

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido,
Hospital Santa Gema - Yurimaguas, julio - diciembre 2018**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTORES:

Emma Patricia Reátegui Dávila
Cesi Cumbia Perales

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto - Perú

2019



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido,
Hospital Santa Gema - Yurimaguas, julio - diciembre 2018**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTORES:

**Emma Patricia Reátegui Dávila
Cesi Cumbia Perales**

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto - Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido,
Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTORES:

Emma Patricia Reátegui Dávila

Cesi Cumbia Perales

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido,
Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018

AUTORES:

Emma Patricia Reátegui Dávila
Cesi Cumbia Perales

Sustentada y aprobada el día 04 de setiembre del 2019,
ante el honorable jurado:

.....
Obsta. Dra. Nelly Reátegui Lozano
Presidente

.....
Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez
Secretario

.....
Obsta. Mg. Hilda Gonzales Navarro
Vocal

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

El que suscribe Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales, por el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado **Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018**, elaborado por las Bachilleres en Obstetricia Emma Patricia Reátegui Dávila y Cesi Cumbia Perales, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 04 de setiembre del 2019

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

ASESOR

Declaratoria de autenticidad

Emma Patricia Reátegui Dávila con DNI N° 72241915 y **Cesi Cumbia Perales** con DNI N° 47156123, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018.**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 04 de setiembre del 2019.



.....
Bach. Emma Patricia Reátegui Dávila

DNI N° 72241915



.....
Bach. Cesi Cumbia Perales

DNI N° 47156123



Formato de autorización **NO EXCLUSIVA** para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Reategui Dávila Emma Patricia		
Código de alumno :	124110	Teléfono:	975456616
Correo electrónico :	Geminis_patty_95@hotmail.com DNI: 72241915		

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	Obstetricia

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título:	Factores Asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Genara - Tarma, Julio - Diciembre 2018
Año de publicación:	2019

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **“Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”.**

.....
Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

30 / 09 / 2019



.....
Firma del Responsable de Repositorio
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso
Abierto de la UNSM – T.

* **Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.


.....
Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

30 / 09 / 2019



.....
Firma del Responsable de Repositorio
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso
Abierto de la UNSM – T.

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios por protegerme y darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mi familia y mi mamá por ser molde y brújula en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mi hija que viene en camino que ha sido motor y motivo para salir adelante día a día y darme las fuerzas en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

Emma

Dedicatoria

A Dios por protegerme y darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

Cesi

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

Al Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales asesor de la investigación por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal de salud, en especial a los profesionales Obstetras del servicio de Obstetricia del Hospital Santa Gema Yurimaguas, que contribuyeron en la obtención de los datos de la investigación y me brindaron las facilidades para la ejecución de mi tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

Los Autores

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	ix
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
TÍTULO.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Marco Conceptual.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Bases Teóricas.....	6
1.4 Justificación.....	20
1.5 Problema.....	21
II. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo General.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
2.3. Hipótesis de Investigación.....	22
2.4. Operacionalización de variables.....	23
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
IV. RESULTADOS.....	28
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. RECOMENDACIONES.....	35
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
IX. ANEXOS.....	38

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Factores sociodemográficos de las embarazadas con embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.	28
2	Factores obstétricos de las embarazadas con embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018	29
3	Patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018	30
4	Factores de mayor asociación con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018	30

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo “Determinar los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre 2018”, investigación no experimental, cuantitativa y retrospectivo, de diseño correlacional, la población y muestra fue 100 gestantes con embarazo no evolutivo. La técnica fue la revisión documentaria y como instrumento la ficha de recolección de datos. Los resultados fueron que las gestantes con embarazo no evolutivo se caracterizaron por presentar como factores sociodemográficos, la edad entre 20 a 35 años (60%), nivel de instrucción secundaria (49%), estado civil conviviente (80%), tabaquismo entre 1 a 3 por día (93%), bajo nivel de ingreso económico (< de 500 soles) en 46%. Entre los factores obstétricos de las gestantes con embarazo no evolutivo destacan, la no atención prenatal (72%), sobrepeso (33%), multípara (41%), antecedente de aborto (33%) e infección del tracto urinario (34%). No se evidencia ningún caso de oligoamnios y diabetes mellitus. Entre las patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, encontramos al aborto frustrado (29%), embarazo molar (8%), embarazo ectópico (5%), embarazo anembrionario (2%) y otros tipos de aborto (55%). Para determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de mayor asociación con el embarazo no evolutivo se utilizó el estadístico chi cuadrado con un nivel de significancia al 95%, los resultados reflejan que no existe asociación entre dichos factores con el embarazo no evolutivo por tener un p valor $> 0,05$ en cada factor. En conclusión, no existe asociación de los factores sociodemográficos y obstétricos con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, p valor $> 0,05$.

Palabras clave: embarazo no evolutivo, factores sociodemográficos, factores obstétricos.

