandez, Dra Maribel, 2022)

2.1.2.6 DIAGNOSTICO

Las pruebas para confirmar el aborto espontáneo son anamnesis (análisis del historial clínico), exploración física para confirmar el origen del sangrado (el cuello uterino dilatado indica que el aborto es inevitable) y ecografía. Si no se puede

constatar la existencia del embarazo intrauterino por ecografía, será necesario realizar una analítica para confirmar los niveles de B-hGC (hormona gonadotropina coriónica humana).

Cuando el aborto se confirma, es necesario comprobar si se ha producido la expulsión completa de los productos de la concepción. De ser así, la mujer no tendrá dolor y el sangrado cesará, su útero presentará un tamaño normal y contraído, y el cérvix se cerrará. En el caso de los abortos inevitables (la pérdida del feto es inminente), incompletos (la expulsión ha sido parcial) o retenidos (muerte “*in utero*” del embrión antes de la semana 20), será necesario realizar una evacuación uterina mediante curetaje (legrado o raspado), aspiración vaginal y/o administración de medicamentos. (Ingenomix, 2014)

El diagnóstico de un aborto espontáneo se realiza en base a los síntomas y un examen ginecológico, junto con análisis de sangre y una ecografía. Se pueden realizar análisis de sangre en busca de la hormona del embarazo llamada beta-hCG (subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana) durante algunos días para ver si el embarazo continúa. Los niveles de esta hormona disminuyen si se ha producido un aborto espontáneo. Puede realizarse una ecografía del útero para ver si hay señales del embarazo. Esto puede ser poco confiable en las primeras semanas de embarazo, por eso los análisis de sangre tienden a brindar información más confiable. Si una mujer ha tenido múltiples abortos espontáneos, pueden realizarse más estudios para buscar la causa de fondo. (médicos, Equipo de profesionales, 2022)

Las bases para el diagnóstico son: embarazo intrauterino menor a 20 semanas, cifras bajas o decrecientes de hCG, hemorragia y dolor cólico en la línea media, orificio del cuello uterino abierto, expulsión completa o parcial de los productos de la concepción. (Rogers, Vanessa L.; Roberts, Scott W., 2021)

La sintomatología más frecuente en el aborto espontáneo es el sangrado vaginal y el dolor hipogástrico en el contexto de amenorrea (ausencia de menstruación). Cuando la pérdida de sangre es abundante y el dolor intenso, el aborto puede ser

inminente. Si se trata de un aborto tardío, el desencadenante puede ser un chorreo de líquido (indicador de que las membranas ya se han roto) seguido de sangrado y expulsión vaginal de tejidos y coágulos.

Si el sangrado y el dolor son leves, podemos encontrarnos ante una “amenaza de aborto”. Aun así, los sangrados complican el primer trimestre de casi uno de cada cuatro embarazos por lo que, ante una hemorragia vaginal de cualquier intensidad, conviene acudir al médico lo antes posible. También si experimentas una disminución repentina de signos del embarazo como náuseas o acidez estomacal.

En algunos casos, tras un aborto natural, algunos productos de la concepción permanecen en el útero “Aborto retenido”. Esto puede provocar una infección y la aparición de otros síntomas como dolor abdominal, calambres, fiebre, sangrado purulento, debilidad e incluso sepsis (aborto séptico).

Sin embargo, lo que suele ocurrir es la expulsión total de todos los productos del embarazo (embrión y placenta) y no revierte mayores complicaciones ni tratamiento, sobre todo en los casos de abortos preclínicos.

Los síntomas de aborto espontáneo de una paciente que no sabe que está embarazada son exactamente los mismos. Sin embargo, puesto que la mujer no sabe su estado, puede interpretar el aborto como una regla más intensa en molestias y sangrado porque se ha retrasado. (Ingenomix, 2014)

2.1.2.7 SEGUN FORMAS CLÍNICAS

Amenaza de aborto:

Amenorrea con signos presuntivos de embarazo.

Dolor tipo cólico en hipogastrio

Presencia de contracciones uterinas,

Acompañado o no de sangrado transvaginal leve

Cuello uterino cerrado con ausencia de modificaciones cervicales y el tamaño del útero corresponde a las semanas de amenorrea.

Consistencia uterina más blanda de lo normal.

Embarazo con embrión y/o feto vivo confirmado por ecografía abdominal y/o vaginal

Aborto inminente o en curso:

Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto.

Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal.

Cuello uterino con presencia modificaciones cervicales importantes e irreversibles.

Aborto Inevitable:

Aumento progresivo del dolor abdominal inferior

Aumento de las contracciones uterinas

Sangrado transvaginal profuso intenso que compromete la vida de la mujer.

Cuello uterino dilatado

Salida transvaginal de líquido amniótico (por ruptura de membranas)

Embrión/Feto muerto y retenido:

Retención de un embrión o feto en el que no se identifica vitalidad fetal (inclusive el embarazo anembionario).

El tamaño uterino es menor para la edad gestacional.

Puede acompañarse o no de síntomas de aborto.

Aborto completo:

Cólico/dolor abdominal inferior leve.

Sangrado leve. - Cuello uterino cerrado.

Útero más pequeño que el correspondiente a la FUR.

Antecedente de expulsión del feto y anexos ovulares.

Aborto incompleto:

Dolor o cólico abdominal inferior.

Sangrado variable o abundante.

Cérvix uterino dilatado en sus 2 orificios.

Útero más pequeño para la edad por FUR.

Expulsión parcial de productos de la concepción (tejidos fetales, placenta, líquido amniótico).

En la ecografía se observa irregularidad o patrón mixto de la ecogenecidad endometrial.

Aborto con datos de infección:

Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto.

Se observa salida intrauterina de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido.

Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección.

Hipersensibilidad suprapública, dolor abdómino-pélvico a la movilización del cérvix y útero.

Alteraciones del estado general.

(Hernandez, Dra Maribel, 2022)

2.1.2.8 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS AUXILIARES

† Pruebas de laboratorio

Hemogravindex

Se detecta positivo a los 6-8 días después de ovular o sea después de la tercera semana de la fecha de última regla. Urogravindex, a las 2 semanas después de ovular o sea al mes de la fecha de última regla. Cuantificación de Fracción subunidad Beta de HCG: detecta concentraciones en orina igual o mayores de 50 mUI/ml. En sangre igual o mayor a 25mUI/ml. Niveles por debajo de 5mIU/ml se consideran negativos. En condiciones normales, las concentraciones se duplican a las 48-72 horas, alcanzando un pico máximo en las primeras 8 – 11 semanas de embarazo entonces disminuirá paulatinamente durante el resto del embarazo.

