



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

“PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA
ABORTO ESPONTANEO EN PACIENTES DEL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEODORO
MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO DE
ABRIL 2015 – SEPTIEMBRE 2015”

AUTOR (ES):

Reyes Martínez, Kerly Elizabeth

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
Médico General**

TUTOR:

Vásquez Cedeño, Diego

Guayaquil, Ecuador

27 septiembre del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Reyes Martínez, Kerly Elizabeth**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico General**.

TUTOR (A)

f. _____
Vásquez Cedeño, Diego

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre, Juan Luis

Guayaquil, al 27 del mes de Septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Reyes Martínez, Kerly Elizabeth**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO ESPONTANEO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO DE ABRIL 2015 – SEPTIEMBRE 2015, previo a la obtención del Título de Médico General, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 27 del mes de Septiembre del año 2016

EL AUTOR (A)

f. _____
Reyes Martínez Kerly Elizabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Reyes Martínez Kerly Elizabeth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Prevalencia de los factores de riesgo para aborto espontaneo en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de abril 2015 – septiembre 2015, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 27 del mes de Septiembre del año 2016

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Reyes Martínez Kerly Elizabeth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**Diego Vásquez Cedeño
TUTOR**

f. _____

Dr. Cley Viteri

f. _____

Dr. Cesar Torres

Agradecimiento

Agradezco a Dios quien todo me lo ha dado, al doctor Diego Vásquez quien ha hecho posible la realización de este trabajo de titulación, a toda mi familia, amigos y personas especiales en mi vida que siempre han tenido palabras de fuerza que me han alentado a seguir adelante y así alcanzar este nuevo logro. Hago una mención especial a mis padres Klever Reyes y Genoveva Martínez quienes siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas, apoyándome en todas mis decisiones así no fueran de su agrado, sacrificando todo con tal de hacer posible que pueda cumplir mis ideales, doy gracias a mi hermano David Reyes que a su manera muy especial me dio ánimos para seguir en la lucha diaria y por ultimo pero no menos importante agradezco a mi amado esposo Christian Osorio quien ha estado junto a mi desde el inicio de este sueño que ahora se hace realidad, quien ha sabido tenerme paciencia y comprensión en los momentos más difíciles atreves de esta carrera y en quien he podido confiar con total tranquilidad a mi tesoro más grande mi hijo Liam a quien agradezco también su sola presencia ya que se ha convertido en mi fuente de motivación, me ha vuelto más fuerte de lo que creí ser, llenas mi vida de amor y felicidad, a pesar de las dificultades mi vida no sería vida sin ustedes.

Dedicatoria

Dedico esta tesis con mucho cariño a mis padres que me han brindado su apoyo incondicional y han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, este es nuestro logro lo hicimos juntos día a día. Los amo.

INDICE

Contenido

INDICE.....	I
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
Palabras Claves: (registrar por lo menos 6 palabras claves)	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO N°1	7
Generalidades	7
Etiología	8
CAPITULO N° 2.....	13
Clasificación clínica.....	13
Clasificación del aborto espontáneo.....	13
Aborto en curso	13
Aborto inevitable	13
Aborto retenido-frustro.....	13
Aborto incompleto.....	13
Aborto completo.....	13
Cuadro clínico	13
Tratamiento	14
Tratamiento expectante	14

Tratamiento farmacológico del aborto espontaneo	14
Tratamiento quirúrgico	15
HIPÓTESIS.....	16
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	16
Tipo de estudio.....	16
OBJETIVOS.....	16
Objetivo General:	16
Objetivos específicos:	16
MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
Metodología.....	17
Población.....	17
Criterios de inclusión:	17
Criterios de exclusión	18
Operacionalización de variables:.....	18
Análisis Estadístico	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES.....	24
GRÁFICOS	25
ANEXOS.....	30
Tabla 1.....	30
Tabla 2.....	31

Tabla 3.....	31
Tabla 4.....	32
Tabla 5.....	33
Tabla 6.....	33
Tabla 7.....	34
Tabla 8.....	34
Tabla 9.....	35
Tabla 10.....	35
Tabla 11.....	35
Tabla 12.....	36
Tabla 13.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37

RESUMEN

El proceso de la reproducción conlleva una meticulosa coordinación de múltiples procesos en los cuales pueden producirse fallos que conduzcan a graves errores que dan como resultado el denominado aborto espontáneo.

El aborto espontáneo es la complicación más común en el embarazo, ocurre sin la intervención de procedimientos instrumentales o médicos, es decir que no es inducido antes que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad. Sucede en el 50 al 70% de los embarazos, la mayor parte de los abortos son irreconocibles ya que a suelen suceder antes sean detectados clínicamente.

Su cuadro clínico característico es una mujer sexualmente activa en edad reproductiva con retraso menstrual o amenorrea que presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio intermitente y sangrado.

Existen muchas etiologías tanto de origen fetal como originado de los progenitores que producen anomalías y llevan a pérdida del embrión o feto.

La edad materna es considerada uno de los principales factores de riesgo asociados a la aparición de este tipo de aborto. En mujeres sin existencia previa de otros factores de riesgo para presentar abortos espontáneos, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dichos abortos. Cuando analizamos la edad de las mujeres que presentaron abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, se puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mujeres mayores de 40 años, el porcentaje aumenta de cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad.

ABSTRACT

Reproductive process involves careful coordination of multiple processes in which failures leading to serious errors that result in the spontaneous abortion can occur called.

Spontaneous abortion is the most common complication of pregnancy, occurs without the intervention of instrument procedures or physicians, ie it not induced before the fetus reaches a gestational age that allows its viability. It happens in 50 to 70% of pregnancies, most of the abortions are unrecognizable as they usually happen before they are detected clinically.

Its characteristic clinical picture is a sexually active woman of reproductive age with menstrual delay or amenorrhea presenting a clinical picture characterized by intermittent pain in lower abdomen and bleeding.

There are many etiologies of fetal origin both originated from the parents that produce abnormalities and lead to loss of the embryo or fetus.

Maternal age is considered one of the main risk factors associated with the occurrence of this type of abortion. In women without prior existence of other risk factors for spontaneous abortions present, as the greater the age, the higher the incidence of such abortions. When we analyze the age of the women who had spontaneous abortions, it is observed that, in adolescents, can reach between 10% and 12%, whereas in women over 40 years, the percentage increases four to five times, and increases progressively with age.

Palabras Claves: (registrar por lo menos 6 palabras claves)

Abortion, Spontaneous, Risk Factors, Maternal Age, Pregnancy, Complication.

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo es aquel que ocurre sin la intervención de procedimientos instrumentales o médicos, es decir que no es inducido antes que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad, antes de la semana 20 contando desde el primer día del último ciclo menstrual normal, con peso menor de 500 gramos o la expulsión de cualquier otro producto no viable de la gestación de cualquier peso o edad gestacional. El aborto espontáneo es la complicación más común en el embarazo, sucede en el 50 al 70% de los embarazos, la mayor parte de los abortos son irreconocibles ya que a suelen suceder antes sean detectados clínicamente.

La mayoría de los abortos ocurre dentro de las primeras 12 semanas de gestación y el 20% restante ocurre entre la 12 a la 20 semanas; 1% de todas las mujeres presentan abortos recurrentes. En su origen se pueden encontrar múltiples factores, dentro de los principales tenemos las anomalías propias del producto de la gestación y algunos factores ambientales. Además, en ocasiones el aborto se puede producir repetidamente, en tal caso se debería empezar a sospechar sobre la presencia de factores etiológicos que condicionen la aparición de estos abortos, ya que estos dejan de ser producidos por fenómenos al azar y por lo cual se debe encontrar y tratar su etiología

Del 15% al 20% de las gestaciones diagnosticadas se pierden en las primeras semanas de gestación o al inicio del segundo trimestre, sin necesariamente presentar alguna complicación materna. Del total de concepciones, 30% aproximadamente se pierden por defectos en la implantación, 30% son abortos preclínicos (antes de ser diagnosticados), 10% abortos clínicos y solo el 30% nacen vivos.

