



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“Factores relacionados con aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor
Lazarte Echegaray. Trujillo-junio- diciembre 2017”.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas

AUTORA:

Obsta. Eva María Rodríguez Zavaleta

ASESORA:

Dra. Gladis Dolores Jesús Ramírez

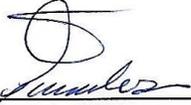
LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna y Perinatal

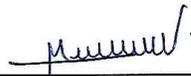
TRUJILLO-PERÚ

2018

JURADO



Dra. Susana Edita Paredes Díaz
Presidenta



Mg. Meris Abigail Díaz Vargas
Secretaria



Dra. Eliana Guzmán Ávalos
Vocal

DEDICATORIA

A Dios, porque siempre estuvo,
está y estará conmigo durante
el transcurso de mi vida.

A mi madre, por su permanente
preocupación y apoyo para
poder cumplir mis metas.

Eva.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecirme y estar a mi
lado en cada momento de mi vida
y permitirme concretar mis
metas.

A mi esposo por su apoyo
incondicional.

Eva.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, EVA MARIA RODRIGUEZ ZA VALETA con DNI 41568716, estudiante del programa de segunda especialidad en Emergencias Obstétricas de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo con la tesis titulada: “Factores relacionados con Aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Eche garay, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-Diciembre del 2017”.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores, autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya haya sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, octubre de 2018

Eva María Rodríguez Zavaleta

DNI: 41568716

PRESENTACIÓN

Señoras Miembros del Jurado:

Dando cumplimiento a lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, nos es honroso someter a vuestra consideración el presente proyecto “Factores relacionados con aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-Diciembre del 2017”, con la finalidad de optar el Título de la Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas.

El presente trabajo ha sido realizado en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, para poner a prueba todos los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la especialidad y la experiencia acumulada en nuestra labor en el campo de la salud.

Por lo expuesto, esperamos de ustedes Señores Miembros del Jurado su comprensión y un justo dictamen.

INDICE

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración Jurada	v
Presentación	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Realidad Problemática	10
1.2 Trabajos previos	13
1.3 Teorías relacionadas al tema	16
1.4 Formulación del problema	21
1.5 Justificación del estudio	21
1.6 Hipótesis	23
1.7 Objetivos	24
II. MÉTODO	
2.1 Diseño de investigación	25
2.2 Variables, operacionalización	26
2.3 Población y muestra	27
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	30
2.5 Métodos de análisis de datos	31
2.6 Aspectos éticos	31
III. RESULTADOS	32
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIÓN	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIAS	41
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar los factores que se relacionan con aborto, en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017. Los factores que se consideraron son: edad, antecedente de aborto, índice de masa Corporal (IMC) y multiparidad. Para ello se realizó, un estudio de Diseño correlacional y descriptivo. Se obtuvo un tamaño de muestra de 121 pacientes, aplicando la fórmula que corresponde a estudios de asociación o correlación. Para determinar si existe relación significativa entre los factores propuestos y la presencia de aborto se aplicó la prueba Chi Cuadrado para relación de factores. Si P es menor de 0,05 existirá asociación significativa. Se obtuvieron los siguientes resultados: la relación entre la edad materna y el aborto fue altamente significativa ($P < 0.001$), la relación entre el antecedente de aborto y el aborto fue altamente significativa ($P < 0.001$); y la relación entre las variables: índice de masa corporal (IMC) y la multiparidad con el aborto, no tuvo relación significativa ($P > 0.05$). Se concluye que los factores que se relacionan con el aborto son la edad materna y el antecedente de aborto; mientras que el IMC y la multiparidad no tienen relación con el aborto.

Palabras clave: aborto, antecedente de aborto y edad materna.

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the factors that are related to abortion, in patients treated at the Víctor Lazarte EcheGARAY Hospital, Trujillo La Libertad, in the period of June-December of 2017. The factors that were considered are: age, history of abortion, body mass index (IMC) and multiparity. For this purpose, a study of correlational and descriptive design was carried out. A sample size of 121 patients was obtained, applying the formula corresponding to association or correlation studies. To determine if there is a significant relationship between the proposed factors and the presence of abortion, the Chi-square test was applied to factor relationships. If $P < 0.005$ there will be significant association. The following results were obtained: the relationship between maternal age and abortion was highly significant ($P < 0.001$), the relationship between the antecedent of abortion and abortion was highly significant ($P < 0.001$); and the relationship between the variables: body mass index (BMI) and multiparity with abortion, had no significant relationship ($P > 0.05$). It is concluded that the factors that are related to abortion are the maternal age and the antecedent of abortion; whereas IMC and multiparity have no relation to abortion.

Keywords: abortion, antecedent of abortion and maternal age

I. INTRODUCCION

1.1 Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que en el mundo entre el 2010 y 2014 ocurrieron 25 millones de abortos peligrosos (45 % de todos los abortos); de los cuales la mayoría de abortos peligrosos (97%) ocurrieron en países en desarrollo de los continentes de América Latina, Asia y África. De igual forma, OMS nos informa que cada año se estima que se realizan 22 millones de abortos en forma insegura; ocasionando la muerte de aproximadamente 47000 mujeres y dejando como secuela alguna discapacidad en otras 5 millones de mujeres.¹

Por otro parte, la OMS nos indica que en el mundo por minuto ocurre una muerte materna a causa de una complicación en el embarazo, parto o puerperio. Así mismo, ocurren 105 abortos y 35 abortos inseguros por minuto; y una muerte materna cada 3 minutos a causa de problemas en el aborto.¹

Aproximadamente el 15 % de las mujeres en periodo de gestación experimentan la pérdida esporádica de un embarazo clínicamente reconocido. Solo el 2% de las mujeres gestantes experimentan dos pérdidas consecutivas de embarazos y solo el 0.4 a 1 por ciento tiene tres pérdidas consecutivas de embarazos. La frecuencia observada de tres pérdidas consecutivas de embarazos es ligeramente más alta que la esperada por casualidad: si la frecuencia de abortos espontáneos es del 15 por ciento, entonces la probabilidad de tres abortos espontáneos consecutivos sería $(0.15) (0.15) (0.15)$ o 0.003 (0.3 por ciento).²

En una publicación en el Perú encontramos que el aborto, en territorio nacional, en el año 2014, fue la causa del 17.5 por ciento del total de las muertes maternas registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA.³

Anualmente, unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales a causa de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica.³ Se calcula que, en las regiones desarrolladas por cada 100 000 abortos peligrosos se producen 30 muertes, Dicha cifra aumenta a 220 muertes en regiones en desarrollo por cada 100 000 abortos peligrosos.⁵