(Hernandez, Dra Maribel, 2022)

Cuando se produce un aborto espontáneo, los niveles de beta hCG disminuyen, aunque el cuerpo tarda unas 3-6 semanas en hacer que sea indetectable. Por ello, es posible que la mujer siga teniendo hormona hCG en sangre durante un tiempo pese a haber sido confirmado el aborto, pero estos niveles se irán disminuyendo.

(Corti, Dr Gustavo Daniel; Gutiérrez, Silvia Azaña; Salvador, Zaira, 2022)

⊕ Ecografía

Para entender los criterios diagnósticos de aborto de primer trimestre, es muy importante conocer el concepto de embarazos de viabilidad incierta (EVI), derivado del inglés “intrauterine pregnancies of uncertain viability” (IPUV).

Los EVI pueden indicar un embarazo precoz de 4-6 semanas, un aborto o un embarazo con crecimiento inadecuado, y se definen según los siguientes criterios:

- 1) Presencia de saco gestacional (SG) intrauterino vacío < 25 mm
- 2) Embrión sin latidos cardiotetales (LCF) con LCN < 7 mm

En estos casos la ecografía debe ser repetida con un intervalo mínimo de 7-10 días para confirmar viabilidad y sólo son válidos para ecografías realizadas vía transvaginal. (Roa, Av Froilan, 2015)

Pautas para el diagnóstico ultrasonográfico transvaginal del fracaso del embarazo en una mujer con un embarazo intrauterino de viabilidad incierta:

Hallazgos Diagnóstico de Fracaso del Embarazo:

- 1) Longitud cráneo-rabadilla ≥ 7 mm y ausencia de latidos cardíacos.
- 2) Diámetro medio del saco ≥ 25 mm sin embrión.
- 3) Ausencia de embrión con latido cardíaco ≥ 2 semanas después de una exploración que mostró un saco gestacional sin saco vitelino.
- 4) Ausencia de embrión con latido cardíaco ≥ 11 días después de una exploración que mostró un saco gestacional con un saco vitelino.

Hallazgos sospechosos, pero no diagnósticos, de fracaso del embarazo:

- 1) Longitud cráneo-rabadilla <7mm y ausencia de latidos cardíacos 2)
Diámetro medio del saco de 16 a 24 mm y sin embrión.
 - 3) Ausencia de embrión con latido cardíaco 7 a 13 días después de una exploración que mostró un saco gestacional sin saco vitelino.
 - 4) Ausencia de embrión con latido cardíaco 7 a 10 días después de una exploración que mostró un saco gestacional con un saco vitelino.
 - 5) Ausencia de embrión \geq 6 semanas después de la última menstruación
Amnios vacío (amnios visto junto al saco vitelino, sin embrión visible).
 - 6) Saco vitelino agrandado (>7 mm).
 - 7) Saco gestacional pequeño en relación con el tamaño del embrión (<5mm de diferencia entre el diámetro medio del saco y la longitud cráneo-rabadilla)
- (Hernandez, Dra Maribel, 2022)

2.1.2.9 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Embarazo ectópico

Se trata de un tipo de gestación en el que el óvulo fecundado se implanta en un lugar distinto al útero, siendo el riesgo más común su desarrollo previo en el cuerpo. En más de un 90% de los casos, la localización de este embarazo ectópico ocurre en la trompa de Falopio, principalmente en el área conocida como ámpula. El diagnóstico se fundamenta en dos principales herramientas: la medición de la gonadotropina coriónica humana, un marcador hormonal específico, y el ultrasonido transvaginal, que permite una visualización detallada del interior del cuerpo. Los síntomas más habituales que pueden surgir en un embarazo ectópico incluyen hemorragias vaginales, dolores intensos en la zona abdominal y la falta de menstruación. (Espinoza Garita, S. ., Garnier Fernández, J. C., & Pizarro Alvarado, G. ., 2021)

Enfermedad trofoblástica

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un amplio rango de afecciones que involucran el desarrollo anómalo de tejidos relacionados con la gestación. Estas complicaciones van desde molas hidatiformes, que no son cancerosas, hasta cánceres malignos, derivados de una proliferación anormal de células en el tejido placentario conocido como trofoblasto. Este tipo de patologías se origina en el embrión y afecta la formación del corion y el amnios.

Entre los síntomas que suelen presentarse en la enfermedad trofoblástica gestacional, destacan un aumento desmesurado del útero, náuseas y vómitos, hemorragias y la aparición de presión arterial alta, en el contexto de embarazos o recientes situaciones de gestación.

Para su diagnóstico, se evalúa la presencia de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana, se realiza una ecografía pélvica, y finalmente, se confirma mediante una biopsia. La intervención inicial suele ser la extirpación de los tumores mediante un método llamado legrado aspirativo. Posteriormente, en caso de que la enfermedad persista, se recomienda tratar con quimioterapia.

(Pedro Ramírez, 2022)

Miomatosis uterina

Los miomas se refieren a crecimientos benignos formados a partir del músculo liso en el útero, y suelen desarrollarse en el miometrio. Pueden encontrarse en diferentes ubicaciones dentro del útero, tales como subseroso, intramural y submucoso. En ciertas ocasiones, también pueden aparecer en los amplios ligamentos (intraligamentosos), el cuello uterino y rara vez, en las trompas de

Falopio. Estos tumores pueden presentarse con formas pediculadas o sésiles, y los miomas submucosos tienen la capacidad de expandirse hacia la cavidad uterina, lo que se conoce como miomas submucosos intracavitarios.

(David Mucht, 2022)

Varices vulvares

Cuando ocurre una mala funcionalidad de las válvulas de nuestras venas superficiales se produce una alteración del drenaje venoso. A esto se le conoce como varices y se suelen presentar más frecuentemente en las piernas, aunque no siempre.