Abstract

The following study aimed to "Determine the factors associated with non-evolutionary pregnancy diagnosed by ultrasound, Santa Gema Yurimaguas Hospital, July - December 2018", non-experimental, quantitative and retrospective research, correlational design, population and sample was 100 pregnant women with non-evolutionary pregnancy. The technique was the documentary review and as an instrument the data collection card. The results were that pregnant women with a non-evolutionary pregnancy were characterized as having socio-demographic factors, age between 20 to 35 years (60%), secondary education level (49%), civil cohabitation (80%), smoking between 1 to 3 per day (93%), low income level (<500 soles) in 46%. Among the obstetric factors of pregnant women with non-evolutionary pregnancy, non-prenatal care (72%), overweight (33%), multiparous (41%), history of abortion (33%) and urinary tract infection (34%) stand out. There is no evidence of oligoamnios and diabetes mellitus. There is no evidence of oligohydramnios and diabetes mellitus. Among the reported pathologies of non-evolutionary pregnancy diagnosed by ultrasound at the Santa Gema Yurimaguas Hospital, we found frustrous abortion (29%), molar pregnancy (8%), ectopic pregnancy (5%), anembryonic pregnancy (2%) and other types of abortion (55%). To determine the sociodemographic and obstetric factors most associated with non-evolutionary pregnancy, and the chi-squared statistic was used with a significance level of 95%. The results show that there is no association between these factors and non-evolutionary pregnancy due to having a p value > 0.05 in each factor. In conclusion, there is no association of sociodemographic and obstetric factors with the non-evolutionary pregnancy diagnosed by ultrasound at the Santa Gema Yurimaguas Hospital, p value > 0.05.

Keywords: non-evolutionary pregnancy, sociodemographic factors, obstetric factors.



TITULO:

Factores asociados a embarazos no evolutivos por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

La ecografía obstétrica ofrece información acerca de la edad gestacional, la viabilidad fetal, la posición e implantación placentaria o la presentación fetal, entre otros muchos datos, permite el diagnóstico del crecimiento intrauterino retardado o las malformaciones fetales. Por la importancia que tiene se considera como un método de diagnóstico imprescindible que se practica rutinariamente en todas las gestaciones (1).

Con el constante desarrollo de los ultrasonidos, la ecografía transvaginal ha revolucionado el diagnóstico y seguimiento de la gestación precoz, tanto normal como anormal. Pero debe ser siempre interpretada dentro del contexto clínico, para asegurar el diagnóstico y la eficacia, para disminuir el riesgo innecesario de intervenciones (2).

El conocimiento de embriología es esencial para identificar y comprender los diferentes hallazgos ecográficos en el seguimiento de la gestación precoz y poder diferenciar hallazgos normales de anormales (3). El saco gestacional aparece entre 28 a 30 días de la última menstruación, la sub unidad Beta supera las 250 mu/ml y debe verse siempre cuando se la encuentra 650 a 1000 mu/ml. Uno de los primeros signos de evidencia de la presencia del embrión es descrito como el signo del “double-bleed”. Este signo tiene la apariencia de dos pequeñas burbujas (el saco amniótico y la vesícula vitelina) pegadas al muro del saco gestacional. El disco embrionario se encuentra entre las dos burbujas. Se debe visualizar embrión en un saco de 15 mm. Un saco mayor de 16 mm sin embrión, indica una gestación no evolutiva. Ecográficamente, la actividad cardiaca del embrión puede ser identificada como muy precozmente a los 34 días de embarazo o con una longitud corona nalga de 1-2 mm. En la ecografía transvaginal, la ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud corona nalga mayor de 5 mm indica pérdida embrionaria. Sin embargo, la ausencia de actividad cardiaca en embriones de 3 mm o menos, no es un diagnóstico certero y se debe garantizar un seguimiento ecográfico (4). Criterios de gestación no evolutiva: - Pobre

reacción endometrial. Con una línea endometrial heterogénea menor de 6 mm raramente se concibe. - Ausencia de signo del doble saco decidual. - Posición baja del saco gestacional en el útero (5).

Saco gestacional mediante ecografía transvaginal con diámetro medio de 13 mm o más sin vesícula vitelina o mayor de 18 mm de diámetro medio sin embrión visible. - Vesícula vitelina grande mayor a 5 mm sin embrión visible. - Embrión con longitud corona nalga mayor o igual a 6 mm sin latido cardiaco. - Ausencia de actividad cardiaca después de las 6.5 semanas de gestación - La presencia de bradicardia (Latidos Cardiacos < 100 lpm) entre la 5 y 8 semanas carece de valor cuando se hace una sola medición y se deberá tener en cuenta en las posteriores evaluaciones. - Ausencia de crecimiento tras 7-10 días. - La presencia de mega vesícula (Vesícula Vitelina > 6mm) y de hematomas retrocoriales se asocian a pérdida de embarazo, cromosopatias y algunos resultados obstétricos adversos, sin embargo, esta asociación no es constante por lo que ameritara evaluaciones posteriores que definirán el futuro obstétrico (6, 7).