En el año 2012, el Ministerio de Salud (MINSA) publicó los resultados de las principales causas de la mortalidad materna en el Perú; precisando al aborto con 7%. Posteriormente, en el año 2014, el MINSA, publicó otros resultados, donde concluyó que el aborto representaba el 17.5% de las causas de mortalidad materna en nuestro país.⁶

En América Latina como el Caribe, se reportaron aproximadamente 6.5 millones de abortos inducidos (quincena de año 2015-2016), dicha cifra supera a los 4.4 millones que se presentaron anualmente en el año 2012 y 2014.⁸ El índice de aborto es aproximadamente 49 % y 28% para mujeres casadas y solteras; respectivamente. Tomando como referencia el 15% de embarazos clínicamente registrados, se sabe que el riesgo de presentarse un aborto aumenta con la edad de la madre, ya que el 15% de los embriones se perderán antes que se dé la implantación, en la implantación existirá

un 25 % y posterior al 1er retraso del ciclo de menstruación será únicamente del 10%.⁹

Por otro lado, el aborto espontáneo está catalogado como la complicación más común del embarazo temprano.¹⁰ La probabilidad de ocurrencia disminuye al aumentar la edad de gestación. La incidencia de aborto espontáneo en embarazos clínicamente identificados de hasta 20 semanas de gestación es del 8 al 20%. Sin embargo, la incidencia entre las mujeres que han tenido un hijo anteriormente es mucho menor (5 por ciento). El riesgo general de aborto espontáneo después de 15 semanas es bajo (alrededor del 0,6 por ciento) para los fetos cromosómicamente y estructuralmente normales, pero varía según la edad y la etnia de la madre.^{11, 12}

Así mismo, la pérdida de embarazos no reconocidos o subclínicos es aún mayor, y ocurre en 13 a 26 por ciento de todos los embarazos. Es poco probable que se reconozcan las pérdidas tempranas del embarazo a menos que se realicen pruebas diarias de embarazo. Un estudio que comparó el sangrado femenino después de una pérdida del embarazo antes de cumplir las 6 semanas de embarazo con su menstruación típica encontró que la duración media de la hemorragia después de la pérdida del embarazo fue 0.4 días mayor que la menstruación promedio de la mujer y la cantidad de sangrado fue leve.¹²

En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, según datos estadísticos se observa que el aborto es el 5to diagnóstico más frecuente en pacientes que son internadas por Emergencia, siendo una total de 240 casos en el periodo de junio a diciembre 2017; por lo tanto, es necesario realizar una investigación que nos ayude a realizar un análisis y nos permita establecer los factores de riesgo potenciales

que están asociados con el aborto, para mejoras en el diagnóstico y proponer algunas acciones preventivas para minimizar su ocurrencia.

1.2 Trabajos previos

Molina J.¹⁴ (Ecuador- 2016), en el trabajo de investigación “Aborto, causas y factores de riesgo en mujeres entre 18 y 40 años” en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2014 – 2015, trabajo con una muestra de 100 pacientes y un tipo de investigación cuantitativo, diseño no experimental - transversal. Se concluye que el total de la muestra 83% tuvieron un aborto precoz y entre las causas maternas prevalecen la edad materna donde el 39% de las pacientes se encontraban entre los 30 – 34 años de edad y el 30% de ellas tuvieron sobrepeso cuando se presentó el aborto; así mismo las IVU influyen en un 53% en desencadenar un aborto y un antecedente de abortos previos afecta en una 54%.

Rivero M, Pintado A.¹³ (Ecuador- 2017), en el trabajo de investigación “Frecuencia y Factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero - febrero 2017”, trabajo con una muestra de 92 pacientes y uso un tipo de investigación: longitudinal, descriptivo y transversal, en donde se trabajó con historias clínicas de pacientes que se atendieron durante el periodo enero- febrero de 2017 en el hospital Mariana de Jesús. Los datos recolectados se trabajaron en el programa Excel y luego se generó tablas para el análisis estadístico. Los resultados arrojaron que de la muestra seleccionada se presentó aborto en pacientes entre 20 y 25 años en un 46%, no tenía antecedentes de aborto el 69% de pacientes y el 70% presento aborto antes de las 12 semanas. Finalmente, concluyo que el aborto

con mayor frecuencia ocurre antes de las 12 semanas y no son factores de riesgo los antecedentes patológicos- ginecológicos; recomendando que se requiere analizar otros potenciales factores que puedan dar lugar a un aborto.

Sánchez J.¹⁵ (Perú- 2013), realizó un estudio sobre los factores de riesgo que se relacionan para el aborto espontaneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, periodo agosto-diciembre del 2012,realizándose un estudio de casos y controles; se tomó como muestra para el presente estudio a todas las pacientes diagnosticados con aborto espontáneo. Se determinó en el estudio que los factores de riesgo principales que se relacionan con el aborto espontáneo son: Tener edad mayor o igual a 35 años (Odds Ratio=4.9), parto prematuro (Odds Ratio =4.4), infección urinaria (Odds Ratio =4.8), ser multigesta (Odds Ratio =3.6), antecedentes de cesárea(Odds Ratio =2.58), legrado uterino (Odds Ratio =2.4), abortos (Odds Ratio =5.7), diabetes (Odds Ratio =5.1), obesidad (Odds Ratio =2.9), entre otros. Se llego a la conclusión que hay factores de riesgo relacionados al aborto espontaneo según el valor de la Odds Ratio, que en algunos casos son prevenibles o controlables; recomendando el desarrollo de actividades preventivas y promocionales de la salud.

Ibáñez L.¹⁷ (Trujillo- 2014), realizó un estudio sobre “Factores de riesgo para el aborto en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo diciembre 2013- agosto 2014. Dentro los factores materia del análisis se considero: maternos- biológicos, epidemiológicos y socio-demográficos; como son: edad materna menor a 20 o mayor a 35 años, gestas previas mayor o igual a dos, embarazo no deseado, tiempo de unión con la pareja < a 1 año, número de compañeros sexuales ≥ 2 , uso de métodos anticonceptivos, edad en la primera relación sexual < a 20 años, antecedente de aborto, edad en el primer embarazo < a 20 años o \geq a 35 años, como factores de riesgo para el aborto en el Hospital Belén de Trujillo. El tipo de estudio epidemiológico utilizado fue de casos y controles; tomándose una muestra de 335 mujeres; de las cuales se considero: 67 casos y 268 controles. Para el análisis estadístico se empleo la medida Odds Ratio, IC al 95%, la prueba Chi Cuadrado de Pearson. Los resultados arrojaron que hay asociación positiva y se consideran son factores de riesgo: Embarazo no deseado (Odds Ratio: 3.9, IC del 95%) y tiempo de unión con la pareja menor a un año (Odds Ratio: 4.3, IC del 95%); existiendo una probabilidad de 0,5261 para aborto cuando ambos factores están presentes. Finalmente, se concluyó que el embarazo no deseado y el tiempo de unión con la pareja < 1 año son factores de riesgo para el aborto.