Existen otro tipo de varices, conocidas como varices vulvares. Estas se forman en la zona de la vulva y el periné, y suelen generarse por la presión que se produce durante el embarazo. A menudo vienen acompañadas de hemorroides. El tamaño, el tipo e incluso los síntomas de las varices influyen de forma clave en su tratamiento.

(Jordi Cordobés, 2022)

2.1.2.10 COMPLICACIONES

Perforación uterina

La perforación uterina es una de las situaciones obstétricas más peligrosas que produce una elevada morbilidad materna. Los factores condicionantes para la perforación uterina son el tamaño y la posición del útero en el momento de la realización del procedimiento, malformaciones uterinas congénitas y experiencia del operador, se considera una complicación seria que requiere atención médica inmediata.

(Joel Santos-Bolívar, 2012)

Histerectomía

La histerectomía quirúrgica llevada a cabo mediante una incisión en el área pélvica inferior se denomina histerectomía abdominal. Este tipo de intervención se considera una cirugía abierta. El órgano uterino, conocido popularmente como matriz, es el espacio en el que se desarrolla un bebé durante el embarazo. En una histerectomía parcial, únicamente se extirpa la matriz, dejando intacto el cuello uterino. El cuello uterino, también conocido como cérvix, es el segmento del útero que se conecta con la vagina. En una histerectomía total, se procede a eliminar tanto la matriz como el cuello uterino en su totalidad.

(Mayo Clinic, 2022)

Desgarro cervical

se puede producir durante la colocación inicial de tenáculo, al retirarse la usuaria si no se avisa, durante la dilatación cervical o succionó por no fijar adecuadamente el tenáculo.

(Katherin Isabel Culqui Romero, 2021)

Síndrome de asherman

Es la formación de tejido cicatricial (cicatrices) en la cavidad uterina. En la mayoría de los casos, el problema se presenta después de una cirugía en el útero. En la mayoría de los casos, se presenta en mujeres que se han sometido a algunos procedimientos de dilatación y legrado. (Vega, M. A., Martín, F. M., Prieto, A. J., & Martínez, P., 2013)

Hematómetra

Consiste en la acumulación de coágulos dentro del útero y puede ocurrir tras el tratamiento quirúrgico. Los síntomas pueden ser inmediatos o tardíos dependiendo de la velocidad de acumulación y del volumen. La clínica es de molestias en la zona pélvica o rectal.

(Complicaciones tras un aborto, 2018)

Choque séptico

Es una infección grave del útero que ocurre poco antes, durante o poco después de un aborto voluntario o espontáneo. Los abortos sépticos suelen desarrollarse cuando personal no entrenado utiliza técnicas no estériles para eliminar el contenido del útero después de un aborto voluntario o espontáneo. (Aparna Sridhar, 2021)

2.1.2.11 PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

Ambos procedimientos tienen como fin el vaciamiento de la cavidad uterina, en este caso empleados como tratamientos en el aborto.

Aspiración manual endouterina (AMEU)

La aspiración por vacío es actualmente realizada a través de la AMEU y aspiración eléctrica. La AMEU es un procedimiento que extrae el contenido intrauterino a través de una cánula conectada a un aspirador portátil que permite crear vacío manualmente (. Se han descrito numerosas ventajas, entre ellas su seguridad y alta eficacia (cercana a un 100%), la posibilidad de ser un procedimiento ambulatorio por el uso de anestesia local, menor costo y menor riesgo de complicaciones. (Maritchu Bombin, 2019)

Legrado instrumental uterino (LUI)

Es de los procedimientos que con mayor frecuencia se realizan en obstetricia. Se conoce además con el nombre de dilatación y curetaje. El LUI es un método quirúrgico de evacuación uterina. En el tratamiento de las complicaciones del aborto el LUI se utiliza tanto en el primer trimestre como en el segundo trimestre

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada, y se realiza en ciertas indicaciones.

1. Aborto incompleto
2. Mola hidatiforme
3. Otras formas de enfermedad trofoblástica
4. Embarazo anembriónico
5. Retención de restos placentarios
6. Endometritis puérpera
7. Aborto provocado
8. Embarazo ectópico (El sangrado genital que acompaña al ectópico da el signo histológico de AriasStella en el material endometrial obtenido).

(Janet Ballinas Hernández, 2014)

2.1.3 MARCO LEGAL

Normativa 109 protocolos para la atención de complicaciones obstétricas 2022

La normativa pone énfasis en la salud de la madre, garantizando que los profesionales de la salud actúen rápidamente para salvar su vida en situaciones de emergencia, siempre en el marco de la legislación vigente en Nicaragua.

La Normativa 109 establece que el aborto solo es permitido en situaciones extremas donde la vida de la madre está en peligro o en casos de malformaciones fetales incompatibles con la vida. Cualquier procedimiento de este tipo debe ser gestionado por profesionales de la salud bajo los lineamientos establecidos por el MINSA, siguiendo los protocolos clínicos adecuados para el manejo de estas complicaciones relacionadas al aborto tanto como su tratamiento y abordaje clínico qué se deben tomar.

2.2 PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con el aborto espontáneo en pacientes ingresadas en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina?
2. ¿Cuáles son estas complicaciones asociadas al aborto espontáneo en pacientes ingresadas?
- 3 . ¿Cuáles son las tasas de complicaciones postabortion según las características demográficas y clínicas de las pacientes ingresadas?

CAPITULO III

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

A. Paradigma de la investigación:

El estudio utiliza paradigma lógico-positivista. Así como afirma (Popkewitz, 1988): “El paradigma positivista o naturalista, se caracteriza por el alto interés por la verificación del conocimiento a través de predicciones. Algunos lo llaman el paradigma predicciónista, ya que lo importante es plantearse una serie de hipótesis como predecir que algo va a suceder y luego verificarlo o comprobarlo”

El enfoque está desarrollado en la observación y entrevistas que dan respuesta a los factores que conllevan a riesgos y complicaciones asociadas a abortos espontáneos. De igual manera se comprueban las interrogantes existentes en cuanto al tema en estudio.

B. Enfoque de la investigación:

De la investigación clínica, se obtendrán datos cuantitativos resultantes de las fichas técnicas con datos obtenidos de los expedientes clínicos y entrevistas aplicadas a personal médico.

“El objetivo de la investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven” (Taylor y Bogdan, 1984)

La investigación reúne datos cualitativos y de esta manera comprenderemos cada experiencia vivida por los pacientes.