En la actualidad en el Hospital Santa Gema Yurimaguas existen un gran número de gestaciones con embarazo no evolutivo, evidenciado en los casos atendidos durante el internado, los cuales muchas veces llegan con cuadros muy complicados, lo cual nos preocupa porque han terminado en histerectomía o en muerte de la madre sin pensar en el daño mayor que significa para la sociedad la ruptura de la familia y el desinterés del medio ambiente.

1.2. Antecedentes

Avendaño J, Arévalo T, Ariño R. (2014), en su estudio “Niveles de progesterona y amenaza de aborto en pacientes que cursan el primer trimestre de gestación en el Hospital José Carrasco Arteaga”, Cuenca Ecuador, estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal con una muestra consecutiva no probabilística de 71 pacientes, se obtuvo información de los registros médicos existentes en el sistema informático AS-400 y de las encuestas dirigidas previamente validadas. Posteriormente los datos fueron procesados y tabulados empleando los programas estadísticos SPSS 15.0.0 versión evaluación y Epidat 3.1. Resultados: La edad con mayor prevalencia de amenaza de aborto se sitúa entre 25 a 29 años de edad, la etapa del embarazo de mayor riesgo está comprendida entre la quinta a

octava semana de gestación, un 62% de mujeres registraron niveles de progesterona menores a 15ng/ml y casi el 50% de las gestantes terminaron presentando aborto espontáneo inclusive a pesar del tratamiento recibido; es decir reposo y/o progestágenos. Conclusión: Los valores bajos de progesterona tienen relación directa con la aparición de las amenazas de abortos presentadas (8).

Aguilar A. (2015), en su trabajo de investigación titulado: “Factores que influyen en la presentación del aborto diferido y sus complicaciones frecuentes en el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero 2013 a Enero 2014”, Guayaquil Ecuador, se obtuvo de los 341 casos, el 49,3% correspondieron a aborto incompleto, concluyendo que las complicaciones más frecuentes post legrado fue el dolor pélvico (64.3%), endometritis (28.6%), síndrome de Asherman y perforación uterina (7,1%), entonces al obtener estos resultados se recomienda realizar más charlas en las casas de salud y establecimientos educativos con el fin de prevenir embarazos no deseados y disminuir al máximo factores de riesgo modificables (9).

Guerrero T. (2008), en su estudio Desarrollo embrionario. Ecografía del primer trimestre. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. Tuvo como objetivo Conocer el desarrollo embrionario normal en el primer trimestre de gestación. Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en gestantes del primer trimestre a través del uso de la ultrasonografía bidimensional. Resultados, la utilidad de la exploración ecográfica durante el primer trimestre de gestación se basa en diagnosticar la gestación y su correcta implantación. Determinar la edad gestacional es comprobar la vitalidad del embrión y su correcto desarrollo. Detectar las posibles malformaciones y marcadores ecográficos de cromosomopatías. Determinar el número de embriones y en caso de gestación múltiple la corionicidad de la misma. Explorar el útero y anexos en busca de patología concomitante. Conclusiones, la ultrasonografía constituye un método seguro y no invasivo para el diagnóstico de la gestación precoz, tanto normal como anormal (6).

Urcuhuaranga L. (2015), en su investigación titulada: “Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el hospital II-1 de Moyobamba – San Martín 2014”, Perú, cuyo objetivo planteado fue determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes considerando realizar un estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal

retrospectivo; la muestra fue de 102 adolescentes con diagnóstico de aborto que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; la información para este trabajo fue extraída de las historias clínicas y del informe operatorio del legrado uterino, obteniéndose que las edades promedio de mujeres que se desarrollaron los abortos fueron entre los 17 a 19 años de edad con un 68.6%, Concluyendo que en el Hospital II-1 de Moyobamba-San Martín, se atiende con frecuencia adolescentes que presentan casos de abortos por lo que se requiere fortalecer las medidas preventivas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes (10).

Carpio L. (2008), en su estudio “Criterios ultrasonográficos de embarazo no evolutivo”. Cuyo objetivo fue Determinar los criterios ecográficos de embarazo no evolutivo en el Instituto Materno Perinatal de Lima. Material y métodos: Revisión descriptiva de la literatura que nos permita identificar los pasos y procedimientos que se deben realizar para diagnosticar con el uso del ecógrafo de un embarazo no evolutivo. Resultados: Se establecieron los siguientes criterios para determinar un embarazo no evolutivo: 1. Definir embarazo viable intrauterino cuando hay presencia de saco gestacional más embrión con actividad cardíaca presente. 2. El dosaje de hormona Gonadotropina Coriónica – β sirve para el diagnóstico precoz del embarazo y es poco útil para evaluar la edad gestacional y la viabilidad para lo cual se prefiere el Diámetro Medio del Saco Gestacional y la Longitud Corono Nalga. 3. El saco gestacional se caracteriza por la presencia de un doble halo (reacción decidua y corial) y debe observarse al final de la 4ta semana (2 a 8 mm). 4. La presencia de saco vitelino se debe observar cuando el saco gestacional mide 10 mm Diámetro Medio del Saco Gestacional y siempre cuando mide más de 15 mm. 5. El embrión puede visualizarse al final de la 5ta semana, pero siempre deberá visualizarse en presencia de un saco gestacional de 20 mm de Diámetro Medio del Saco Gestacional. 6. El Diámetro Medio del Saco Gestacional solo tiene valor hasta la aparición del embrión. En adelante la Longitud Corono Nalga será el marcador de edad gestacional y viabilidad. 7. La actividad cardíaca debe observarse siempre que el embrión mida $>$ de 5mm de Longitud Corono Nalga. 8. La presencia de bradicardia (Latidos Cardíacos $<$ 100 lpm) entre la 5 y 8 semanas carece de valor cuando se hace una sola medición y se deberá tener en cuenta en las posteriores evaluaciones (11).