López M.¹⁸ (Piura- 2017), realizó un estudio sobre “Factores socio-demográficos y gineco- obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de ginecología del Hospital de apoyo II-2 de Sullana, en el periodo enero- abril 2016. Se realizó una investigación tipo descriptivo prospectivo transversal; tomándose una

muestra de 94 pacientes que presentaron aborto espontáneo. Para el análisis estadístico se usó la distribución de frecuencia de variables absolutas y relativas apoyado en el paquete estadístico SPSS. Los resultados arrojaron que de la muestra estudiada el 21.3 % se encontraba en el rango de edad de 20 a 24 años, el 28.7% en el rango de 35 a 39 años; entre otras variables estudiadas. Finalmente, se concluyó que a mayor edad existe un riesgo de tener un aborto espontáneo.

1.3 Teorías relacionadas al tema

El aborto se define como la expulsión parcial o total del producto de la concepción del útero al exterior o de la trompa a la cavidad abdominal en gestaciones de ≤ 22 semanas con un peso de 500 gr.¹⁹ Para que exista aborto; es necesario que el feto expulsado, vivo o muerto, tenga un peso menor a 500 g. Cuando un feto logra sobrevivir por debajo de este peso, existen escasas probabilidades que siga desarrollándose.²⁰

Por otro lado, los abortos pueden ser clasificados de diversas formas, como son:

Un aborto séptico tiene lugar cuando se adiciona a cualquier clase de aborto una infección del útero. Cuando hay sepsis mayormente se plantea la posibilidad de interrumpir el embarazo mediante una intervención quirúrgica.¹⁹ Un aborto de este tipo se diagnostica cuando tras un aborto (de cualquier tipo) existe fiebre mayor o igual a 38° C.¹⁹

Se habla de aborto habitual cuando se producen tres o más abortos consecutivos; y el aborto inducido es aquel que ocurre como consecuencia de una intervención dirigida a interrumpir el embarazo.²⁰

Se habla de amenaza de aborto cuando se presenta una hemorragia vaginal durante las primeras 20 semanas de gestación, pudiendo ser esta escasa o muy abundante. La gestante puede o no experimentar espasmos abdominales, pero cuando estas ocurren, influyen de manera negativa al pronóstico respecto a la continuidad del embarazo. Según este concepto al menos un 20 % de las gestantes tienen una amenaza de aborto; de las que presentan sangrado; tal

vez un 25 a 50 % llegan a concretar el aborto, mientras que, en el resto continua el embarazo.¹⁹

Se habla de aborto inevitable, cuando además, a los síntomas de amenaza de aborto, se presenta levemente una dilatación en la parte cervical. En ocasiones el producto de la procreación se aprecia en el orificio cervical, mientras que, en otros, el cuello esta vacio. El aborto inevitable e incompleto se presenta cuando el útero ha expulsado parte de la procreación. Por otro lado, en el aborto incompleto el tejido placentario, ha sido expulsado y ha puede observarse; en el aborto inevitable existe dilatación del cuello, pero no se ha observado ningún tejido. Cuando se presenta la hemorragia vaginal y adicionalmente existen contracciones uterinas, la amenaza de aborto normalmente progresa con rapidez hacia un aborto inevitable o un aborto incompleto. Se habla de aborto completo cuando el feto ha sido expulsado por el útero, junto con toda la placenta.²¹

Un aborto diferido, se diagnostica cuando se comprueba que los productos de la procreación han permanecido retenidos en el útero luego que el feto ha muerto. Lo fundamental de este concepto se centra en el tiempo. El tiempo razonable que deben mantenerse los productos retenidos de la procreación para justificar la palabra de aborto referido, podría ser de 4 semanas; dado que la complicación principal del aborto diferido (una colagulopatía), esporádicamente ocurre antes de este lapso mínimo de tiempo. No existen síntomas durante el tiempo que transcurre antes de ocurrir el aborto.²²

Se define aborto espontáneo cuando existe pérdida de la gestación antes de las 20 semanas, cuando el feto no tiene condiciones para sobrevivir con seguridad fuera del útero de la madre. Un aborto

espontáneo se presenta cuando un embarazo se interrumpe abruptamente. Un 8 y 15 % de los embarazos detectados terminan de esta forma y otro grupo no cuantificable pasa desapercibido.²²

Se denomina aborto recurrente a la existencia de 3 o más pérdidas consecutivas de gestaciones clínicamente reconocidas, antes de la semana 20-22 de gestación. En muchos grupos se considera que basta con tener 2 abortos para considerar a la mujer una abortadora de repetición, porque el riesgo de tener un aborto en la tercera gestación después de dos abortos es prácticamente el mismo que cuando ya ha tenido tres abortos. Incluso con 6 o más abortos, la posibilidad de embarazo normal es del 50%, aunque esto es edad materno-dependiente, ya que si la mujer tiene 40 o más años, el riesgo de aborto después de 3 abortos es mayor del 60%.²²

Por otro lado existen factores de riesgo para el aborto, tales como: El avance de la edad materna; definido como el factor de riesgo principal para que se presente el aborto espontáneo en mujeres saludables. El efecto de la edad materna en el resultado del embarazo se puede determinar en una revisión de una muestra de más de 1 millón de embarazos con resultados diagnosticados que dieron lugar al internamiento de la paciente a un hospital. Se pudo observar que el porcentaje de aborto espontáneo fue del 11 por ciento y las frecuencias aproximadas de aborto espontáneo clínicamente diagnosticado según la edad materna fueron: de 20 a 30 años (9 a 17%), 35 años (20 %), 40 años (40 %), y la edad de 45 años (80 %).²³

Respecto al factor de riesgo aborto espontáneo previo; la historia obstétrica anterior es un importante predictor del resultado posterior

del embarazo. El riesgo de aborto espontáneo en futuros embarazos es del 20 por ciento después de un aborto espontáneo, aproximadamente; del 28 por ciento después de presentarse dos abortos espontáneos consecutivos y del 43 por ciento después de tener tres o más abortos involuntarios consecutivos.²⁴