C. Tipo de investigación:

Para nuestro estudio utilizamos investigación descriptiva.

Para (Verdesoto, 2020) “La investigación descriptiva tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos,

utilizando criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes”

De tal manera en nuestra investigación se establece el comportamiento que dispone a factores de riesgos y complicaciones del aborto espontaneo.

D. Población y muestra:

“La población objeto de estudio en una investigación, es el conjunto total de elementos de interés y la muestra un subconjunto de la población” (Robles, 2019)

El universo de estudio está compuesto por un total de 90 expedientes que cumplen con los criterios de inclusión establecidos y que, por tanto, son considerados válidos para este análisis. Estos expedientes han sido seleccionados mediante la aplicación rigurosa de los criterios de inclusión y exclusión definidos previamente, garantizando que la muestra sea representativa y adecuada para los objetivos de la investigación.

Población finita

Los expedientes serán seleccionados en base a los siguientes criterios:

- Pacientes ingresados al HECAM en el servicio de ginecología teniendo como diagnóstico aborto espontaneo.
- Ingresados en el período del último trimestre del año 2023.
- Que su expediente cuente con todos los datos necesarios
- Aprobación del empleo del expediente

Criterios de exclusión:

- Que la fecha del ingreso del paciente no sea en el período antes mencionado.
- Que el expediente contenga otro tipo de aborto que no sea el que está en estudio.
- Expediente incompleto
- Negación de la utilización de los expedientes

E. Técnica:

El procedimiento que permitirá establecer la relación con el objeto de la investigación será la visita al HECAM luego de solicitar y que nos aprueben los permisos para la validación del instrumento. Se procede a tamizar los expedientes clínicos que cuenten con los criterios de inclusión. Dichos expedientes nos serán de utilidad para registrar los datos obtenidos en la guía de ficha técnica.

F. Instrumentos:

“Los instrumentos de investigación son necesarios en los tipos de recopilación de datos y tecnología más utilizadas en la investigación científica (Hernández,1991)

El instrumento que se utilizó fue una guía de observación que contiene los datos que se necesitan para el abordaje de las variables, de igual manera el empleo de entrevistas a los médicos tratantes respecto a los factores de riesgo y posibles complicaciones que conlleva el aborto.

G. Método:

La investigación aplica método científico.

Cerezal y Fiallo (2005) “El conocimiento empírico es aquel tomado de la práctica, analizado y sistematizado por vía experimental mediante la observación reiterada y la experimentación”

“El método científico es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias” (González,2017)

En esta tesis, se utilizó el método científico como enfoque para asegurar que los resultados fueran válidos, objetivos y reproducibles. a través de datos verificados, obtenidos de la recopilación, normalización y estudio global realizado.

H. Variables:

Perfil socio-demográfico .

Factores de riesgo que conllevan a que ocurra un aborto espontáneo.

Complicaciones asociadas al aborto espontáneo.

CAPITULO IV

4.1 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

1. EDAD

10 a 14	15 a 19	20 a 34	35 a 49	TOTAL
4	9	54	23	90
4.4%	10%	60%	25.5%	100%

Tabla 1 rangos de edades de las mujeres, fuente: Guía de observación.

Los rangos de edades fueron tomados de la hoja de consulta de admisión de los pacientes que son datos demográficos de importancia para el trabajo investigativo dando como resultado que Había 4 mujeres de 10-14 para el 4.4%, de 15-19 para el 10%, de 20-34 para el 60% y de 35-49 para el 25.5%.

Análisis: El grupo predominante en los casos de aborto espontáneo corresponde a mujeres de entre 20 y 34 años, este dato es relevante porque sugiere que esta edad coincide con los años de mayor fertilidad lo que puede asociarse a la exposición de riesgos asociados en el embarazo.

2. PARIDAD

PRIMIGESTA	BIGESTA	TRIGESTA	MULTIGESTA	GRAN MULTIGESTA	TOTAL
33	17	15	22	3	90
36.6%	18.8%	16.6%	24.4%	3.3%	100%

Tabla 2 paridad de las mujeres, fuente: Guía de observación.

La paridad de las pacientes infiere como un factor de riesgo según la normativa-109 en este caso hay más mujeres primigestas que conllevan a un aborto, encontrando que había 33 mujeres primigestas para un 36.6%, Bigestas 17 para un 18.8%, Trigestas 15 para un 16.6%, Multigestas 22 para el 24.4% y Granmultigestas para el 3.3%.

Análisis: La mayoría de las mujeres en la muestra son primigestas 33 de ellas, lo que sugiere que hay un alto número de mujeres que están experimentando su primer embarazo. Esto puede indicar un enfoque en la atención prenatal para primerizas.

3. SEMANAS DE GESTACIÓN

PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	TOTAL
74	16	0	90
82.2 %	17.7%	0%	100%

Tabla 3 semanas de gestación del embarazo, fuente: Guía de observación.

Se evidencia que el aborto es mas común en el primer trimestre dado que la mayoría esta relacionado con anomalías cromosómicas, se encontró que en el primer trimestre 74 mujeres tuvieron aborto espontaneo para el 82.2% y que 16 mujeres para el 17.7%, y 0% en el tercer trimestre dado que esto ya se considera una muerte fetal.

Análisis: existe una clara tendencia en cuanto a la incidencia de abortos espontáneos a lo largo de las diferentes etapas de la gestación. Los datos revelan que el primer trimestre es el período en el cual se concentra la mayor proporción de abortos,. En contraste, el segundo trimestre presenta una incidencia significativamente menor de los casos, mientras que en el tercer trimestre no se reportaron abortos espontáneos.

4. PROCEDENCIA

URBANA	RURAL	TOTAL
46	44	90
51.1%	48.8%	100%

Tabla 4 procedencia geográfica, fuente: Guía de observación.

En este contexto se evidencia que la procedencia de las pacientes no infiere ni determina que pueda o no desencadenar un aborto encontrando un equilibrio donde en la parte urbana 46 mujeres desencadenaron un aborto espontáneo para el 51.1% y en la Rural 44 mujeres para el 48.8 %.