DESARROLLO

CAPITULO N°1

Generalidades

El aborto espontáneo es la complicación más común en el embarazo, ocurre sin la intervención de procedimientos instrumentales o médicos, es decir que no es inducido antes que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad y sucede en el 50 al 70% de los embarazos, la mayor parte de los abortos son irreconocibles ya que a suelen suceder antes de que se presente el siguiente periodo menstrual. (1) (2) La OMS lo define como “la interrupción no voluntaria del embarazo, la expulsión de un embrión de su madre antes de la semana 20 contando desde el primer día del último ciclo menstrual normal o eliminación del producto de la gestación con peso < 500 gramos o de otro producto de gestación de cualquier edad gestacional o peso absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatiforme, etc), independiente de si hay o no evidencia de vida”. (1) (3) (4) (5)

La mayoría de los abortos de tipo espontáneos son tempranos, ocurre aproximadamente en un 80% dentro de las primeras 12 semanas de gestación y el 20% restante ocurre entre la 12 a la 20 semanas; 1% de todas las mujeres presentan abortos recurrentes. (1) (4) (6)

Del 15% al 20% de las gestaciones diagnosticadas se pierden en las primeras semanas de gestación o al inicio del segundo trimestre, sin necesariamente presentar alguna complicación materna. Del total de concepciones, 30% aproximadamente se pierden por defectos en la implantación, 30% son abortos preclínicos (antes de ser diagnosticados), 10% abortos clínicos y solo el 30% nacen vivos. (7) (8)

Etiología

El proceso de la fecundación compromete una combinación de muchos sucesos en los cuales se pueden producir fallas que conlleven a graves errores que se manifiestan en forma de aborto. En su origen se pueden encontrar múltiples factores, dentro de los principales tenemos las anomalías propias del producto de la gestación y algunos factores ambientales. Además, en ocasiones el aborto se puede producir repetidamente, en tal caso se debería empezar a sospechar sobre la presencia de factores etiológicos que condicionen la aparición de estos abortos, ya que estos dejan de ser producidos por fenómenos al azar y por lo cual se debe encontrar y tratar su etiología. (9) (10) (11)

Existen muchas etiologías tanto de origen fetal como originado de los progenitores que producen anomalías y llevan a pérdida del embrión o feto. Gran parte estos sucesos se asocian a perturbaciones en los cromosomas, especialmente se producen las trisomías autosómicas y las triploidías. (12)

Las causas de un aborto de tipo espontáneo son muchas y las más comunes son las siguientes:

- Causas genéticas: La etiología genética es la más frecuente en los abortos en el primer trimestre del embarazo, son producto de fallas en la meiosis, que dan como resultado huevos aberrantes, las irregularidades más frecuentes son las trisomía autosómica, la monosomía X, la triploidia, la tetraploidia y los errores en la reordenación de cromosomas. Estas perturbaciones se pueden ver en el 80% de los huevos aberrantes y en el 5 - 10% de los abortos en que si encontramos embrión o feto. (13)

- Anomalías ovulares: Se originan desde los defectos del plasma germinativo, pasando por cualquiera de las alteraciones posibles en el desarrollo del huevo, hasta los trastornos en la penetración uterina que puedan sufrir las vellosidades placentarias en su inserción, y que según estudios recientes, son causas de aborto en el primero, segundo, tercero y hasta cuarto mes.

“Investigaciones embriológicas recientes concluyen que la responsabilidad de muchos abortos recae en el factor masculino. El factor masculino, por la

alteración de la espermatogénesis, es responsable de buen número de casos de aborto, y sobre todo del aborto habitual. (Lane-Roberts y Jeffcotte). Meyer y Streeter llegan a la conclusión de que en el aborto del primer mes solamente un embrión, de cada cinco, es normal; es decir, el ochenta por ciento de los embriones del primer mes presentan alguna anomalía congénita. Colvin, Bartholomeun, Grimes y Fish, tratando de conocer la proporción real de abortos espontáneos que pudieran ser evitados, estudian mil quinientos setenta casos de amenazas de aborto, tratados sólo con el reposo: encontraron cuatrocientos cuarenta casos de aborto inevitable.” (1) (10)

- Anomalías anatómicas uterinas: Las anomalías anatómicas del útero provocan un 10 a 15% de todos los abortos con un desarrollo fetal adecuado. El útero tabicado es el más frecuente, útero unicornio, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, cicatrices y adherencias uterinas; originarían condiciones desfavorables e impropias para el desarrollo del producto. Las anomalías en la fusión del conducto Mülleriano se acompañarían de cérvix incompetente. El cérvix incompetente es una causa bien reconocida de pérdida de la gestación al inicio o final del segundo trimestre. El diagnóstico clínico de esta anomalía en la paciente embarazada se da por los antecedentes de pérdidas de la gestación con abortos tardíos, no dolorosos, con protrusión o ruptura de las membranas, generalmente con presencia del producto vivo y cada vez ocurre a una edad gestacional menor. Su tratamiento se basa en la aplicación de un cerclaje cervical, de acuerdo a la técnica de McDonald. (15) (16)

Pero lo que constituye un elemento de suma importancia, es la existencia de procesos fibromatosos, que por distintos mecanismos se oponen al desarrollo ovular, desencadenado por la falta de extensibilidad de la musculatura uterina, defectos de espacio, déficit de aporte sanguíneo al producto y modificaciones del endometrio desfavorables. Muchos de estos procesos pasan sin diagnóstico, debido a su pequeño volumen que los hace imperceptibles. Alberto Ravagnan, en su obra "Embarazo Complicado por Tumores del Ovario y Fibromiomas Uterinos", consigna lo siguiente: "bien sabido es que existen muchos úteros fibromatosos que escapan al diagnóstico; así es entonces, cómo muchos de los abortos que se imputan a otra causa cualquiera, o en los

que no se encuentra nada que los justifique, puedan ser debidos a núcleos miomatosos, submucosos o intramurales ignorados". (2) (9) (10)

- Trastornos endocrinos:

- Anomalías en la secreción de LH: la insuficiencia lútea es el trastorno hormonal más comúnmente relacionado al aborto espontáneo. La abolición de la función pituitaria con agonistas de la GnRH, seguida de la administración de gonadotropina coriónica humana demostró ser de gran ayuda para prevenir abortos espontáneos. (1)
- Trastornos tiroideos (14)
- Diabetes mellitus no controlada (6) (17)

- Enfermedades infecciosas: Cualquier tipo de enfermedad infecciosa aguda podría llegar a ser causa de aborto espontaneo. Infecciones maternas como enfermedades de transmisión sexual, toxoplasmosis, rubeola, listeriosis, e infecciones por el virus de inclusión citoplasmática, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma hominis. (10)

- Enfermedades inmunológicas: el 80% de los abortos de origen no conocido tienen una base inmunológica, tales como la isoinmunización Rh, la incompatibilidad ABO. (4)

- Factores ambientales: El consumo de tabaco, café, drogas, la edad tanto materna como paterna, la multiparidad y el número de abortos previos aumentan significativamente el riesgo de aborto.

- Factores tóxicos: como el empleo de antagonistas del ácido fólico e intoxicación por plomo o cualquier otro tipo de sustancia toxica.

- Traumáticos: por trauma directo sobre el útero gestante en gestaciones a partir del segundo trimestre.

- Defectos de la Nutrición

- Edad materna: Es el principal factor asociado en la aparición del aborto espontáneo. En mujeres sin ningún otro factor de riesgo, mientras mayor es la

edad materna, mayor es la probabilidad de presentar abortos. Cuando se analizan las edades de las mujeres que presentaron abortos espontáneos, se puede ver que, en las adolescentes, se alcanza un 10 a 12%, mientras que las mujeres mayores de 40 años, este porcentaje aumenta de 4 a 5 veces, y así mismo aumenta progresivamente con la edad.

Un estudio llevado a cabo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2001 al 2005, concluyó que “La incidencia de abortos fue del 13.6%, y que los factores que fueron un riesgo para desarrollar el aborto espontáneo fueron: edad materna > 35 años, tener uno o más antecedentes de abortos, ser multipara y haber presentado una amenaza de aborto durante la gestación. (11) (13) (19)

- Iatrogenia: El uso de medicamentos o procesos invasivos como la amniocentesis o la biopsia corial pueden llevar a un riesgo de aborto espontáneo mayor que el de la población en general.