Por otro lado, Elizondo y Cid, indicaron que cerca del 15% al 20% de los embarazos identificados en Estados Unidos terminaron en un aborto espontáneo. De otro lado precisaron que después que una persona ha tenido uno o dos abortos, la probabilidad de que sigan ocurriendo es muy alta, del 46% y por otra parte, conforme el embarazo progresa, la probabilidad que ocurra un aborto va disminuyendo. El riesgo de abortar aumenta claramente después de la edad de 40 años.²⁵

Con relación al factor de riesgo peso materno; se ha asociado a tener un mayor riesgo de presentar infertilidad y aborto espontáneo, cuando el índice de masa corporal (IMC) antes del embarazo es menor a 18,5 o mayor a 25 Kg/m².²⁶

En un meta análisis de 32 estudios que incluyó a más de 265,000 mujeres, se informó un riesgo pequeño pero significativamente mayor de aborto espontáneo por debajo del peso (riesgo relativo [RR] 1,08; IC del 95%: 1,05-1,11), sobrepeso (RR 1,09, IC del 95%: 1,04 -1.13), y mujeres obesas (RR 1.21, IC 95% 1.15-1.27).²⁷

Una definición razonable de gran multiparidad es ≥ 5 nacidos vivos y nacidos muertos ≥ 20 semanas de gestación, con gran multiparidad definida como ≥ 10 nacidos vivos y nacidos muertos ≥ 20 semanas de gestación.²⁸

Un análisis multivariado de la paridad y el resultado del embarazo informó un aumento significativo del riesgo de "cualquier complicación obstétrica" entre las mujeres de paridad 4, 5, 6 y 7 a 8 en comparación con las primíparas.²⁸ Las complicaciones obstétricas incluyeron hemorragia anteparto, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, rotura prematura de membranas, parto prematuro amenazado, hemorragia posparto y laceraciones de tercer grado.³⁰

1.4 Formulación del problema

¿Qué factores se relacionan con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017?

1.5 Justificación del estudio

La investigación referente al aborto se justifica porque nos brinda la oportunidad de determinar mediante un análisis de la información contenida en las historias clínicas de embarazadas con diagnóstico de aborto atendidos en el hospital Víctor Lazarte Echegaray; tomando en consideración, información estadística de casos presentados; y cuáles son los factores de riesgo que se relacionan de una u otra manera en la incidencia de esta emergencia obstétrica; con la finalidad de poder evaluar la realización de acciones de mejora para reforzar la atención prenatal de las gestantes y trabajar en el tema promocional y preventivo para minimizar la aparición de estos casos durante el periodo de gestación de la paciente.

Dado el alto grado de gestantes que se diagnostican con aborto en nuestra localidad y a la poca cultura de prevención, resulta necesario realizar una investigación que nos proporcione una información epidemiológica actualizada y que esta sirva de insumo para trabajar proyectos a posteriori, que permitan una mejora de los protocolos de atención al paciente y así disminuir la tasa de morbilidad, las hospitalizaciones y maximizar racionalización de los recursos.

Desde la perspectiva teórica, es relevante porque permitirá corroborar la información bibliográfica de la influencia de diversos factores; tales como Edad Materna, Índice de Masa Corporal,

Antecedentes de aborto y multiparidad en el aborto, en nuestra realidad local, mediante la realización de un estudio correlacional y haciendo uso de las herramientas estadísticas para informar sobre la frecuencia y cuáles son los factores de riesgo que tienen mayor incidencia para que ocurra un aborto.

Finalmente, la presente investigación permitirá usar la metodología empleada como base para poder realizar estudios similares en otras emergencias obstétricas y poder determinar su relación e incidencia, y a partir de ello trabajar en la parte manejable para minimizar la incidencia.

1.6 Hipótesis

Hipótesis General

La edad materna, índice de masa corporal (IMC), antecedente de aborto y multiparidad, son factores que se relacionan con el aborto en pacientes atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio- diciembre del 2017.

Hipótesis Específicas

- La edad materna se relaciona con el aborto en mujeres atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017.
- El índice de masa corporal (IMC) se relaciona con el aborto en mujeres atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017.
- El antecedente de aborto se relaciona con el aborto en mujeres atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017.
- La multiparidad se relaciona con el aborto en mujeres atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017.

1.7 Objetivos

Objetivo General

- Determinar los factores que se relacionan con aborto en pacientes atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017.

Objetivos Específicos

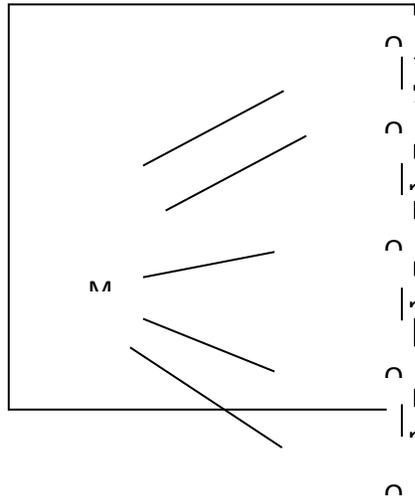
- Determinar si la edad materna es un factor relacionado con el aborto; Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Determinar si el índice de masa corporal (IMC) es un factor relacionado con el aborto; Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Determinar si el antecedente de aborto es un factor relacionado con el aborto; Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Determinar si la multiparidad es un factor relacionado con el aborto; Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

II. MÉTODOS

2.1 Diseño de investigación

Diseño correlacional y descriptiva³⁰

Esquema:



Donde:

M= Muestra: pacientes gestantes atendidas en el HVLE durante Junio-diciembre 2017.

O₁= Variable 1 (Aborto).

O₂= Variable 2 (Edad Materna).

O₃= Variable 3 (Índice de masa corporal).

O₄= Variable 4 (Antecedente de aborto).

O₅= Variable 5 (Multiparidad).