Análisis: No hay una diferencia significativa entre las mujeres de zonas urbanas y rurales en cuanto a la incidencia de abortos espontáneos. Tanto en zonas urbanas como rurales. Este hallazgo sugiere que la procedencia geográfica (urbana o rural) no es un factor determinante en la ocurrencia de abortos espontáneos en este estudio.

5. ESCOLARIDAD

PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIDAD	ANALFABETA	TOTAL
45	33	11	1	90
50%	36.6%	12.2%	1.1%	100%

Tabla 5 escolaridad de las mujeres, fuente: Guía de observación.

La escolaridad puede influir en la tasa de abortos ya que el aborto es un proceso multifacético influenciado por aspectos culturales, económicos y personales, las 45 mujeres que alcanzaron un grado académico primaria son el 45%, Secundaria 33 para el 36.6%, Universidad 11 para el 12.2 % y Analfabeta 1 para el 1.1 %.

Análisis: Mayor frecuencia en primaria: La mayoría de las mujeres que experimentaron un aborto espontáneo en este estudio tenían un nivel de escolaridad primaria. A medida que aumenta el nivel de escolaridad, disminuye la proporción de mujeres que experimentaron un aborto espontáneo. Existe una asociación aparente entre un menor nivel de escolaridad y una mayor frecuencia de abortos espontáneos

6. OCUPACION

ESTUDIANTE	AMA DE CASA	COMERCIANTE	OTRO	TOTAL
8	73	0	9	90
8.8%	81.1%	0%	10%	100%

Tabla 6 ocupación de las mujeres, fuente: Guía de observación.

La ocupación puede influir en las decisiones relacionadas con el embarazo y el aborto a través de factores económicos y de acceso a recursos, 8 mujeres eran estudiantes cuando desencadenaron un aborto para el 8.8%, Ama de casa 73 mujeres para 81.1%, comerciantes 0 para un 0% y otros trabajos 9 mujeres para el 10%.

Análisis: La ocupación de ama de casa parece estar significativamente asociada con una mayor incidencia de abortos espontáneos en este grupo de estudio. Esto sugiere que las mujeres que desempeñan este rol podrían enfrentar factores de riesgo particulares que aumentan la probabilidad de perder el embarazo.

7. ESTADO CIVIL

SOLTERA	CASADA	UNION DE HECHOS ESTABLE	TOTAL
11	23	56	90
12.2%	25.5%	62.2%	100%

Tabla 7 estado civil de las mujeres, fuente: Guía de observación.

El estado civil de la mujer infiere a pesar de tener una relación comprometida, pueden enfrentar factores como la presión de cumplir con las expectativas sociales, de salud o funciones deliberadas en función de la planificación familiar, se evidencio que 11 mujeres solteras desencadenaron un aborto para el 12.2%, Casadas 23 para el 25.5% y unión de hechos 56 para un 62.2%.

Análisis: Mayoría en unión de hecho: El dato más destacado es que la mayoría de las se encuentran en una unión de hecho. Esto podría sugerir que las parejas jóvenes o con menos recursos económicos podrían tener una mayor incidencia de abortos espontáneos

8. CONSUMOS DE SUSTANCIAS TOXICAS

CONSUMO DE ALCHOL		TOTAL	CONSUMO DE TABACO		TOTAL	CONSUMO DE SUSTANCIAS		TOTAL
SI	NO		SI	NO		SI	NO	
2	88	90	3	87	90	2	88	90
2.2%	97.7%	100%	3.3%	96.6%	100%	2.2%	97.7%	100%

Tabla 8 consumo de sustancias toxicas, fuente: Guía de observación.

Las mujeres que consumen sustancias toxicas pueden ser mas propensas a desencadenar un aborto dado que puede tener afectación en la parte reproductiva, en el consumo de alcohol se evidencia que 2 mujeres consumían para un 2.2% y 88 no lo hacían para un 97.7%, consumo de tabaco 3 mujeres consumían para un 3.3% y 87 no para el 96.6%, consumo de sustancias ilícitas 2 mujeres para el 2.2% y 88 no para el 97.7%.

Análisis: Bajo consumo de sustancias: Destaca el bajo porcentaje de mujeres que reportaron consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilícitas. Esto podría indicar que, en el grupo estudiado, los hábitos de consumo no son generalizados.

9. ENFERMEDADES CRONICAS

HIPERTENSION ARTERIAL	4	4.4%
DIABETES MELLITUS	1	1.1%
FALLA RENAL	1	1.1%
DIABETES / HIPERTENSION ARTERIAL	3	3.2%
OBESIDAD / HIPERTENSION ARTERIAL	1	1.1%
OTRAS	1	1.1%
NINGUNA	79	87.7%
TOTAL	90	100%

Tabla 9 mujeres con enfermedades crónicas, fuente: Guía de observación.

Las enfermedades crónicas aumentan el riesgo de desencadenar un aborto espontáneo dado a la condición de base de las mujeres debido a complicaciones asociadas a su patología, 4 mujeres con hipertensión arterial para un 4.4%, diabetes mellitus 1 mujer para el 1.1%, falla renal 1 mujer para el 1.1%, diabetes más hipertensión arterial 3 mujeres para el 3.3%, otras enfermedades 1 mujer para el 1.1% y 79 mujeres sin patología de base para el 87.7%.

Análisis: La tabla nos muestra una relación entre ciertas enfermedades crónicas y un mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo. En particular, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus parecen estar asociadas con un aumento en la probabilidad de perder el embarazo. Estos dos padecimientos crónicos se destacan como los principales factores de riesgo identificados en el estudio.

10. TIPO DE ABORTO

ABORTO INCOMPLETO	44	48.8%
ABORTO INEVITABLE	4	4.4%
ABORTO COMPLETO	10	11.1%
ABORTO SEPTICO	2	2.2%
ABORTO DIFERIDO	19	21.1%
EMBARAZO ANEMBRIONICO	5	5.5%
AMENAZA DE ABORTO	5	5.5%
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA	1	1.1%
TOTAL	90	100%

Tabla 10 tipos de abortos, fuente: Guía de observación.

La prevalencia de varios tipos de aborto puede reflejar los factores biológicos los cuales determinan las condiciones y proceso terapéutico a optar, 44 mujeres tuvieron aborto incompleto para un 48.8%, aborto inevitable 4 mujeres para un 4.4%, aborto completo 10 para un 11.1%, aborto séptico 2 para un 2.2%, aborto diferido 19 para un 21.1%, Embarazo anembriónico 5 para un 5.5% , amenaza de aborto 5 para un 5.5% y enfermedad trofoblástica.