- Otras Causas:

a. El síndrome del anticuerpo antifosfolípido es una causa bastante reconocida de aborto espontáneo. Hay varios anticuerpos antifosfolípido la presencia de alguno o varios de estos anticuerpos antifosfolípido se relaciona con pérdidas reiteradas de embarazo. (2)

b. IMC: un se puede asociar a la obesidad (IMC >25) con un aumento significativo en la probabilidad de desarrollar un aborto espontáneo a edades tempranas de la gestación.

c. Abortos previos: el antecedente de abortos espontáneos en gestaciones anteriores relaciona un aumento del riesgo de repetición de este evento. El peligro de aborto espontáneo clínicamente detectable en una mujer que nunca ha presentado un aborto va desde el 11 a 15%; pero, luego de uno a cuatro abortos, el riesgo de aborto es de 16%,25%, 45% y 54%, respectivamente.

d. Estrés Materno: el estrés materno durante la gestación podría ocasionar insuficiencia del cuerpo lúteo y/o hiperprolactinemia leve, lo que se encuentra asociado a aborto espontáneo. (5) (2)

CAPITULO N° 2

Clasificación clínica

Según el tiempo de gestación:

- **Aborto temprano:** \leq a 12 semanas de gestación, corresponde al 80% de los abortos espontáneos.
- **Aborto tardío:** $>$ 12 semanas de gestación.

Clasificación del aborto espontáneo:

Aborto en curso: su cuadro clínico consiste en dolor pélvico de moderada a gran intensidad, acompañado de sangrado transvaginal. Al examen ginecológico: OCI abierto, membranas íntegras.

Aborto inevitable: actividad uterina presente. Al tacto vaginal se evidencia, membranas rotas, cambios cervicales como borramiento y dilatación cervical.

Aborto retenido-frustro: Existe retención del embrión o feto sin latidos cardiacos en útero sin expulsión de los restos ovulares. Su diagnóstico clínico se da por el cese del aumento del tamaño uterino, los síntomas y signos de la gestación disminuyen o desaparecen, los descubrimientos ecográficos comprueban su diagnóstico.

Aborto incompleto: consiste en la eliminación de restos embrionarios y/o restos ovulares parciales.

Aborto completo: eliminación completa del embrión o feto y de las membranas ovulares. Su diagnóstico clínico se da por el cese del dolor y del sangrado activo después de la expulsión completa del producto de la concepción.

Cuadro clínico

Mujer sexualmente activa en edad reproductiva con retraso menstrual o amenorrea que presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio intermitente y sangrado.

Detección de gonadotropina coriónica humana en sangre materna. Cuando los niveles de la gonadotropina coriónica humana no aumentan correctamente, la curva de crecimiento de los niveles de esta hormona se aplana, o los niveles disminuyen antes de la octava semana de gestación, se puede concluir un embarazo no viable o de mal pronóstico. (1)

Las concentraciones de gonadotropina coriónica humana deben ser evaluadas junto con los descubrimientos del ultrasonido para tener una mayor exactitud diagnóstica. Cuando los niveles séricos de gonadotropina coriónica humana son de 5.000-6.000 mU/mL en la ecografía transabdominal debe visualizar un saco gestacional, mientras que con el transductor transvaginal se puede visualizar el saco gestacional cuando el nivel de gonadotropina coriónica humana va entre 1.800-2.000 mU/mL. En la actualidad se da importancia a la cuantificación de la concentración de progesterona para determinar el pronóstico de un embarazo. Una concentración de progesterona menor de 15 ng/ mL se asocia con embarazo ectópico y gestaciones intrauterinas de mal pronóstico. (3)

Tratamiento

Tratamiento expectante

Cuando existe un aborto en etapas tempranas del embarazo, el tratamiento consiste en primera instancia en la observación, confirmación por ecografía y seguimiento de la gonadotropina coriónica humana (12). El tratamiento expectante durante 4 semanas en ciertas mujeres puede ser una alternativa eficaz y segura. La mayor parte de las expulsiones suceden dentro de las primeras dos semanas posteriores al diagnóstico. Si no llega a ocurrir la expulsión espontánea en 1 mes, se debería optar por tratamiento médico o quirúrgico.

Tratamiento farmacológico del aborto espontáneo

El tratamiento farmacológico está indicado: si la mujer desea evitar una intervención quirúrgica, IMC, procedimientos quirúrgicos previos a nivel del cérvix o presencia de malformaciones o miomas uterinos que obstaculicen el

tratamiento quirúrgico. En las primeras semanas es considerado al tratamiento farmacológico el más eficaz.

El misoprostol es un fármaco análogo de prostaglandinas muy efectivo con tasas del 87% a 93% de éxito en uso por vía vaginal, oral y sublingual. El tratamiento médico de elección en el aborto incompleto es misoprostol vía oral 600ug o 400ug por vía sublingual debido a su eficacia y menores efectos secundarios, las tasas de abortos completos son del 61 % en dosis única y 93% para dosis repetidas. En presencia de un aborto retenido se debería utilizar dosis de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual o 800 ug por vía vaginal con porcentajes de éxito de 50% al 93%. Se debería esperar la expulsión total del producto de la gestación en las primeras 24 horas, pero puede demorar hasta 48 a 72 horas.(10)

Tratamiento quirúrgico

Se debe optar por una evacuación quirúrgica cuando: se presenta hemorragia intensa y/o persistente, presencia de tejidos retenidos e infectados, inestabilidad hemodinámica, enfermedad trofoblastica gestacional, contraindicaciones al tratamiento médico. (7) (12)

Se puede realizar por 2 opciones:

- Aspiración manual endouterina (AMEU): Procedimiento por el cual, introduciendo una cánula al útero a través del cérvix, el contenido uterino es vaciado por aspiración al vacío. (10)
- Legrado uterino instrumental (LUI): Técnica por la cual, a través del cérvix, se vacía el interior del útero mediante el uso de una cureta de metal, bajo anestesia general.” (10)

HIPÓTESIS

El aborto espontáneo es un tema de reconocida importancia, con múltiples factores de riesgo desencadenantes. El principal factor de riesgo relacionado a la aparición de aborto espontáneo es la edad, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de este evento. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mujeres mayores de 40 años, el porcentaje aumenta de cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad.

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo transversal de serie de casos

OBJETIVOS

Objetivo General:

Brindar información útil con la cual podamos reconocer con gran facilidad los factores de riesgo asociados para desarrollar un aborto espontáneo, de tal manera que esta información pueda ser usada desde un punto de vista preventivo, para así poder mejorar la calidad de atención de nuestra institución y así disminuir la incidencia de estas pérdidas.

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de los factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- Usar los resultados de nuestro estudio desde un enfoque preventivo – promocional y así disminuir su incidencia, y mejorar la calidad de atención.

- Identificarlos antecedentes patológicos personales que con mayor frecuencia estén asociados al aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- Identificarlos antecedentes quirúrgicos que con mayor frecuencia pudieran estar asociados al aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- Identificarlos antecedentes Gineco-obstétricos específicamente que constituyan un factor de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Determinar la frecuencia de la presencia o ausencia de controles prenatales en pacientes que desarrollaron un aborto espontaneo y acudieron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

MATERIALES Y MÉTODOS

Metodología

Se llevó a cabo un estudio analítico transversal de una base de datos en la que se registraron los pacientes con diagnóstico de aborto espontaneo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil durante el periodo de Abril 2015– Septiembre 2015.