2.2 Variables, operacionalización

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Aborto	Interrupción del embarazo antes de la 20a semana, contados desde el 1er día del último periodo menstrual. ¹⁹	Se determinó dicha condición en la Historia Clínica de gestantes que ingresaron al hospital con diagnóstico de aborto	-Si -No	Nominal
Edad Materna	Edad cronológica de la madre en el periodo de gestación. ²³	Se determinó la edad materna de acuerdo a los datos registrados en la ficha de recolección de información	Edad: <20 años De 20 a 35 años >35 años	Ordinal
Índice de Masa Corporal (IMC)	Es un indicador que relaciona el peso y la talla para identificar el sobrepeso y la obesidad en los gestantes. Resulta de dividir el peso y el cuadrado de la talla (Kg/m ²). ²⁶	Se determinó el IMC de acuerdo a los datos de peso y talla registrados en la ficha de recolección de información	Peso: -IMC <18.5 Kg/m ² (bajo peso). -IMC entre 18,5 y 24.9 kg/m ² (peso normal). -IMC >25 kg/m ² (sobrepeso)	Ordinal
Antecedente de aborto	Cantidad de abortos previos de una madre gestante al momento de presentarse el aborto. ²⁴	Se determinó antecedente de aborto de acuerdo a los datos de la Historia Clínica registrados en la ficha de recolección de información	-Si -No	Nominal
Multiparidad	Es cuando la gestante ha tenido varios partos. ²⁸	Se determinó la multiparidad de acuerdo a los datos de la Historia Clínica registrados en la ficha de recolección de información	-Si -No	Nominal

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población:

Estuvo integrada por el conjunto de gestantes que se atendieron en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de junio-diciembre del 2017 y que cumplieron con los puntos establecidos en los criterios de inclusión y exclusión. El tamaño de la población fue de 240 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas que presenten información completa y confiable.
- Historias clínicas de gestantes con y sin diagnóstico de aborto.
- Historias clínicas de gestantes que hayan iniciado y/o continuado regularmente sus atenciones prenatales como mínimo hasta la primera mitad del embarazo.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de gestantes con carnet de control extraviado.
- Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto, embarazo ectópico o parto prematuro y/o otro diagnóstico diferente al objeto de estudio.
- Historias clínicas de embarazadas con gestaciones no evolutivas.

2.3.2 Muestra:

Cada gestante con y sin diagnóstico de aborto atendidas Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo La Libertad en el periodo de Junio-Diciembre del 2017.

Cálculo del tamaño de la muestra.

Para determinar el tamaño de muestra aplicamos la fórmula que corresponde a estudios de asociación o correlación.

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{0,5 \ln[(1+r)/(1-r)]} \right]^2 + 3$$

dónde:

$Z_{\alpha/2} = 1,96$	Valor de la distribución normal para una seguridad del 95%
$Z_{\beta} = 0,84$	Valor de la distribución normal para un poder de la prueba del 80%
$r = 0,43$	Coefficiente de asociación entre multiparidad y

Luego;

$$n = \left[\frac{(1,96 + 0,84)^2}{0,5 \ln[(1 + 0,43)/(1 - 0,43)]} \right]^2 + 3 = 298 \text{ pacientes}$$

Muestra que fue ajustada al tamaño de población $N = 240$ pacientes atendidas en el servicio, obteniéndose:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{298}{1 + \frac{298}{240}} = 121 \text{ pacientes}$$

Tipo de muestreo

Las historias clínicas que corresponden a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionadas aleatoriamente de la población asumiendo hasta completar el tamaño de muestra requerido para el estudio.

Procesamiento y análisis de datos:

Los datos fueron registrados en hojas elaboradas por la autora en base a los objetivos propuestos y serán procesados empleando el programa SPSS V.23 previa elaboración de la base de datos correspondiente en el programa Excel:

Estadística descriptiva:

Los resultados son presentados en cuadros de doble entrada con número de casos en cifras absolutas y porcentuales correspondientes a las categorías de las variables.

Para las variables cuantitativas se calculó su medida de posición y dispersión: Promedio y desviación estándar.

Se adjuntaron gráficos de barras para facilitar la comprensión de resultados de interés.

Estadística Inferencial.

Para determinar si existe asociación significativa entre los factores propuestos y la presencia de aborto se aplicó la prueba Chi Cuadrado para asociación de factores. Si P es menor de 0,05 existirá asociación significativa. Para medir el nivel de asociación se calculará el Coeficiente de Contingencia dado por:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n + \chi^2}}$$

que toma valores entre cero y uno, cuanto más próximo a uno la relación será más fuerte.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnica:

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la revisión de información de la Historia Clínica.

2.4.2 Instrumento:

En el presente estudio se empleó como instrumento la Ficha de recolección de datos, para lo cual se diseñó un formato para el recojo de información los cuales fueron extraídos de la Historia Clínica.

2.4.3 validez y confiabilidad

2.4.3.1 Validez

La validez del instrumento de recolección de datos, fue la mejor aproximación posible a la “verdad”, garantizando la legitimidad de las proposiciones consideradas en la guía de análisis de las historias clínicas de las pacientes.

2.4.3.2 Confiabilidad

La confiabilidad se refiere a la propiedad según la cual un instrumento aplicado a los mismos fenómenos y bajo diferentes condiciones arroja resultados congruentes. Para el presente estudio se utilizó el procedimiento estadístico de Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad con un valor mayor a 0.70.

2.5 Métodos de análisis de datos

Los datos que se recolectaron para el presente estudio se registraron en una base de datos creados para la investigación, se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 21.0; los resultados finales se presentarán en tablas de una y doble entrada y frecuencias relativas y absolutas, para establecer relación que existe entre las variables se utilizará la prueba estadística Chi cuadrado y se considerará un valor de $p < 0.05$ con resultados estadísticamente significativos.

2.6 Aspectos éticos

Para la investigación se solicitó la autorización del Director del Hospital Víctor Lazarte y de la Universidad Cesar Vallejo. Por tratarse de una investigación de tipo correlacional; en el cual únicamente se recolectarán datos clínicos de las historias de las gestantes no se requerirá el uso del consentimiento informado, pero sí se considerará la confiabilidad de los datos que se recojan de las pacientes.

El presente estudio está basado en los preceptos emitidos por la Declaración de Helsinki y se tomará en cuenta las previsiones para proteger la intimidad de las pacientes que intervienen en la investigación y la confiabilidad de su información personal

III. RESULTADOS

Tabla 1: Edad materna relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-junio-diciembre 2017.

Edad materna	Aborto				Total
	Si		No		
	Nro	%	Nro	%	
Menos de 20	4	5.6	4	8	8
De 20 a 35	30	42.2	38	76	68
Mayor de 35	37	52.1	8	16	45
Total	71	100	50	100	121

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2 = 16.48 \quad P = 0.0001$$

Interpretación:

En la Tabla 1, se encontró que, de 71 gestantes con diagnóstico de aborto el 52.1% de pacientes tuvieron edad mayor a 35 años, 42.2 % tuvieron una edad de 20 a 35 años y el 5.6 % tuvieron una edad menor a 20 años; mientras que de 50 gestantes sin aborto, el 76.0 % tenían una edad de 20 a 35 años. Como P es menor de 0.001 la relación entre la edad materna y la presencia de aborto es altamente significativa; es decir a mayor edad se presentará mayor número de abortos.