Análisis: Se destaca el aborto incompleto como el más frecuente, El tipo de aborto más común entre las mujeres estudiadas fue el aborto incompleto, . Esto sugiere que una proporción significativa de las mujeres experimentó una interrupción del embarazo en una etapa temprana, con restos del tejido fetal aún presentes en el útero.

11. PROCEDIMIENTO

AMEU	LUI	CIRUGIA	EXPULSADO	TOTAL
72	8	1	9	90
80%	8.8%	1.1%	10%	100%

Tabla 11 procedimiento terapéutico, fuente: Guía de observación.

Los procedimientos terapéuticos van hacer determinados con respecto a la semana de gestación dado que debe ser informada y basada en una consulta médica adecuada para una decisión terapéutica, se evidencio que a 72 mujeres se le realizo AMEU para el 80% , LUI en 8 mujeres para el 8.8% ,cirugía mayor 1 mujer para un 1.1% y 9 mujeres expulsaron en su totalidad el embrión para un 10%.

Análisis: En el estudio se aprecia que el procedimiento más común fue el AMEU, utilizado en los casos reportados. Esto sugiere que la aspiración manual endouterina es el método de elección para la mayoría de los abortos espontáneos en este grupo de mujeres.

12. ANTECEDENTES DE ABORTO

ABORTO ANTERIORES		TOTAL	MOLA PERSISTENTE		TOTAL
SI	NO		SI	NO	
15	75	90	1	89	90
16.6%	83.3%	100%	1.1%	98.8%	100%

Tabla 12 antecedentes personales de aborto, fuente: Guía de observación.

Los antecedentes personales con historia de presentar un aborto anterior aumenta el riesgo de que el próximo embarazo pueda terminar en aborto ,por eso es de suma importancia una buena anamnesis del paciente para así poder tomar

decisiones y manejo durante el embarazo, se evidencia que 15 mujeres sufrieron un aborto anterior para un 16.6% y 75 no habían tenido abortos para un 83.3%. Encontrando también 1 mujer con mola persistente para un 1.1% y 89 mujeres no presentaban esta condición para un 98.8%.

Análisis: Hay una alta incidencia de abortos previos: de las mujeres en el estudio reportaron tener antecedentes de abortos espontáneos. Esto sugiere que una proporción significativa de las mujeres que participan en el estudio han experimentado pérdidas gestacionales previas. Existe una Asociación entre abortos previos y riesgo: La tabla sugiere una posible asociación entre tener antecedentes de abortos y un mayor riesgo de experimentar futuros abortos.

13. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES		TOTAL	ANTECEDENTES INFECTOCONTAGIOSO		TOTAL
SI	NO		SI	NO	
24	66	90	0	90	90
26.6%	73.3%	100%	0%	100%	100%

Tabla 13 antecedentes familiares y infecto lógicos de las mujeres, fuente: Guía de observación.

Se logra evidenciar que los antecedentes familiares como infectos lógicos son relevantes por la predisposición genética tanto como en la salud reproductiva de cada mujer esto determina el abordaje medico a tomar. Se encontró que 24 mujeres tienen antecedentes familiares de aborto para un 26.6% y 66 no presentan antecedentes para un 73.3%, en los antecedentes infecto lógicos 90 mujeres negaron historia de enfermedades infecciosas para un 100%

Análisis: La tabla muestra que un porcentaje significativo de las mujeres en el estudio tiene antecedentes familiares de aborto. Esto sugiere una posible predisposición genética o factores hereditarios que podrían aumentar el riesgo de sufrir un aborto espontáneo.

14. COMPLICACIONES

SHOCK HEMORRAGICO	SHOCK MIXTO	HIPOTENSION INDUCIDA POR SEPSIS	CORIOCARCINOMA	NINGUNA	TOTAL
5	2	3	1	79	90
5.5%	2.2%	3.3%	1.1%	87.7%	100%

Tabla 14 complicaciones posteriores a procedimiento, fuente: Guía de observación.

Aunque estos procedimientos son generalmente seguros , es crucial una atención médica adecuada y seguimiento posterior, las complicaciones pueden ocurrir y si no se detectan a tiempo ,pueden tener repercusiones significativas en la salud física de cada paciente, 5 mujeres presentaron shock hemorrágico para un 5.5% , 2 mujeres presentaron shock mixto para un 2.2%, 3 de ellas hipotensión inducida por sepsis para 3.3% , una mujer presento coriocarcinoma para un 1.1% y 79 mujeres no presentaron complicaciones obstétricas para un 87.7%.

Análisis: Se evidencia una baja tasa general de complicaciones. La gran mayoría de las mujeres el no presentaron complicaciones después del procedimiento. Esto sugiere que, en general, los procedimientos realizados para tratar los abortos espontáneos son seguros y tienen una baja tasa de complicaciones graves. Sin embargo, el shock hemorrágico como la complicación más común, entre las complicaciones reportadas, el shock hemorrágico fue el más frecuente, Esto indica que la hemorragia es una preocupación importante después de un aborto espontáneo y requiere una vigilancia estrecha.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

1. Se clasifica a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina según grupo etario por antecedentes personales o familiares, edad, tipo de complicación y datos personales. Obteniendo como principales en caso de las edades, pacientes entre 22 a 34 años, primigestas, en primer trimestre del embarazo, pacientes ama de casa de las cuales la mayoría no consume ningún tipo de sustancia que lo agrave.

2. Demostramos que, en tanto a los factores de riesgos asociados al desarrollo del aborto espontaneo en las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del HECAM los principales y más preocupantes son la paridad, las semanas de gestación y la ocupación, puesto que es donde más se observa un aumento radical.
3. Finalmente se describen las complicaciones presentes en un aborto espontaneo que pone en riesgo la salud de la mujer, por lo tanto, se describe cada una de ellas para crear conciencia y tratar de evitar los factores de riesgo que puedan conllevar a esto.