Ramírez Z. (2016), en su estudio “indicadores ecográficos asociados al desarrollo de aborto espontáneo durante el primer trimestre de gestación en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital II Ramón Castilla entre enero - junio del 2016.”, Lima Perú, se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, relacional. La población total fueron 179 mujeres que ingresaron al servicio de hospitalización de ginecología y obstetricia con el diagnóstico de abortos espontáneos (grupo 1) y gestantes a término (grupo 2). Se revisaron historias clínicas y se tomó en cuenta la primera ecografía transvaginal realizada durante el primer trimestre entre la 6ta y 12ava semana de gestación, de los cuales se analizaron: medida de saco gestacional (DSG), longitud corono nalga (CRL) y latidos cardiacos fetales (LCF) y la presencia de hematoma retroplacentario y además las características obstétricas de la gestante: edad, gestaciones previas y abortos previos. Resultados: 19% (35 mujeres) presentaron aborto espontáneo. Los 15 indicadores ecográficos: El DSG < 25 mm [OR=3.1, IC 95% (1.4 – 6.8)], LCF menor a 120 lpm [OR=15.3, IC 95% (5.3 – 44.2)], y la presencia de hematoma retrocorial [OR=12.6, IC 95% (4.8 – 32.5)] se asociaron al desarrollo de aborto espontáneo en el primer trimestre. CRL no demostró ser asociado [OR=2.83, IC 95% (0.8 – 9.2)]. Dentro de las características obstétricas: tener al menos un aborto previo [OR=6.9, IC 95% (2.9 – 16.5)] y la edad materna \geq 35 años [OR=13.4, IC 95% (5.1 – 35)] se asocian a un aborto espontáneo (12).

Silva B, Espinoza G. (2016), en su estudio “Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016”, Ayacucho Perú, estudio aplicado, cuantitativa, no experimental, transversal, descriptiva, prospectiva la población y muestra estuvieron conformadas por todas las gestantes del primer trimestre que asciende a 50 casos. La técnica fue revisión documentaria y entrevista estructurada y como instrumento la ficha de recolección de datos y guía de entrevista estructurada. Resultados, la frecuencia de embarazo no evolutivo en el Hospital de EsSalud de Ayacucho fue en 48% por aborto frustrado, 30% por embarazo anembrionario, 8% por embarazo ectópico y óbito fetal en ambos casos y sólo 6% por embarazo molar. 2. Los factores asociados a embarazo no evolutivo, estadísticamente significativo ($p < 0,05$) fueron; la paridad, antecedente de aborto, antecedente de ITU, la diabetes mellitus, el consumo de cigarrillos y el nivel de instrucción. 4. El 42% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado que se presentó en las adultas y en 8% en gestantes que se auto medican (13).

1.3. Bases teóricas

1.3.1. Ecografía obstétrica

Como parte de la atención integral a la gestante, se recomienda hacer un mínimo de tres exploraciones: la primera entre la 8ª y la 12ª semana, la segunda de la 18ª a la 20ª semana, y la tercera de la 34ª a la 36ª semana. En la primera se recomienda la vía transvaginal, pero si se realiza por vía abdominal necesitará repleción vesical. Las otras dos se realizan por vía abdominal y no requieren preparación. Cada una de estas exploraciones tienen objetivos definidos, encaminados al diagnóstico de las características de la gestación y a detectar lo más antes posible un embarazo múltiple, malformaciones fetales, anomalías del crecimiento y el grado de bienestar fetal. El embarazo genera enorme carga emotiva en la pareja y sus seres queridos al saber que un nuevo integrante de la familia viene en camino. Sin embargo, y a pesar de los buenos deseos, cabe la posibilidad de que se presente alguna falla durante el proceso de gestación que ocasione embarazo anembrionario no evolutivo (14).

Otras indicaciones en la práctica clínica habitual que justifican exámenes adicionales son la determinación de la edad gestacional en mujeres con fecha de última menstruación incierta o en aquellas que se sospecha deficiencias del crecimiento fetal, el estudio de sangrado genital que haga sospechar patologías como placenta previa, abruptio placentae, amenaza de aborto, mola hidatidiforme y como soporte técnico para procedimientos invasivos tales como la amniocentesis, la biopsia de vellosidad crónica y la cordocentesis (4).