Tabla 2: IMC relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-junio- diciembre 2017.

IMC	Aborto				Total
	Si		No		
	Nro	%	Nro	%	
Menor de 18.5	0	0	1	2	1
De 18.5 a 24.9	54	76	41	82	95
Mayor de 25	17	24	8	16	25
Total	71	100	50	100	121

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2 = 2.448 \quad P = 0.294$$

Interpretación:

En la Tabla 2, se encontró que, de 71 gestantes con diagnóstico de aborto el 76 % de pacientes tuvieron un IMC (Índice de Masa Corporal) en el intervalo de 18.5 a 24.9 (peso normal), 24 % tuvieron un IMC mayor de 25. Como P es mayor de 0.05 no existe asociación entre el IMC y la presencia de aborto, según la aplicación de la prueba Chi-cuadrado.

Tabla 3: Antecedente de aborto relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-junio-diciembre 2017.

Antecedente de Aborto	Aborto				Total
	Si		No		
	Nro	%	Nro	%	
Si	49	69	10	20	59
No	22	31	40	80	62
Total	71	100	50	100	121

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2 = 28.21 \quad P = 0.0001$$

Interpretación:

En la Tabla 3, se encontró que, de 71 gestantes con diagnóstico de aborto, el 69 % de pacientes tuvieron Antecedente de Aborto y 31 % no tuvieron dicho diagnóstico; por otro lado, de 50 pacientes sin Aborto, el 80 % no tuvieron Antecedente de Aborto; mientras que el 20 % si tuvieron dicho antecedente. Como P es menor de 0.001 existe una alta relación entre el antecedente y la presencia de aborto.

Tabla 4: Multiparidad relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-junio- diciembre 2017.

Multiparidad	Aborto				Total
	Si		No		
	Nro	%	Nro	%	
Si	23	32.4	21	42	44
No	48	67.6	29	58	77
Total	71	100	50	100	121

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2 = 1.17 \quad P = 0.279$$

Interpretación:

En la Tabla 4, se encontró que, de 71 gestantes con diagnóstico de aborto el 67.6 % de pacientes no tuvieron multiparidad, y 32.4 % si la tuvieron dicha condición.

Como P es mayor de 0.05, no existe relación entre multiparidad y presencia de aborto.

IV. DISCUSION

El aborto definido como la expulsión parcial o total del producto de la concepción del útero al exterior o de la trompa a la cavidad abdominal en gestaciones de ≤ 22 semanas con un peso de 500 gr.¹⁹, es un problema que se presenta aproximadamente en un 15% de mujeres embarazadas².

En el presente estudio de investigación, se tenía por objeto establecer la relación entre el aborto y factores como: la edad materna, antecedente de aborto, IMC y multiparidad; determinándose que entre los dos primeros si existe relación con la presencia de aborto; mientras que con los dos últimos factores no existe una relación; según la prueba estadística desarrollada.

En lo que refiere a la relación entre la edad materna y las pacientes que tuvieron como diagnostico aborto; en la tabla 1, se observa que de 71 gestantes con aborto el 52.1% tuvieron una mayor edad (> 35 años) y en menor porcentaje las pacientes con una edad de 20 a 35 años (42%); determinándose que como P es menor de 0.001 la relación entre la edad y la presencia de aborto es altamente significativa, a mayor edad corresponde mayor número de abortos. Dicha relación se refleja en lo publicado por Reiss U.³⁰, en donde establece que la mujer a mayor edad ($>$ de 30 años), están más propensas a tener un aborto, ya que existe el riesgo de que los ovarios interrumpan la producción de progesterona; el cual es una de las hormonas principales para el mantenimiento del embarazo y sirve para evitar la ocurrencia de un aborto; y también por lo establecido por Cuello F, Miranda H. y Ralph T ³¹, en donde establece que la edad materna avanzada es un factor de riesgo para sufrir un aborto, indicando que las mujeres de 20 a 30 años tienen un riesgo de aborto del 9 al 17%, de 35 años un 20% y de 40 años un 40%. La relación entre una mayor edad materna y la predisposición para presentar aborto, se asemejan en los estudios realizados por Molina J.¹⁴; donde se concluye que dentro de otros, las

pacientes con un rango de edad de 30 a 34 años es una causa materna para tener un aborto; con un porcentaje de 39%.

Por otro lado, Sánchez J.¹⁵, realizó un estudio donde se tomó como muestra pacientes con aborto espontáneo y se determinó que dentro de los factores principales que se relacionan con dicho diagnóstico están: tener edad mayor o igual a 35 años (Odds Ratio=4.9) y abortos anteriores (Odds Ratio =5.7), entre otros; con lo cual queda establecido que a una mayor edad existe la predisposición a que una mujer pueda sufrir de aborto.

Con respecto a la variable índice de masa corporal (IMC) y su relación con el aborto, en la tabla 2, se determinó que de una total de 72 pacientes, el 76% tenía un peso normal según el IMC ($18.5 < \text{IMC} \leq 24.9$) y el 24% IMC Mayor a 25. Como p es mayor de 0.05 estadísticamente se determinó que no existe relación entre el índice de masa corporal y la presencia de aborto en pacientes, es decir, el bajo peso o sobrepeso que pueda tener la gestante no la predispone para que pueda presentar un aborto. Según lo establecido por Acosta J, Suárez R³³, la obesidad que guarda relación directa con el IMC incrementa la probabilidad de complicaciones durante el periodo de gestación y posterior a este; siendo este último factor que guarda relación con diagnósticos como diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva del embarazo, distocias, macrosomía entre otras complicaciones, a excepción del aborto; con lo cual se observa que no existe relación entre las variables IMC y aborto.

Sobre la relación al antecedente de aborto y gestantes con diagnóstico de aborto, en la tabla 3, se observa que de un total de 71 gestantes con aborto, el 69% de pacientes han tenido un antecedente de aborto y en un menor porcentaje no presentaron dicho diagnóstico (31%). Como P es menor que 0.001 existe una alta relación entre el antecedente de aborto y la presencia

de aborto, es decir, las gestantes que anteriormente han presentado un antecedente aborto tienen más predisposición de tener un aborto durante el periodo de gestación. El nivel de asociación es del 44 %. Dicha relación se asemeja con lo establecido por Cuello F, Miranda H. y Ralph T ³¹, en donde indican que la gestante que ha tenido un aborto anterior tiene más riesgo de sufrir un aborto.