5.2 BLIBLIOGRAFIAS

1. (Duran, Bouquet De; Izzedin, Romina, 2012)
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172948272012000100007&lng=es&tlnlg=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172948272012000100007&lng=es&tlnlg=es)
2. Corti; Gutierrez; & Salvador (2022)
<https://www.reproduccionasistida.org/tipos-aborto-espontaneo/>
3. (obstetricia, Sociedad española de ginecología , 2010)
<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=S0304501310004565&r=151#:~:text=El%20aborted%20espont%C3%A1neo%20cl%C3%ADnico%20se,la%20duodenal%20cima%20semana%20de%20embarazo.>
4. (Isadora, Hospital Clinca, 2021) <https://clinicaisadora.es/abortar-enmadrid/tipos/>
- (Viviana Rodriguez, 2013)
5. https://issuu.com/silvia143/docs/tesis_viviana_rodriguez_aquino/1
6. (health, Ministry of, 2018)
https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/statics/es/accessible/cie10/tabcodelist/tl_enf_15.html
7. (Clinic, Personal de Mayo, 2021)
<https://www.mayoclinic.org/es/diseasesconditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298>
8. (Hijona, Jesus Joaquin, 2010)
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63127>
9. (Lopez, Daniela Yoeli; Morales, María Isabel; Ramos, Gisela Mariel, 2020)
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/193>
- 10.(medicos, Equipo de profesionales, 2022)
<https://ada.com/es/conditions/miscarriage/>

11. (Rogers, Vanessa L.; Roberts, Scott W., 2021)
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=3002§ionId=255526804>
12. (Ingenomix, 2014) <https://nace.igenomix.es/blog/aborto-espontaneo-que-essintomas-y-causas/>
13. (Hernandez, Dra Maribel, 2022)
[file:///C:/Users/Otto%20Daniel/Downloads/Normativa%20109%20octubre%202022%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Otto%20Daniel/Downloads/Normativa%20109%20octubre%202022%20(1).pdf)
14. (Roa, Av Froilan, 2015)
<https://cedipcloud.wixsite.com/minsal2015/diagnstico-de-aborto>
15. (Espinoza Garita, S. ., Garnier Fernández, J. C., & Pizarro Alvarado, G. ., 2021)
<https://doi.org/10.31434/rms.v6i5.670>
16.
(Pedro Ramirez, 2022) <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/tumoresginecológicos/enfermedad-trofoblástica-gestacional>
17. (David Mucht, 2022)<https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/miomas-uterinos/miomas-uterinos>
18. (Jordi Cordobés, 2022) <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/varicesvulvares-y-sindrome-de-congestion-pelvica-soluciones-y-tratamientos>
19. (Joel Santos-Bolívar, 2012) <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articuloretencion-intraabdominal-feto-posterior-legrado-S030450131200115X#:~:text=La%20perforaci%C3%B3n%20uterina%20durante%20el,abdomen%20posterior%20a%20legrado%20uterino.>
20. (Mayo Clinic, 2022)
<https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/abdominalhysterectomy/about/pac-20384559>

21. (Katherin Isabel Culqui Romero, 2021)
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4713/INFORME%20DE%20TESIS%20-%20KATHERIN%20ISABEL%20CULQUI%20ROMERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22. (Complicaciones tras un aborto, 2018)
<https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=complicaciones-tras-aborto>

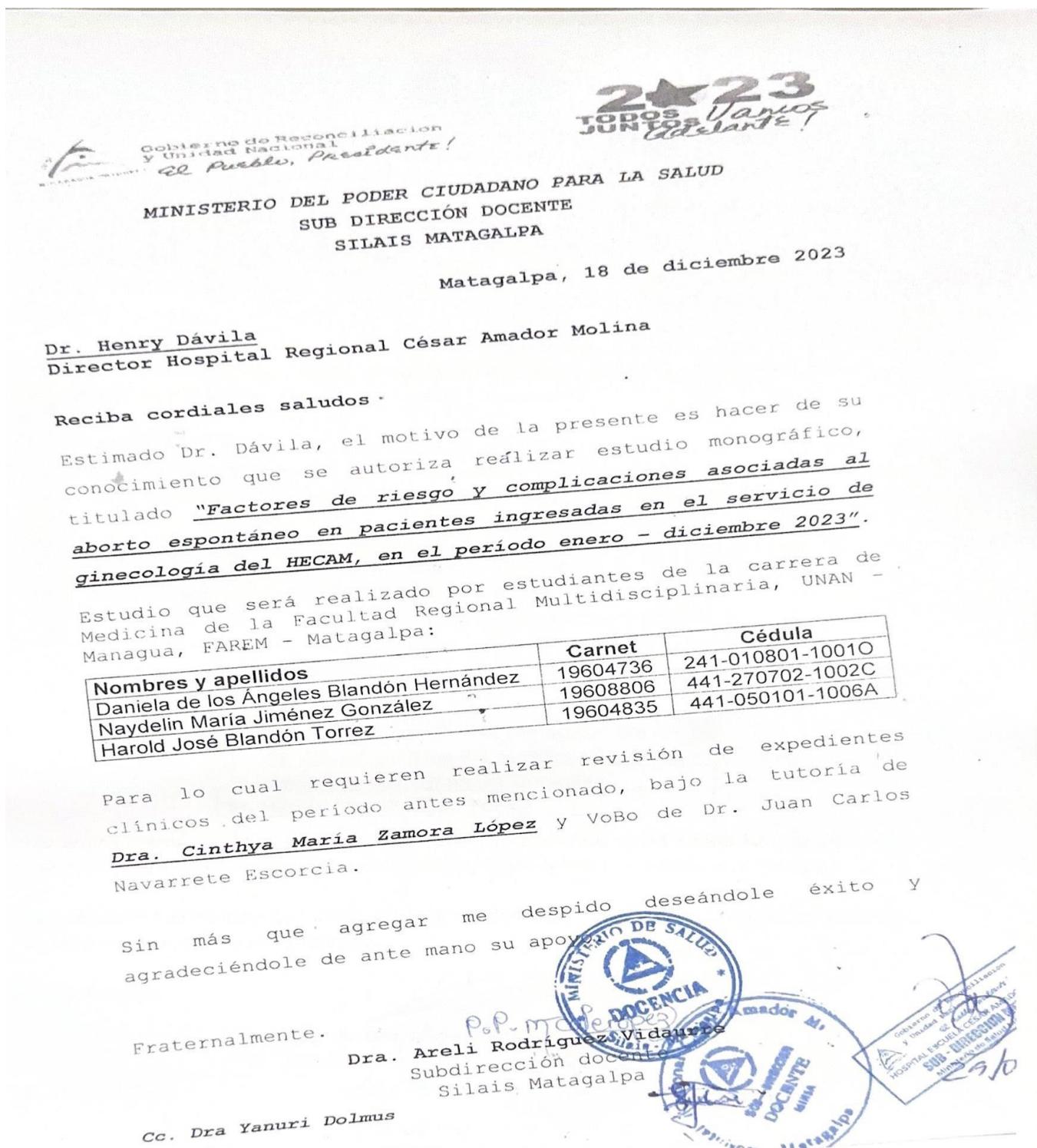
23. (Vega, M. A., Martín, F. M., Prieto, A. J., & Martínez, P., 2013)
https://www.researchgate.net/publication/257149238_Retencion_intraabdominal_de_feto_posterior_a_legrado_uterino_Comunicacion_de_un_caso