Exploración ecográfica en el primer trimestre

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia aconseja que se realice entre la 8ª y 12ª semana de gestación. El objetivo de esta ecografía es establecer como mínimo:

a) Localización del saco gestacional

En la mayoría de las gestaciones se puede identificar el saco o vesícula gestacional con sonda vaginal a las 5 semanas de gestación aunque se pueden visualizar ya desde las 4 semanas y media. Con sonda abdominal se pueden detectar entre la 5ª y la 6ª semana. Normalmente se miden los tres diámetros espaciales del saco gestacional y su media se correlaciona con la edad gestacional pero esta es menos precisa que la longitud cráneo caudal del embrión (LCC) o Crown Rump Length (CRL). Por lo tanto la usaremos para estimar la edad gestacional mientras no visualicemos el embrión, entre la semana 4 y 6,

sabiendo que la estimación es de ± 5 días. En el momento que veamos embrión nos guiaremos por la longitud coronal para estimar la edad gestacional ecográfica. Es importante no confundir la vesícula gestacional en la que todavía no se visualiza el embrión, con la pseudovesícula que suele aparecer en las gestaciones extrauterinas y otras diversas situaciones. El saco gestacional tiene un anillo hiperecogénico que rodea a una vesícula 18 hipocogénica más o menos regular que es donde está el embrión. La pseudo vesícula no presenta este anillo hiperecogénico y es generalmente más irregular (14).

b) Saco vitelino

Suele ser la primera estructura que se ve dentro del saco gestacional, apreciándose entre la semana 4 y 5 aproximadamente. Es un dato importante para identificar al saco gestacional como tal. Con posterioridad aparecerá en su vecindad el botón embrionario. Se suele ver cuando la vesícula gestacional mide aproximadamente 8 mm. Tiene una morfología de membrana anular eco refringente y un tamaño menor de 6 mm. Si es mayor se aconseja hacer un seguimiento más frecuente de la paciente al asociarse a cromosomopatías u otras alteraciones (14).

c) Presencia o ausencia de embrión

Con la sonda vaginal el embrión se visualiza una semana antes que con la sonda abdominal, entre la 5ª y la 6ª semana. La primera estructura embrionaria que se visualiza es una combinación entre la cavidad amniótica en desarrollo y el saco vitelino (14).

d) Número de embriones

Se contarán el número de embriones y no de estructuras seculares, ya que en etapas precoces se pueden confundir gestaciones múltiples con fusiones entre amnios y corion o bridas amnióticas. Con la sonda vaginal, identificando los sacos amnióticos y el crecimiento trofoblástico es posible precisar el tipo de gestación múltiple. Es importante identificar las 19 gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas y las monocoriales monoamnióticas, muy raras, pero con importante repercusión durante la gestación y el parto (14).

e) Vitalidad embrionaria: Latido cardíaco

Con la sonda vaginal se detecta el latido cardíaco fetal aproximadamente a las 6 semanas. Es posible visualizar el embrión antes de visualizar si tiene latido o no. Con sonda vaginal se

debe ver el latido de los embriones con LCC mayor de 5 mm que correspondería a unas 6 semanas. Con sonda abdominal esto se retrasa una semana o incluso más si la paciente es obesa. En caso de duda siempre se debe repetir la ecografía a la semana y contrastar la exploración con otro ecografista (14).

f) Biometría del embrión - Longitud Cráneo Caudal (LCC)

La ecografía discrimina entre torso y cabeza embrionaria entre la 7ª y 8ª semana de gestación dependiendo de las sondas. La longitud cráneo caudal es el método más preciso para valorar la edad gestacional durante el embarazo. No debe utilizarse más tarde de la 12 semana cuando el embrión se flexiona y deflexiona, no siendo tan preciso (14).

1.3.2. Embarazo no evolutivo

Es un fenómeno que varía considerablemente en su frecuencia según los diferentes autores y los distintos países. Ello se debería a la falta de precisión terminológica, lo que se pone en evidencia al compararse distintas publicaciones sobre el tema. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de la ocurrencia del fenómeno y que se han comunicado en los últimos cinco años incluyen: estado civil soltera; nivel educativo bajo, nivel económico bajo, edad mayor de 35 años o adolescencia precoz, sobrepeso, tabaquismo, alteración de la función renal en hipertensas, controles prenatales incumplidos, oligoamnios. La muerte fetal intrauterina es un evento que puede prevenirse en una proporción considerable de casos, si el control prenatal se respetara en calidad y cantidad; pero para ello se requiere mayores esfuerzos a fin de educar y llevar conciencia a la población sobre esta verdad. De igual manera es absolutamente necesaria la investigación de las causas que llevaron a una muerte fetal (ya consumada), a fin de prevenir su recurrencia en embarazos futuros y ayudar a afrontar esta difícil situación. Es aquel embarazo que, por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas, produciendo las siguientes entidades patológicas (5):