Población: pacientes de sexo femenino pertenecientes al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Criterios de inclusión:

- Pacientes de sexo femenino
- Pacientes menores de 45 años
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de amenaza de aborto
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de aborto espontaneo

- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de aborto espontáneo, incompleto, sin complicación
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de aborto espontáneo, completo o no especificado, sin complicación

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 15 años
- Pacientes no embarazadas
- Pacientes con diagnóstico clínico de aborto intencional

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Demográfica	Años	Ordinal	Cuantitativo continuo
Gestas	Numero de gestas previas	Antecedente GO	Números	Ordinal	Cuantitativo discreto
Partos	Número de partos	Antecedente GO	Números	Ordinal	Cuantitativo discreto
Cesáreas	Número de cesáreas	Antecedente GO	Números	Ordinal	Cuantitativo discreto
Abortos	Número de abortos	Antecedente GO	Números	Ordinal	Cuantitativo discreto
APP	Antecedentes patológicos personales	Antecedente Personal	DM II HTA Hipotiroidism o ETS	Nominal	Cualitativo
AQX	Antecedentes Quirúrgicos	Antecedente Quirúrgico		Nominal	Cualitativo

AA	Alergias medicamentosas	Antecedente Personal		Nominal	Cualitativo
Edad gestacional	Numero de semanas de gestación por FUM	Periodo de amenorrea	Semanas	Intervalo	Cuantitativo continuo
Consultas prenatales	Número de consultas prenatales	Control prenatal	Números	Cualitativo Ordinal	Cuantitativo discreto
Motivo de consulta	Sintomatología referida por la paciente	Sintomatología a	Dolor abdominal STV Disuria HTA	Nominal	Cualitativo

Análisis Estadístico

El procesamiento de la información fue transcrito, recolectado, tabulado y procesado a través Microsoft Excel 2010 la cual, posteriormente, se analizó en el programa STATA versión 14. Los resultados se reportaron utilizando frecuencias absolutas, frecuencias relativas, porcentajes y promedios. El análisis estadístico se realizó con tabulaciones y gráficos estadísticos, se utilizó el test de chi cuadrado no corregido para las variables nominales y dicotómicas. Los gráficos fueron elaborados en Microsoft Excel 2010, se usaron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, análisis univariado y multivariado.

RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo de nuestro estudio titulado Prevalencia de los factores de riesgo para aborto espontaneo en pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de abril 2015 – septiembre 2015 analizamos una población de 216 pacientes la cual nos dio los siguientes resultados:

- Usamos una muestra de 216 pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en la cual encontramos que los principales motivos de consulta por el cual las pacientes acudieron a este servicio fue el dolor abdomino-pelvico y sangrado transvaginal en un 49.07%, seguido por sangrado transvaginal en un 18.52 % y diagnóstico previo de un embarazo anembrionado 6,94%. Ver Tabla 1 Grafico 1
- Dentro de nuestra muestra de 2016 pacientes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo tenemos que la mayoría se encontraba dentro de un rango de edad que va de 20-30 años con un 51,39%, seguido de 30-40 años con un 37.96%, <20 con un 5,09% y finalmente >40 con un 5,09%. Ver Tabla 2 Grafico 2
- En primer lugar tenemos que la mayoría de las pacientes de nuestra muestra no presentaron ningún antecedente patológico personal lo cual se vio reflejado en un 77,49%, mientras que en segundo lugar se evidencio a la IVU con un 2,8% y en tercer lugar encontramos HTA crónica con un 1,88% de la muestra en total. Ver Tabla 3 Grafico 3
- Dentro de los antecedentes quirúrgicos encontramos que la mayoría de las pacientes no refirieron ningún antecedente lo que se vio reflejado en un 86,05%, mientras q el resto presento antecedentes de apendicetomía en un 4,19%, colecistectomía con un valor idéntico de 4,19%, laparatomia exploratoria 0,94%, salpingectomia bilateral 0,47%, LIU 0,47% y por ultimo pólipo genital no especificado 047%. Ver Tabla 4 Grafico 4

- En lo que corresponde a los antecedentes alérgicos el 95,37% no presentaron ningún tipo de alergia, mientras q el 4,63% refirieron alergias a distintos tipos de medicamentos. Ver Tabla 5 Grafico 5
- Dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos hacemos mención de los resultados que reflejaron que el 29.17% de las pacientes cursaba su segundo embarazo, el 60.18% no presento partos previos, el 53.71% no presento cesáreas previas y el 62.04% no cursaron abortos previos. Ver Tabla 6, 7, 8, 9 Grafico 6.
- En segundo lugar dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos tenemos que el 16.67% cursaba su cuarto embarazo, 16.6% presento un parto, 29.63% tenía una cesárea anterior y 29.17% presento un aborto previo. Ver Tabla 6, 7, 8, 9 Grafico 6.
- Y en tercer lugar dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos tenemos que el 15.74% cursaba su primer embarazo, 10.25 había presentado 2 partos, 14.81% tenía 2 cesáreas anteriores y 7.41% había presentado 2 abortos con anterioridad. Ver Tabla 6, 7, 8, 9 Grafico 6.
- Podemos calcular que el riesgo de tener un aborto en una mujer con un solo antecedente previo de aborto es de 25.39%, después de dos abortos este riesgo decrece a 1.58% y después de tres abortos el riesgo de una nueva perdida aumenta ligeramente a 3.17%,
- Llamo la atención la presencia de embarazos ectópicos en un 2.31% y de embarazos anembrionados en un 8.8% del total de la muestra. Ver Tabla 10 y 11 Grafico 7.
- Dentro de la variable de controles prenatales previos se observó que el 78,24% de las pacientes no habían acudido a ningún control prenatal, mientras que el 12,05% acudieron a 1 control y 5,55% acudieron a 2 controles prenatales. Ver Tabla 12 Grafico 8.
- La edad gestacional a la que más comúnmente se produjeron los abortos fue de 5 a 10 semanas de gestación con un 60.58%, seguido por 10 a 15 semanas con un 21.9%, de 15 a 20 semanas con un 6.57% y finalmente solo el 3.65% de los abortos se produjeron luego de las 20 semanas de gestación. Ver Tabla 13 Grafico 9.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio concuerda con la obra de Ortiz Dominguez E, Hernandez Avila M, Sotelo Morales J, Sanchez Gonzales JM, Amansio Chassin O. Guia de Practica Clinica Diagnostico y Tratamiento del Aborto espontaneo y Manejo inicial del Aborto Recurrente General; en que existe evidencia de que la edad materna entre 25 y 40 años es un factor de riesgo para desarrollar un aborto. Se cree que esto se debe a alteraciones cromosomicas, ademas que a mayor edad materna es mayor la frecuencia de padecimientos como la miomatosis uterina, polipos endometriales y anormalidades endocrinologicas. En nuestro estudio se encontro una frecuencia de 192 de 216 pacientes dentro de estos mismos rangos de edad.

Nuestro estudio tambien coincide con el estudio de Pacheco J, De Michelena M, Orihuela. Enfoque actual del aborto recurrente; donde se indica que el aborto espontaneo esta sumamente relacionado con pacientes en los periodos de edad de mayor fertilidad de la mujer, siendo la edad promedio para aborto espontáneo de 26,9 años, mientras que nuestro estudio arrojo un valor similar de 28,93 años, los cuales se encuentran dentro del mismo rango de edad que fue obtenido en nuestro estudio.

Nuestra investigacion esta en desacuerdo con el trabajo realizado por Aibar Villán, Lopez Jurado. Complicaciones y tratamiento del aborto precoz. Clases de Residentes. 2009, donde se asevera que el número de abortos previos aumentan el riesgo de sufrir un nuevo aborto ya que en nuestro estudio se evidencio que el 62.04% de las pacientes que abortaron no tenían antecedentes de abortos previos.

Concordamos con el estudio de Ruiz Parra. Aborto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia. 2009, donde asevera que el cuadro clínico común en el aborto está caracterizado por dolor hipogástrico intermitente y sangrado, ya que nuestro estudio demostró que el mayor motivo de consulta fue la presencia de un cuadro clínico caracterizado por la asociación de dolor abominó pélvico y sangrado transvaginal en un 49.07%.