Así mismo, el resultado del presente estudio es similar a lo encontrado por Sánchez J.¹⁵, que determinó que dentro de los factores de riesgo principales que se relacionan con el aborto espontáneo se encuentra el antecedente de aborto; entre otros; con lo cual se corrobora la relación que existe entre al antecedente de aborto y la disposición de presencia de abortos en las gestantes.

Finalmente, con respecto a la relación de la multiparidad y el diagnóstico aborto, en la tabla 4 de un total de 71 pacientes el 67.6% no presento multiparidad y en el 32.4% la paciente si tuvo esta condición. Estadísticamente, como P es mayor de 0.05, no existe relación entre estas variables, es decir, que las gestantes hayan tenido anteriormente dos o más hijos no las predisponen necesariamente a tener un aborto. La no relación entre estas variables se corrobora con lo establecido por Elizondo L, Cid A³², en donde se indica que los factores principales para sufrir un aborto, es haber tenido uno o dos abortos anteriores, lo cual incrementa la probabilidad de que se sigan presentando, y la edad materna, donde el riesgo de que ocurra un aborto aumenta cuando la gestante tiene una edad superior a los 40 años, excluyendo a la multiparidad como una variable predominante para la presencia de un aborto.

V. CONCLUSIONES

- La relación entre variable edad materna y la presencia de aborto, es altamente significativa ($P < 0.001$), a mayor edad existe una predisposición que puede darse una aborto, durante el periodo de gestación.
- La relación entre la variable antecedente de aborto y la presencia de aborto, es altamente significativa ($P < 0.001$), la gestantes que han tenido antecedente de aborto pueden sufrir abortos durante el periodo de gestación.
- La variable índice de masa corporal (IMC) y la presencia de aborto, no tienen relación significativa. ($P > 0.05$).
- La variable multiparidad) y la presencia de aborto, no tienen relación significativa. ($P > 0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de investigación sobre diagnóstico de aborto relacionado con otros factores demográficos, sociales y otros.
- Realizar una educación constante a las madres en periodo de gestación durante sus respectivos controles prenatales, con relación a los factores relacionados con el aborto, durante las primeras 22 semanas de gestación.
- Que el Sistema Nacional de Salud oriente sus esfuerzos en cuanto a planificación familiar, dando mayor énfasis en las mujeres gestantes con factores de riesgo para la maternidad, a fin de prevenir la morbilidad que suele presentarse como consecuencia del aborto.
- Al reconocer que el antecedente de aborto en una mujer gestante aumenta significativamente la frecuencia de aborto, entonces es en este grupo donde los Servicios de Salud deben estar alertas en el diagnóstico y tratamientos adecuados en el desarrollo de la gestante, para prevenir en la medida de lo posible el aborto.

VII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS 2012.
2. Pérez F, Bruna I. Fundamentos de reproducción. 1ed. España: Panamericana 2011; 234: 313
3. Del Carpio L. Situación de mortalidad materna en el Perú. Salud Pública (Perú) 2015; 5(1):38-42.
4. Organización Mundial de la Salud. Manual de Guía Práctica para un Aborto seguro. Ginebra: OMS 2014.
5. Haddad L. Aborto inseguro: mortalidad materna innecesaria. Rev Obstet Gynecol. New York .2011; 2 (2): 122-126.
6. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú.3ed.Lima 2015:47.
7. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú 2002-2012. 2ed. Lima; 2013:57.
8. Guttmacher. Aborto en América Latina y el Caribe. Guttmacher Institute, 1 – 2; 2016.
9. Lafaurie, M. Aborto. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento. México: PubliStudio; 2014.
10. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Aborto espontáneo. Obstetricia de Williams. McGraw-Hill. 22° Edición. New York; 2011; 3: 124-125.
11. Gómez M. Aborto terapéutico en América Latina especial mención en Perú. [tesis]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2014.
12. Guevara-Ríos, E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Perú: Revista Médica Peruana de Ginecología y Obstetricia; 2010.
13. Rivero M, Pintado A. Frecuencia y Factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el

- periodo de enero y febrero 2017.[Tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Guayaquil; 2017.
14. Molina J. Aborto, causas y factores de riesgo en mujeres entre 18 y 40 años” en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2014 – 2015. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016.
 15. Sánchez J. Factores de riesgo que se relacionan para el aborto espontaneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, agosto a diciembre del 2012. [Tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Guayaquil; 2017.
 16. García B. Edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del 2015. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
 17. Ibáñez L. Factores de riesgo para el aborto en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo diciembre 2013- agosto 2014. [Tesis]. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.16.
 18. López M. Factores socio- demográficos y gineco- obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de ginecología del Hospital de apoyo II-2 de Sullana, Belén de Trujillo en el periodo enero- abril 2016. [Tesis]. Trujillo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2016.
 19. Pabón H. Consulta Practica Clínicas- Médicas. 2ed. Venezuela: Medbook; 2014.
 20. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams Obstetricia. McGraw-Hill. 23° Edición. New York; 2010; 3: 124-125.
 21. Reece A, Hobbins C. Obstetricia Clínica. 3ed. España: Editorial Panamericana; 2012.
 22. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno- Fetal. 2ed. Argentina: Médica Panamericana; 2011.

23. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, y col. La edad materna y la pérdida fetal: estudio de vinculación de registro basado en la población. *BMJ* 2011; 320: 1708.
24. Daz C, Hidalgo J, Perales A. *Obstetricia y Ginecología*. 1era ed. España: Panamericana; 2014.
25. Elizondo L, Cid A. *Obstetricia y Medicina Materno- Fetal*. 1ed. España: Médica Panamericana; 2012.
26. Oyarzun E, Poblete J. *Alto riesgo Obstétrico*. 2ed. Chile: Ediciones UC; 2013.
27. Balsells M, García-Patterson A, Corcoy R. Revisión sistemática y metaanálisis sobre la asociación de pre embarazo con bajo peso y aborto espontáneo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 207: 73.
28. Cortés J. *Obstetricia General*. 1ed. España: Ramón Areces; 2011.
29. Bai J, Wong FW, Bauman A, Mohsin M. Paridad y resultados del embarazo. *Am J ObstetGynecol* 2013; 186: 274.
30. Ruiz J. *Metodología de la investigación cualitativa*. 5ed. España: Deusto; 2012.
31. Cuello F, Miranda H, Ralph T. *Ginecología General y Salud de la Mujer*. 1ed. Chile: Edicionesuc; 2017.
32. Elizondo L, Cid A. *Principios Básicos de la Salud*. 2ed. México: Limusa; 2013.
33. Acosta J, Suárez R. *Sobrepeso y obesidad en embarazadas cubanas*. 1ed. Cuba: Nutr clín diethosp; 2011.