a) Embarazo anembrionario

El embarazo anembrionado se refiere a una situación clínica en la que hay un embarazo intrauterino, pero no se desarrolla normalmente; de hecho, solo se observa un saco gestacional vacío sin señales de un embrión en su interior. Las causas son generalmente las mismas que ocasionan un aborto espontáneo o el fracaso temprano del embarazo, incluyen fundamentalmente 21 anormalidades cromosómicas y anomalías embrionarias de índole

genética, infecciosa o congénita que impiden el adecuado desarrollo embrionario. Es decir el embrión comienza a desarrollarse pero se detiene debido a sus alteraciones antes de que se pueda ver por ecografía; el embrión detiene su desarrollo antes de alcanzar 1mm y por lo tanto no se puede observar y asignamos el nombre de anembrionado (5).

Evolución natural del embarazo anembrionado:

El producto de la concepción humana produce un huevo con dos masas celulares, una interna y una externa; una vez ocurrida la implantación la masa externa genera la placenta y los tejidos extra fetales mientras que la masa interna se va diferenciando en el embrión y los órganos que lo componen. De existir u ocurrir algún problema embrionario su desarrollo se detiene pero es posible que los tejidos placentarios continúen desarrollándose y manteniendo la sintomatología del embarazo aun cuando no haya un embarazo como tal debido a la ausencia de un embrión. Luego más adelante de la gestación, usualmente antes de la semana 10-12, se produce un sangrado genital o amenaza de aborto que usualmente conduce a un aborto activo debido a que la ausencia de embrión o feto, dependiendo de la edad gestacional, impide que el tejido placentario siga desarrollándose (5).

Frecuencia:

En embarazos clínicamente reconocidos, el aborto espontáneo ocurre con frecuencias mayores del 15%. De todos los 22 abortos, el embarazo anembrionado quizás ocupe alrededor del 10-50% de los casos. Anteriormente este tipo de diagnóstico era difícil de hacer pero con el advenimiento de la Sonografía transvaginal y las pruebas de embarazo ultrasensibles gran parte de los embarazos anembrionados se diagnostican antes de que ocurra una pérdida espontánea (5).

Edad materna

La frecuencia de abortos y trastornos del embarazo aumentan con la edad y se nota un incremento apreciable de abortos, problemas congénitos y trastornos cromosómicos en productos de la concepción de mujeres mayores de 40 años (5).

Tratamiento:

Existen varias modalidades terapéuticas ante el diagnóstico de un embarazo anembrionado (5):

1. **Tratamiento conservador:** si se sigue este esquema no aplicamos ningún tratamiento y solo esperamos a que ocurra una pérdida espontánea. Una vez presentada la clínica de sangrado practicamos un estudio ecográfico para verificar la total expulsión del tejido placentario. Si hay remanentes podemos utilizar algunos medicamentos que faciliten la expulsión del tejido remanente o practicamos un legrado o curetaje uterino bajo anestesia
2. **Tratamiento médico:** se refiere al uso de medicamentos siguiendo esquemas bien detallados cuya finalidad es producir cambios en el cuello del útero y contracciones uterinas que permitan la expulsión de las membranas ovulares (tejidos placentarios). Si este método falla (alrededor del 15% de los casos) practicamos un legrado uterino.
3. **Tratamiento quirúrgico:** una vez presentadas las opciones anteriores y aceptada la decisión de la madre podemos practicar un legrado o curetaje uterino (con instrumental o por succión) para evacuar activamente el contenido uterino. La ventaja del procedimiento quirúrgico radica en que se realiza de manera inmediata y la paciente sabe que el problema ha sido resuelto y el efecto psicológico de la expectativa de la pérdida queda anulado. Hasta hace poco favorecíamos los métodos conservador y médico pero los problemas operativos, el sangrado/dolor durante varios días, la angustia, el miedo a la infección y lo infrecuente de su aplicación generó poca aceptación en las pacientes. Sólo lo hacemos en embarazos menores de 5 semanas o cuando ha habido una expulsión completa del producto de la concepción.

Futuro reproductivo: el potencial reproductivo y de embarazos que lleguen a feliz término es excelente; de hecho, comparable al de mujeres de características similares sin el antecedente de un embarazo anembrionado. Este tipo de embarazos es solo una variante del aborto común y como tal se comporta igual que este último: sin implicaciones reproductivas futuras. Solo si se presenta de manera repetitiva (3 o más abortos, anembrionados o no) el pronóstico cambia y se reserva en base de las condiciones que pudieran dar origen a la pérdida temprana y recurrente del embarazo (aborto habitual) (5).

b) Aborto frustrado

Es también denominado aborto diferido, fallido y retenido, se produce cuando muerto el producto de la concepción no se produce su eliminación, sino por el contrario es retenido

dentro de la cavidad uterina por tiempo prolongado mayor a cuatro semanas. Este término "diferido" se utiliza para los casos en que se interrumpe el embarazo, pero el feto no se expulsa, quedando retenido en el útero (5).

c) Mola hidatiforme

La mola hidatiforme es una entidad que forma parte de la enfermedad trofoblástica gestacional, que engloba a un conjunto de procesos benignos y malignos poco habituales, que ocurren por la existencia de una proliferación anormal del tejido que da lugar a la placenta (trofoblasto). Generalmente, los tejidos que darían lugar al feto no están presentes y son por tanto la mayoría de los casos se trata de gestaciones anembrionadas. Estas enfermedades se consideran peculiares, ya que el producto de la concepción a partir del cual se originan, es genéticamente extraño al anfitrión materno (5).

d) Óbito fetal

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina. Se define óbito fetal a "el cese de la vida fetal a partir de las 22 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos". Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática (5).

Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías:

- a) Macro ambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada.
- b) Matroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macro ambiente.
- c) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

Una incapacidad para detectar los latidos cardiorfetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante un

estudio ecográfico. Sin embargo, es de vital importancia que se realice la investigación pertinente destinada a dilucidar la causa (o las causas) del óbito, y/o sus factores contribuyentes (5).

e) Embarazo ectópico

Un embarazo ectópico se define cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial. La incidencia ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2%, aunque las cifras se han estabilizado en los últimos años. Esto es debido fundamentalmente a 3 condicionantes: el aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos 26 diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos. A medida que la incidencia aumenta, la mortalidad decrece (en EE.UU. de 35,5 muertes por 10.000 en 1970 a 3,8 por 10.000 en 1989), aunque en los países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causas del 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación⁹ y supone el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo (5).

Diagnóstico

Gracias a los avances tecnológicos y a la formación en ecografía obstétrica, es posible diagnosticar por imagen un embarazo ectópico en etapas cada vez más precoces. Debe comenzarse con sonda abdominal, pero es imprescindible completarla con sonda vaginal, con un ecógrafo de alta resolución y utilizando el zoom para magnificar las áreas a estudiar: sobre todo la cavidad endometrial y las zonas anexiales. A pesar de todo ello, hasta un 15-35% de las gestaciones ectópicas no se ve por ecografía (5).

Son signos sospechosos de embarazo ectópico:

- Presencia de un útero vacío, especialmente si el endometrio es grueso.
- Presencia de un seudosaco intraútero.
- Signo del «doble halo» en la trompa.
- Visualización de un saco gestacional fuera del útero: con presencia de vesícula vitelina e incluso, a veces, de embrión. Es el único diagnóstico de certeza exclusivamente ecográfico.

- Doppler color positivo en los dos casos anteriores.
- Líquido en el espacio de Douglas mayor de lo habitual (5).

Se debe tener cuidado cuando se emplee la sonda vaginal, pues suele ser fácil sobreestimar esta cantidad, sobre todo si se posee poca experiencia. La visualización ecográfica de una gestación intrauterina, prácticamente, excluye el embarazo ectópico. La posibilidad de una gestación heterotópica (coexistencia de una gestación intrauterina y un embarazo ectópico) es muy rara, aunque se debe tener en cuenta en pacientes con tratamientos de fertilidad.

1.3.3. Criterios de diagnóstico de embarazo no evolutivo por medio de la ultrasonografía.

Criterios Mayores

Sensibilidad del 29 y 41 % y especificidad del 100 %

Ausencia de embrión en un saco gestacional de 25 mm en su diámetro mayor.

No visualización de Saco Vitelino en un saco gestacional de 20 mm. En su diámetro mayor (9).

Criterios Menores

Reacción decidual < 2mm.

Contorno irregular del Saco Gestacional

Ausencia de doble reacción decidual

Implantación baja del Saco Gestacional (11).

Tabla de hallazgos ecográficos de sacos gestacionales de mal pronóstico (11).

Embrión

- Ausencia de movimientos Cardiacos en embrión con más de 5 mm
- Ausencia de movimientos Cardiacos después de las 6.5 semanas

Vesícula Vitelina y Amnios

- Vesícula vitelina grande (+ 5mm) sin embrión visible.

- b) Vesícula vitelina calcificada.

Saco Gestacional

- a) Mayor a 18mm con ausencia de embrión vivo.
- b) Mayor a 8 mm con ausencia de vesícula vitelina visible.

Forma y Posición

- a) Irregular y aplastada, posición baja

Reacción Trofoblasticas

- a) Irregular
- b) Reacción trofoblastica fina menos a 2mm

Crecimiento

- a) crecimiento del saco igual o menor a 0,6 mm/día.
- b) ausencia de crecimiento embrionario.
- c) Discrepancia del tamaño del saco y niveles de Hormona Gonadotropina Corionica Sub unidad B cuantitativa.

Gestación interrumpida

La certeza de la muerte embrionaria (11).

Ausencia de latidos embrionarios a partir de los 10 mm de longitud corono nalga.

Otros

Falta de respuesta a estímulos.

Contorno irregular.

Aumento de su ecogenicidad.

Desestructuración.

Ecos amorfos.