Contradecimos parcialmente el estudio de Murillo Matamoros , Murillo Rodríguez O. Una actualización en aborto recurrente. Revista médica de costa rica y centroamérica. 2011, que sostiene que el riesgo de tener un aborto en una mujer con un solo antecedente previo de aborto es del 26%, después de dos abortos es de 32% y después de tres abortos el riesgo de una nueva pérdida es del 40%, ya que nuestro estudio demuestra que el riesgo de tener un aborto en una mujer con un solo antecedente previo de aborto es de 25.39%, resultado similar al estudio de Murillo y colaboradores; sin embargo nuestro estudio marca la diferencia de que después de dos abortos este riesgo decrece a 1.58% y después de tres abortos el riesgo de una nueva pérdida aumenta ligeramente a 3.17%,

CONCLUSIONES

Podemos concluir que durante el periodo de tiempo de nuestro estudio titulado Prevalencia de los factores de riesgo para aborto espontaneo en pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de abril 2015 – septiembre 2015 donde analizamos una población de 216 pacientes, que el rango de edad más comúnmente observado en el cual las pacientes sufren de abortos es de 20-30 años, comúnmente presentan un cuadro clínico caracterizado por la asociación de dolor abominó pélvico y sangrado transvaginal, en general no presentan antecedentes patológicos, quirúrgicos o alérgicos de importancia; dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos resalta que el 84.26% de nuestras pacientes cursaban más de un embarazo, 39.82% presento al menos un parto anterior, 46.29% tenía al menos una cesárea anterior y 37.96% presento anteriormente al menos 1 aborto; las pérdidas se dieron en su mayoría entre la quinta y decima semana de gestación y el 78.24% de las pacientes no se realizó ningún control prenatal. Lo cual nos indica que los principales factores de riesgo para desarrollar aborto espontaneo según nuestro estudio fueron la edad fértil de 20 a 30 años, edad gestacional entre 5 a 10 semanas de gestación, múltiples gestaciones con antecedentes de cesáreas previas y falta de controles prenatales.

RECOMENDACIONES

Recomendamos que un método para evitar los abortos de tipo espontáneo podría ser recomendar a las pacientes en edad fértil, sexualmente activas que no hacen uso de ningún tipo de método anticonceptivo que acudan de manera inmediata a los centros de salud ante periodos de retraso menstrual o amenorrea para así poder detectar gestaciones en edades tempranas que es cuando tienen más probabilidades de terminar en aborto, para así identificar los múltiples factores de riesgo comúnmente asociados a estas pérdidas y poder tratarlos o bien tener las consideraciones necesarias para que de esta manera pueda mejorar el pronóstico de estas gestaciones.