24. (Aparna Sridhar, 2021)
[https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecologia-y-obstetricia/trastornos-del-embarazo-temprano/abortos%C3%A9ptico?query=aborto%20s%C3%A9ptico](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecologia-y-obstetricia/trastornos-del-embarazo-temprano/abortos?query=aborto%20s%C3%A9ptico)

25. (JANET BALLINAS HERNÁNDEZ, 2014)
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14989/Tesis.420064.pdf>

26. (Maritchu Bombin, 2019) <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0460.pdf>

5.3 ANEXOS





FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA

DEPARTAMENTO DOCENTE

"2023: SEGUIREMOS AVANZANDO EN VICTORIAS EDUCATIVAS"

Matagalpa, 13 de diciembre del año 2023.

Dra. Arelis Rodríguez
Sub Directora Docente
SILAIS Matagalpa.

Estimada Dra. Rodríguez, reciba un cordial saludo de nuestra Facultad Regional Multidisciplinaria UNAN – Managua, FAREM – Matagalpa.

En el marco de la etapa de culminación de estudios para la carrera de MEDICINA, se contempla en el plan de estudios, la Modalidad de Graduación Monografía, en la cual se debe elaborar un trabajo de investigación y defenderlo para optar al título profesional.

En ese sentido, le solicito amablemente su colaboración en concederle permiso a los estudiantes para que dispongan del espacio y el acceso a los expedientes clínicos, en la medida que ustedes dispongan, esto para permitirles poder trabajar en la investigación sobre el tema que lleva como título: *"Factores de riesgo y complicaciones asociadas al aborto espontáneo en pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del HECAM, en el periodo enero-diciembre del año 2023"*. Bajo la tutoría de la Dra. Cintia Zamora López. Visto bueno del tema por el Dr. Juan Carlos Navarrete Escorcia / Coordinador de carrera.

Nombre y Apellido de los estudiantes
Br. Daniela de los Ángeles Blandón Hernández
Br. Naydeling María Jiménez González
Br. Harold José Blandón Torrez

No omito manifestarle, que sin el apoyo del ministerio de salud SILAIS Matagalpa, sería imposible que nuestros estudiantes pudieran hacer análisis apegado a la realidad.

Agradeciendo el tiempo que amablemente les dediquen, le reiteramos nuestros saludos, deseándole éxito en sus funciones.

Cordialmente,

MSc. Amaru Ernesto Martínez Vega

Director Docente, Departamento de

Ciencia Tecnología y Salud

¡A la libertad por la Universidad!

Parque Dario 1C al Norte 1 1/2 al Oeste, | Recinto Universitario "Mariano Fiallos Gil"
Apartado Postal 218 – Matagalpa, Nicaragua | Telf.: 2772 3310 / Ext. 7111 | www.farematagalpa.unan.edu.ni

Ficha de llenado de expediente

Edad: _____

Primigestas: _____ Multigesta: _____ Nulípara: _____

Semanas de Gestación: _____

Procedencia: rural: urbana:

Escolaridad: Primaria: Secundaria: Universidad:

Ocupación: Ama de casa: Comerciante: Estudiante: otro:

Estado civil: Soltera: Casada: Unión de hechos

Consumo de alcohol	NO
	SI
Consumo de tabaco	NO
	SI
Consumo de sustancias alucinógenas	NO
	SI

Enfermedades Crónicas

Diabetes: _____

HTA: _____

Otra: _____

Aborto incompleto:

Aborto inevitable:

Anembriónico : _____

Tipo de aborto:

Aborto _____ completo: _____

Aborto séptico: _____

Antecedentes infectocontagiosos:

Antecedentes familiares:

Procedimiento

LUI:

AMEU:

CESAREA:

Complicaciones durante el procedimiento:

Operacionalización de variables

Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Edad (MTC)	Rango inferior: 13	Rango superior: 40	Moda
Rangos de edad	12 - 19 años		
	20 - 24		
	25 - 29		
	30 - 34		
	>35 años		
Procedencia	Urbana		
	Rural		
Escolaridad	Ninguna		
	Primaria		
	Secundaria		
	Universitaria		
Ocupación	Ama de casa		
	Comerciante		
	Estudiante		
	Ingeniera		
	Licenciada		
	Administradora		
	Contadora		
	Total:		

Tabla 15 ejemplos de datos de afiliación para instrumento.

Fuente: elaboración propia.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de aborto	Aborto incompleto		
	Aborto inevitable		
	Anembriónico		
	Aborto completo		
	Aborto sèptico		
	Total		
Edad gestacional	Limite inferior:	Limite superior:	Moda:

Tabla 16 tipos de aborto.

Fuente: elaboración propia.

Variable	Valor	SG<12	SG>12	P

Edad	19 años a menos			
	20 años a más			
Procedencia	Urbana			
	Rural			
Estado civil	Con pareja			
	Sin pareja			
Baja escolaridad	Si			
	No			

Tabla 17 rangos de edades.

Fuente: elaboración propia.

Variables		SG<12	SG>12	Total	P
Consumo de alcohol	NO				
	SI				
Consumo de tabaco	NO				
	SI				
Consumo de sustancias alucinogenas	NO				
	SI				
Total;					

Tabla 18 hábitos tóxicos.

Fuente: elaboración propia