ANEXOS

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Código: _____

II. DATOS RELACIONADOS CON LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

2.1 Edad Materna: _____ años

< 20 años () De 20 a 35 años () >35 años ()

2.2 IMC: _____ Kg/m²

Peso Materno: _____ Kg

Talla : _____ m

IMC < 18.5 (Bajo peso) ()

IMC entre 18.5 y 24.9 (peso normal) ()

IMC >25 (sobrepeso) ()

2.3 Antecedente de Aborto: Si () No () N° de abortos: _____

2.4 Multiparidad: Si () No ()

III. DATOS RELACIONADOS CON LA VARIABLE DEPENDIENTE:

3.1 Aborto : Si () No ()

Grafico 1: Edad relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-junio- diciembre 2017.

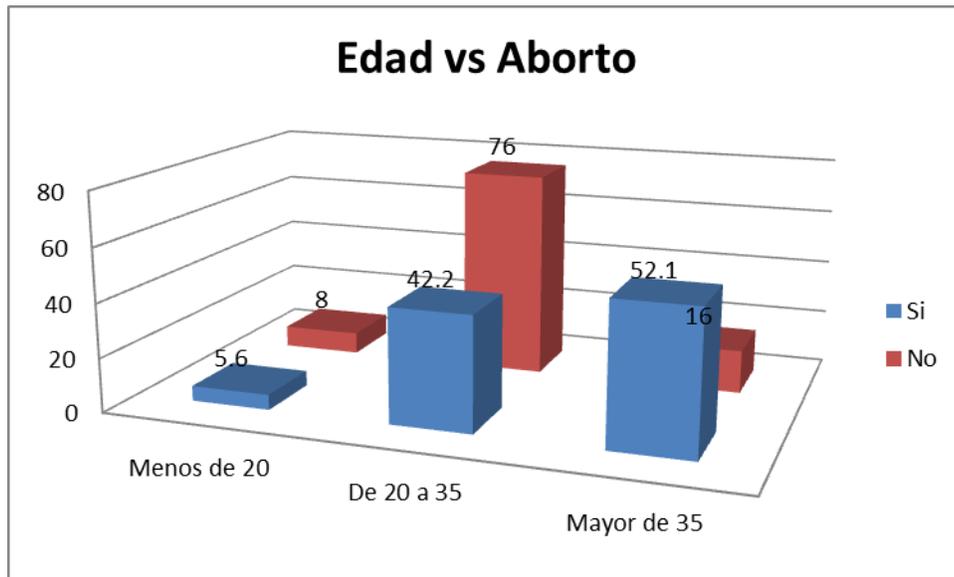


Grafico 2: IMC relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-junio- diciembre 2017.

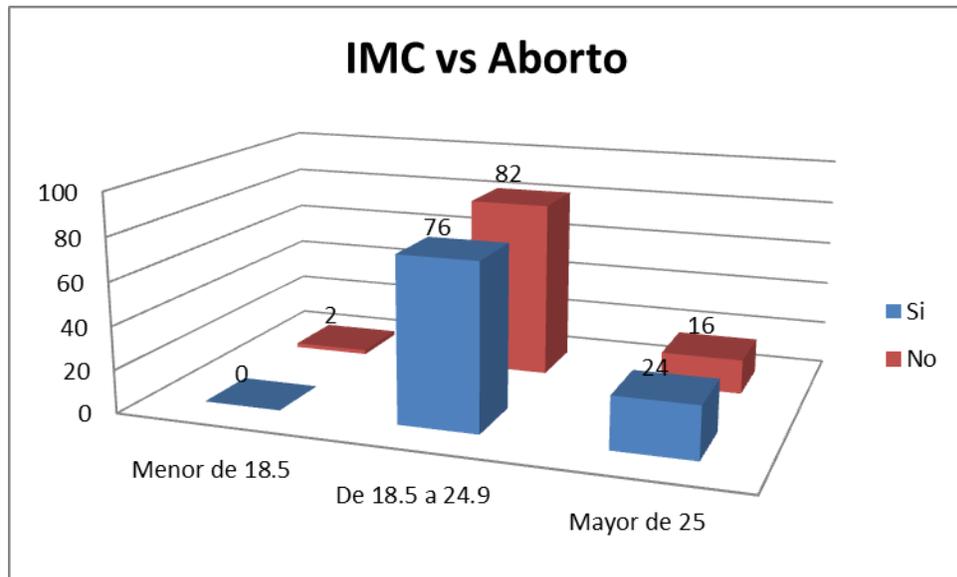


Grafico 3: Antecedente de aborto relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo- junio- diciembre 2017.

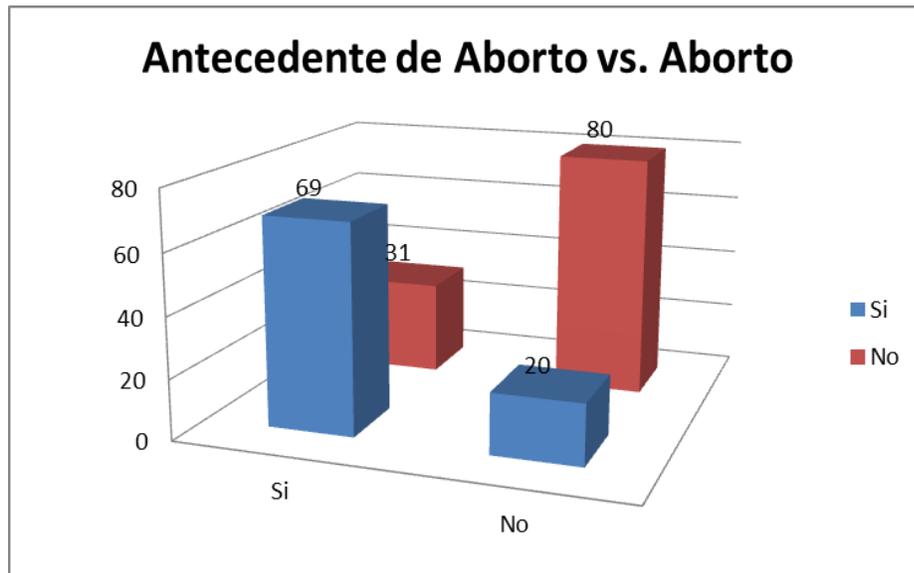


Grafico 4: Multiparidad relacionado con el aborto en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-junio- diciembre 2017.