GRÁFICOS

Grafico 1



Grafico 2

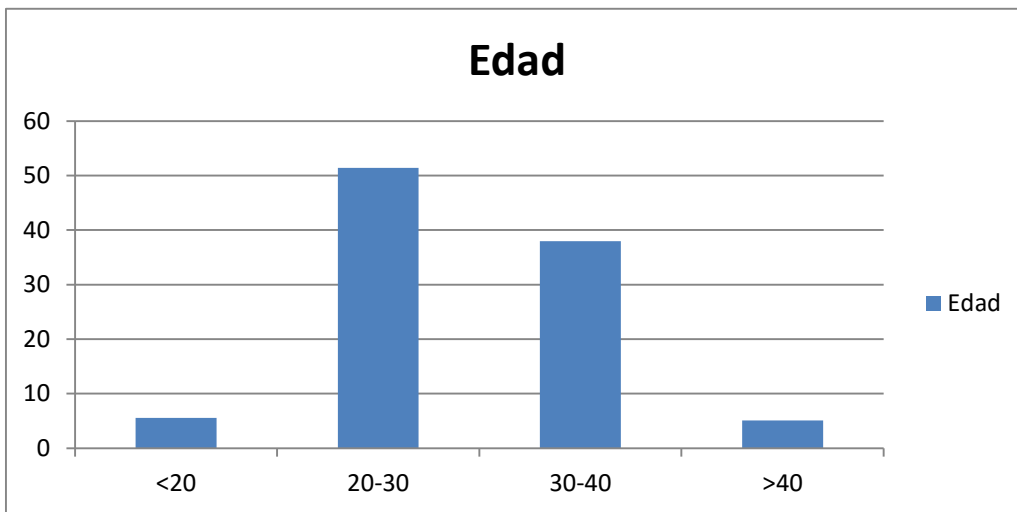


Grafico 3

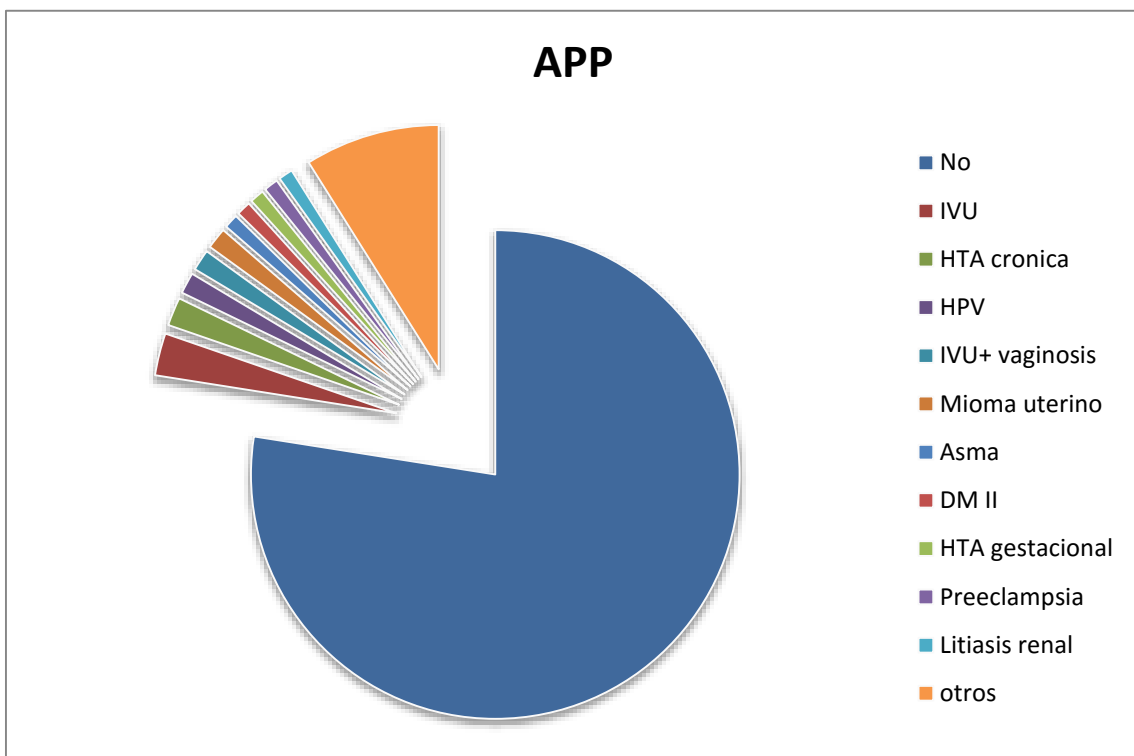


Grafico 4

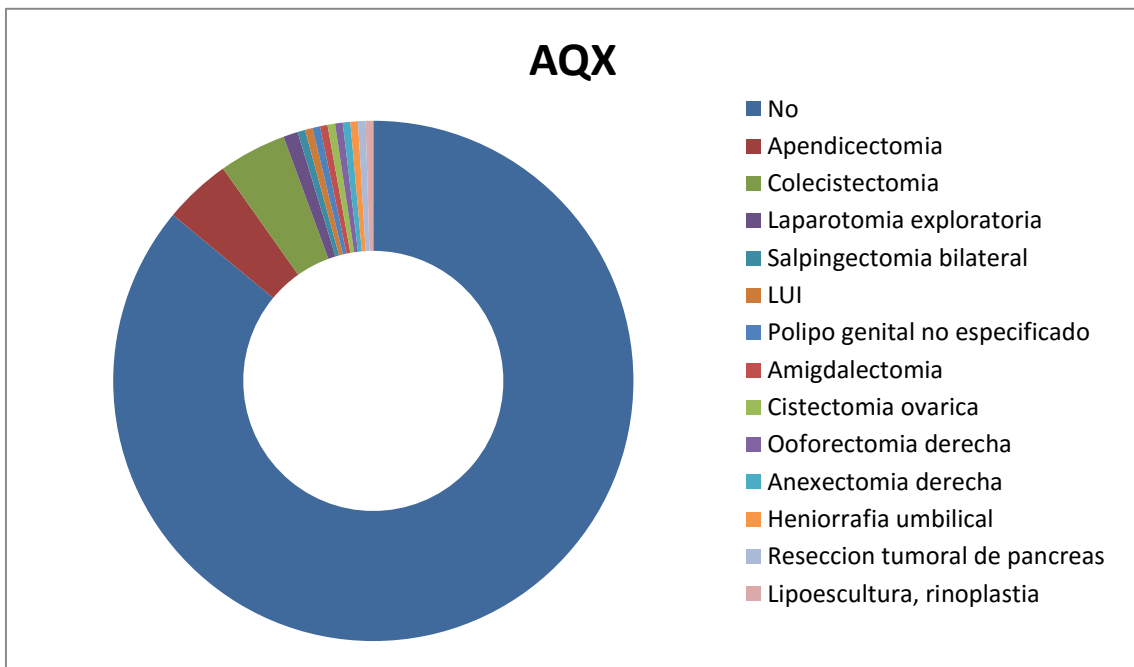


Grafico 5

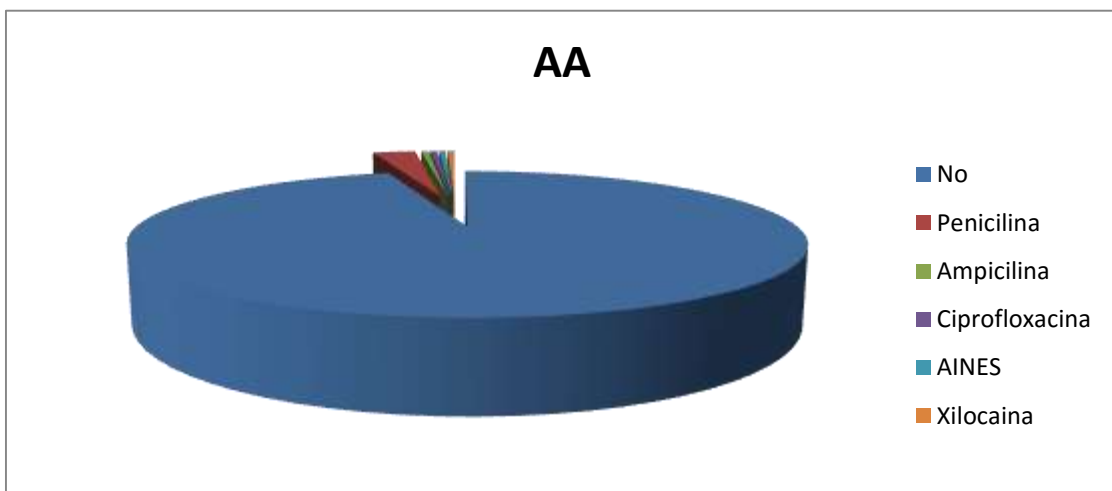


Grafico 6

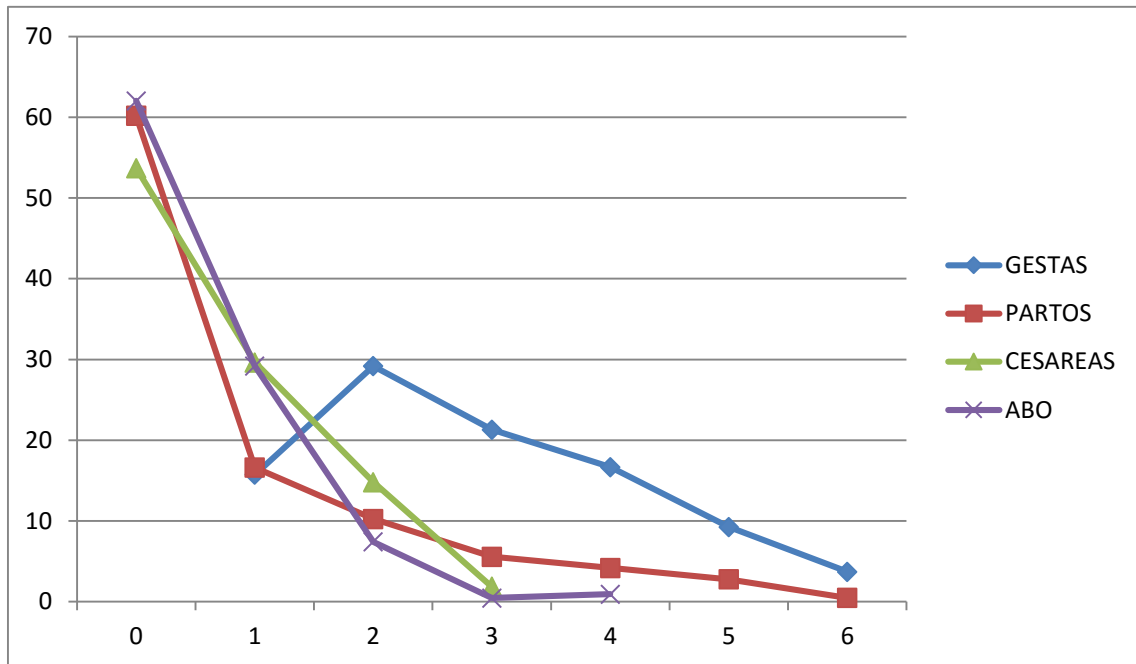


Grafico 7

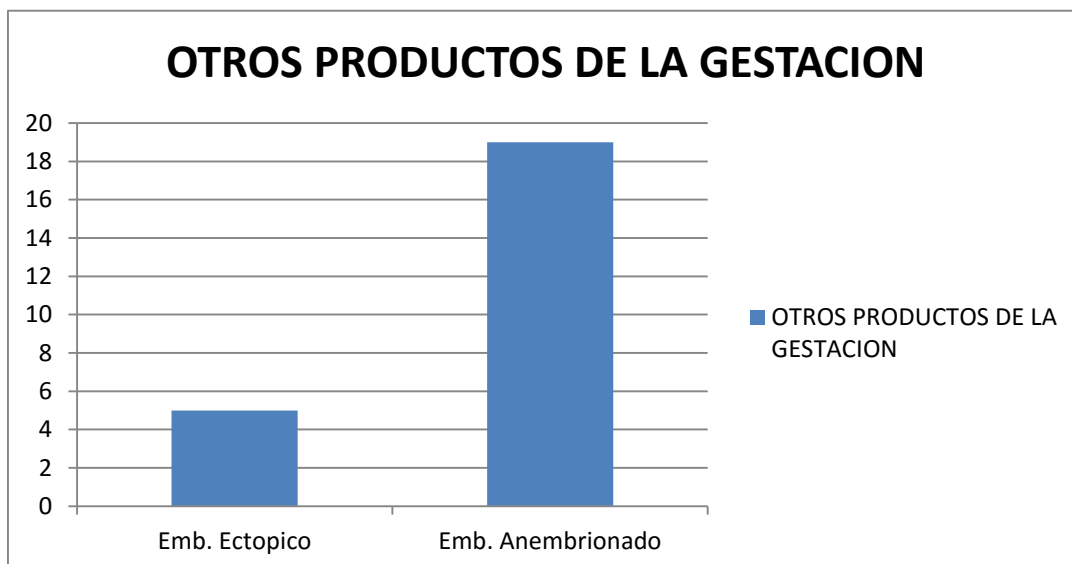


Grafico 8

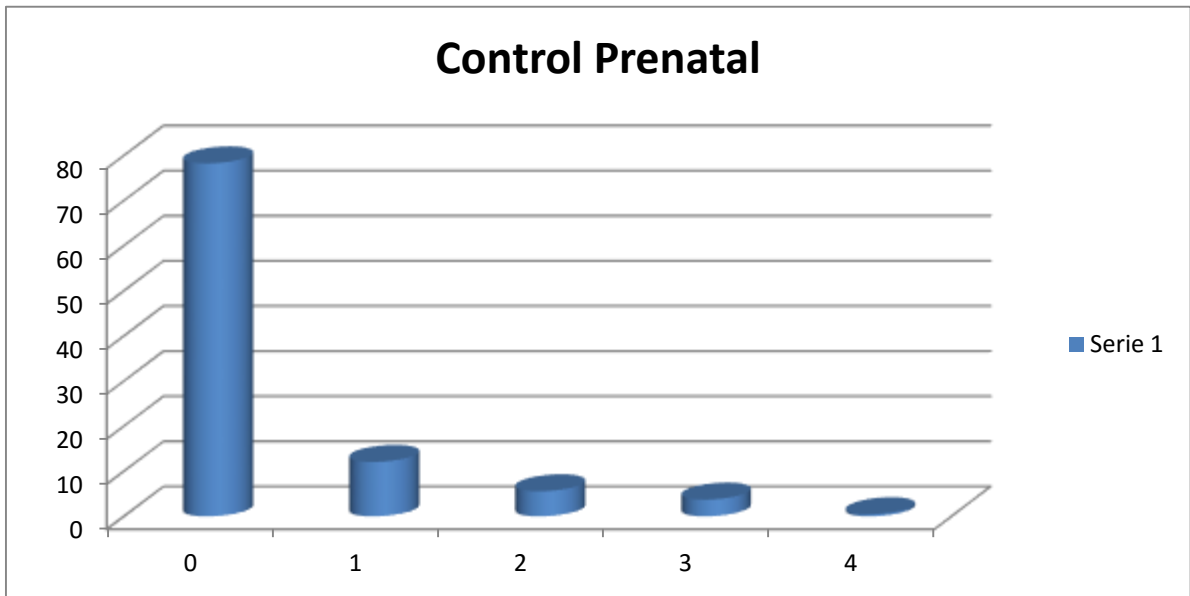
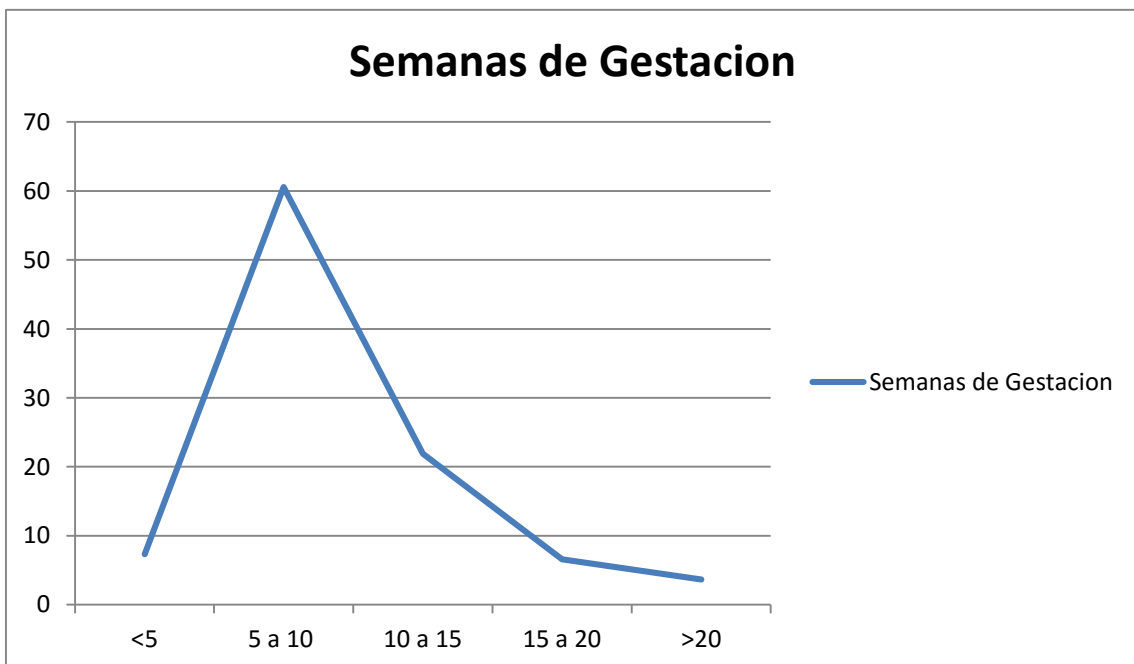


Grafico 9



ANEXOS

Tabla 1

Motivo de Consulta	Freq.	Percent	Cum.
Dolor abdonino-pelvico , sangrado transvaginal	106	49,07	44,61
Sangrado transvaginal	40	18,52	91,2
Embarazo anembrionado	15	6,94	51,85
Dolor abdominal, STV, expulsion de producto	12	5,53	54,31
Dolor abdominalL y pelvico	10	4,63	10,19
Falta de movimientos fetales, obito	5	2,31	70,83
Dolor abdominal, disuria, sangrado transvaginal	4	1,85	11,11
Aborto retenido	3	1,39	2,31
Alza termica, sangrado transvaginal	2	0,93	3,7
Caida desde su propia altura	2	0,93	4,63
Dolor abdominal, sangrado transvaginal, alza termica	2	0,93	49,54
Ruptura prematura de membranas, anhidramnios	2	0,93	73,15
Convulsion tonico clonica	1	0,46	0,93
Alza termica, dolor pelvico, secrecion vaginal	1	0,46	2,78
Dolor abdominal, disuria, polaquiuria, tenesmo	1	0,46	10,65
Dolor abdominal, STV, expulsion de producto, alza termica	1	0,46	55,09
Dolor pelvico, tenesmo,disuria, expulsion de producto	1	0,46	63,89
HTA, mov fetales ausentes	1	0,46	71,3
Sangrado transvaginal, hipotension	1	0,46	98,15
Stv, hipotension, anemia	1	0,46	98,61
Traumatismo abdominal directo, da,stv	1	0,46	100
Otros	4	1,85	6,02
Total	216	100	

Tabla 2

Edad			
Rango de edad	Freq.	Percent	Cum.
<20	12	5,56	5,56
20-30	111	51,39	56,94
30-40	82	37,96	94,91
>40	11	5,09	100
Total	216	100	

Tabla 3

APP	Freq.	Percent	Cum.
No	168	77,49	96,26
IVU	6	2,8	17,29
HTA crónica	4	1,88	13,08
HPV	3	1,4	11,21
IVU+ vaginosis	3	1,4	17,76
Mioma uterino	3	1,4	21,96
Asma	2	0,94	2,8
DM II	2	0,94	5,61
HTA gestacional	2	0,94	13,55
Preeclampsia	2	0,94	14,49
Litiasis renal	2	0,94	19,63
Ca. riñon	1	0,47	3,27
Chikungunya	1	0,47	4,21

Displacia de cuello uterino	1	0,47	4,67
Endometriosis	1	0,47	6,07
Epilepsia	1	0,47	6,54
Gastritis	1	0,47	7,48
Dengue	1	0,47	7,94
Hepatitis b, consumo de heroína	1	0,47	8,88
Hipertiroidismo	1	0,47	9,35
Litiasis biliar, litiasirenal	1	0,47	9,81
Migraña	1	0,47	20,56
Prolapso vesical	1	0,47	96,73
Sifilis	1	0,47	97,2
Síndrome de ovario poliquístico	1	0,47	97,66
Toxoplasmosis	1	0,47	98,13
Trombosis venosa profunda	1	0,47	98,6
Tumor de páncreas	1	0,47	99,07
Útero bicorne, mioma intramural	1	0,47	99,53
VIH	1	0,47	100
Total	216	100	

Tabla 4

AQX	Freq.	Percent	Cum.
No	186	86,05	99,07
Apendicectomía	9	4,19	5,58
Colecistectomía	9	4,19	10,23
Laparotomía exploratoria	2	0,94	11,16

Salpingectomia bilateral	1	0,47	12,56
LUI	1	0,47	12,09
Polipo genital no especificado	1	0,47	0,47
Amigdalectomia	1	0,47	0,93
Cistectomia ovarica	1	0,47	6,05
Ooforectomia derecha	1	0,47	99,53
Anexectomia derecha	1	0,47	1,4
Heniorrafia umbilical	1	0,47	10,7
Reseccion tumoral de pancreas	1	0,47	100
Lipoescultura, rinoplastia	1	0,47	13,02
Total	216	100	

Tabla 5

AA	Freq.	Percent	Cum.
No	206	95,37	96,76
Penicilina	6	2,78	99,54
Ampicilina	1	0,46	0,93
Ciprofloxacina	1	0,46	1,39
AINES	1	0,46	0,46
Xilocaina	1	0,46	100
Total	216	100	

Tabla 6

Gestas	Freq.	Percent	Cum.
1	34	15,74	15,74
2	63	29,17	44,91
3	46	21,3	66,2

4	36	16,67	82,87
5	20	9,26	92,13
6	8	3,7	95,83
7	8	3,7	99,54
9	1	0,46	100
Total	216	100	

Tabla 7

Partos	Freq.	Percent	Cum.
0	130	60,18	3,37
1	36	16,6	43,82
2	22	10,25	68,54
3	12	5,56	82,02
4	9	4,17	92,13
5	6	2,77	98,88
6	1	0,47	100
Total	216	100	

Tabla 8

Cesareas	Freq.	Percent	Cum.
0	116	53,71	4,76
1	64	29,63	65,71
2	32	14,81	96,19
3	4	1,85	100
Total	216	100	

Tabla 9

Abortos Previos	Freq.	Percent	Cum.
0	134	62,04	62,04
1	63	29,17	91,2
2	16	7,41	98,61
3	1	0,46	99,07
4	2	0,93	100
Total	216	100	

Tabla 10

Emb. Ectopico	Freq.	Percent	Cum.
0	211	97,69	97,69
1	5	2,31	100
Total	216	100	

Tabla 11

Emb. Anembrionado	Freq.	Percent	Cum.
0	197	91,2	97,69
1	19	8,8	100
Total	216	100	

Tabla 12

# Control Prenatal	Freq.	Percent	Cum.
0	169	78,24	78,24
1	26	12,05	90,28
2	12	5,55	95,37
3	8	3,7	99,54
4	1	0,46	100
Total	216	100	

Tabla 13

Edad Gestacional	Freq.	Percent	Cum.
<5	10	7,3	7,3
5 a 10	83	60,58	67,88
10 a 15	30	21,9	89,78
15 a 20	9	6,57	96,35
>20	5	3,65	100
Total	137	100	

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz Dominguez E, Hernandez Avila M, Sotelo Morales J, Sanchez Gonzales JM, Amansio Chassin O. Guia de Practica Clinica Diagnostico y Tratamiento del Aborto espontaneo y Manejop inicial del Aborto Recurrente General E, editor. Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnologica en Salud; 2009.
2. Pacheco J, De Michelena M, Orihuela. Enfoque actual del aborto recurrente. An Fac med. 2009; 70(2).
3. Ruiz Parra. Aborto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia. 2009; 10.
4. Andersen N. Aborto Espontaneo. Sociedad Española de Ginecologia y Obstetricia. 2010; 10.
5. Galán , Molina Cartes , Clavero , Castro S R, Guzmán. Orientaciones tecnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de Chile. 2011 Mayo; 119.
6. Murillo Matamoros , Murillo Rodríguez O. UNA ACTUALIZACION EN ABORTO RECURRENTE. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA. 2011; 599(423-433).
7. Escobar. Complicaciones médicas del aborto. Congreso Mujer y realidad del aborto. 2007 Mayo.
8. Aibar Villán , Lopez Jurado. Complicaciones y tratamiento del aborto precoz. Clases de Residentes. 2009.
9. Narváez Aguilar , Pérez Roca E, Urzais Jiménez , Reyes Pérez A. Juicio crítico sobre la terapéutica actual de la amenaza de aborto. Ginecol Obstet Mex. 2010 enero; 78(1).

10. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guia de Practica Clinica. 2013.
11. Eschenbach DA. Tratamiento del Aborto Séptico Espontáneo e Inducido. Obstetrics & Gynecology. 2015; 125.
12. González Rivera AC. AMENAZA DE ABORTO. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA y CENTROAMÉRICA. 2011; 599.
13. Quiroga de Michelena MIQdM, Díaz , Paredes , Rodríguez O, Quispe , Klein de Zighelboim. ESTUDIO CROMOSÓMICO EN EL ABORTO ESPONTÁNEO. REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 2007; 53(2).
14. Soutelo MJ, Faraj. Aborto recurrente y diabetes. SAEGRE. 2010 Agosto; 27(2).
15. Farias-Noyola GJ, Carbajal-Ruíz FA. Aspectos Epidemiológicos y Clínicos del Aborto en el Benemerito Hospital General Juan María de Salvatierra de La Paz, Baja California Sur en el Periodo de 2007-2008. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2010; 27(2).
16. Hipotiroidismo y Riesgo de Aborto. Revista Colombiana de Ginecologia y Obstetricia. 2009; 60(2).
17. García , López , Bermejo Huerta , Hernández Galván , Ayala Posadas. Diagnóstico citogenético en aborto espontáneo del primer trimestre. Ginecol Obstet Mex. 2011; 79(12).
18. Chamy P V, Cardemil M. F, Betancour M. P, Ríos S , Leighton V.. RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2009; 74(6).
19. Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas. Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud

Soibada en Timor Leste. Correo Científico Médico de Holguín. 2008; 12(3).

20. Salazar U , Álamos B. , Arriagada A. , Selman C.. Estudio Citogenético en 677 casos de aborto espontáneo. ANACEM. 2011; 5(2).

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Reyes Martínez Kerly Elizabeth, con C.C: # 0923668107 autor/a del trabajo de titulación: Prevalencia de los factores de riesgo para aborto espontaneo en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de abril 2015 – septiembre 2015, previo a la obtención del título de Médico General en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 27 de Septiembre del 2016

f. _____

Nombre: Reyes Martínez Kerly Elizabeth

C.C: **0923668107**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de los factores de riesgo para aborto espontaneo en pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de abril 2015 – septiembre 2015.		
AUTOR(ES)	Kerly Elizabeth Reyes Martínez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Diego Vásquez Cedeño		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Medicina		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico General		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de Septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS: 39	(# 39 de páginas)
ÁREAS TEMÁTICAS:	Aborto espontaneo, cuadro clínico del aborto espontaneo, tratamiento del aborto.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Abortion, Spontaneous, Risk Factors, Maternal Age, Pregnancy, Complication		

RESUMEN

El proceso de la reproducción conlleva una meticulosa coordinación de múltiples procesos en los cuales pueden producirse fallos que conduzcan a graves errores que dan como resultado el denominado aborto espontaneo.

El aborto espontáneo es la complicación más común en el embarazo, ocurre sin la intervención de procedimientos instrumentales o médicos, es decir que no es inducido antes que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad. Sucede en el 50 al 70% de los embarazos, la mayor parte de los abortos son irreconocibles ya que a suelen suceder antes sean detectados clínicamente.

Su cuadro clínico característico es una mujer sexualmente activa en edad reproductiva con retraso menstrual o amenorrea que presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio intermitente y sangrado.

Existen muchas etiologías tanto de origen fetal como originado de los progenitores que producen anomalías y llevan a pérdida del embrión o feto.

La edad materna es considerada uno de los principales factores de riesgo asociados a la aparición de este tipo de aborto. En mujeres sin existencia previa de otros factores de riesgo para presentar abortos espontáneos, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de

dichos abortos. Cuando analizamos la edad de las mujeres que presentaron abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, se puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mujeres mayores de 40 años, el porcentaje aumenta de cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad.

ABSTRACT

Reproductive process involves careful coordination of multiple processes in which failures leading to serious errors that result in the spontaneous abortion can occur called.

Spontaneous abortion is the most common complication of pregnancy, occurs without the intervention of instrument procedures or physicians, ie it not induced before the fetus reaches a gestational age that allows its viability. It happens in 50 to 70% of pregnancies, most of the abortions are unrecognizable as they usually happen before they are detected clinically.

Its characteristic clinical picture is a sexually active woman of reproductive age with menstrual delay or amenorrhea presenting a clinical picture characterized by intermittent pain in lower abdomen and bleeding.

There are many etiologies of fetal origin both originated from the parents that produce abnormalities and lead to loss of the embryo or fetus.

Maternal age is considered one of the main risk factors associated with the occurrence of this type of abortion. In women without prior existence of other risk factors for spontaneous abortions present, as the greater the age, the higher the incidence of such abortions. When we analyze the age of the women who had spontaneous abortions, it is observed that, in adolescents, can reach between 10% and 12%, whereas in women over 40 years, the percentage increases four to five times, and increases progressively with age.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-6041599	E-mail: klymarey@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Diego Vásquez Cedeño	
	Teléfono: 0982742221	
	E-mail: diegovasquez@gmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		