Tabla de hallazgos ecográficos en saco gestacionales normal y patológico

SEMANAS	MENOS en mm diámetro de saco gestacional	NORMAL en mm diámetro de saco gestacional	MAS en mm diámetro de saco gestacional
6	101	118	135
7	129	141	153
8	154	165	176
9	166	172	178
10	161	170	179
11	155	165	175
12	156	163	170
13	149	155	161
14	143	147	151

Marcadores ecográficos precoces de gestación evolutiva

- Relación entre el tamaño del Saco Gestacional y el Embrión
- Reacción decidual.
- Hematomas subcoriales.
- Vesícula vitelina.
- Frecuencia cardíaca embrionaria.
- Longitud céfalo caudal
- Cuerpo lúteo.
- Valoración hemodinámica Doppler (11).

Patología del saco gestacional

- El saco gestacional aparece entre 28 a 30 días de la última menstruación
- La subunidad Beta supera las 250 mu/ml y debe verse siempre cuando se la encuentra 650 a 1000 mu/ml
- Irregularidad del saco
- Plicatura de sus paredes
- Cambio en su forma
- Disminución de su tamaño
- Alteraciones de sus límites
- Diferenciación de ecogenicidad (11).

Patología del amnios

- Ruptura de membranas en forma precoz
- Síndrome de Bridas amnióticas
- Que pueden producir amputaciones en el embrión o feto
- Alteraciones por plegamiento en articulares
- Comprometido el desarrollo y tono muscular.

Patología de la vesícula vitelina

Mide hasta 6 mm. Ecográficamente podemos ver:

Vesícula Vitelina: blanca o hiperecogénica.

Vesícula Vitelina muy pequeña.

Vesícula Vitelina muy grande > 7 mm (11).

Funciones

- Es el órgano donde se inicia la hematopoyesis y la primera circulación embrionaria
- Se encarga de las funciones metabólicas y de transporte entre la madre y el embrión
- Interviene en el desarrollo del intestino medio y en el cierre de la pared abdominal, por ello un fallo precoz condicionaría el onfalocele (3).

3.2.4. Factores asociados:

Sociodemográficos

- Edad.**- Tiempo transcurrida a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño. El riesgo del embarazo no evolutivo se incrementa con la edad materna 11.1% entre 20 a 24 años, 11.9% entre 25 a 29 años, 15% de 30 a 34 años, 24.6% de 35 a 39 años, un 51% de 40 a 44 años y de 93,4% a partir de los 45 años (13).
- Nivel de instrucción.**- Es el grado de educación escolaridad que alcanzado una persona se distingue las siguientes categorías analfabeta, primaria, secundaria superior. Se observa en el hospital regional de Ayacucho en el servicio de gineco obstetricia que el 92.3% de mujeres con instrucción secundaria presento aborto provocado, el 76.2%

mujeres con instrucción superior presento aborto provocado y el 71.4 mujeres con instrucción de primaria presento con aborto provocado (13).

- c) **Tabaquismo.**_ Es una planta originaria de América, Su principio activo es la nicotina, descrita se ha descubierto que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces impredecibles, tanto en la mente como en el cuerpo, así como que es la responsable de la adicción al tabaco. Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene más de 4,000 compuestos químicos, entre los que se encuentran el alquitrán y el monóxido de carbono, que pueden actuar como reforzadores de la adicción, además de causar diversos problemas en el organismo. Mujeres que fuman durante el embarazo presenta mayor riesgo de complicaciones, como placenta previa, ruptura prematura de membrana , desprendimiento prematuro de la placenta , hemorragia en el pre parto, parto prematuro, aborto espontaneo , gestación ectópica , crecimiento intrauterino crecimiento intrauterino restringido, bajo peso al nacer , muerte súbita del recién nacido y compromiso del desarrollo físico del niño (3) .

Obstétricos

- a) **Paridad.**- Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos. En la cual en cada embarazo se produce un desgaste fisiológico en el organismo de la mujer, por lo cual siempre se recomienda un 32 espaciamiento adecuado entre un embarazo y otro; lo cual no es posible en las multíparas y gran multíparas (13).
- b) **Antecedentes de abortos.**- Es la pérdida del embarazo producido en gestaciones anteriores que pueden ser espontáneos o provocados. Se estima que el 85% de casos de abortos espontáneos ocurren por el embarazo no evolutivo y puede suceder antes o después de un embarazo (13).
- c) **Infección del tracto urinario.**- Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Son más frecuentes en el sexo femenino: hasta un 50 % de las mujeres puede presentar una ITU a lo largo de su vida, lo que se relaciona con la actividad sexual, los embarazos y la edad.

La ITU constituye un importante problema de salud que afecta a millones de personas cada año. Es la segunda causa de infección más frecuente en los humanos (13).

- d) **Automedicación.**- Es el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas y el autocuidado es el conjunto de actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud Los medicamentos de venta libre disponibles al público deben ser eficaces y seguros, Los errores habituales de la automedicación se observan en los siguientes fármacos: Analgésicos, antibióticos y antihistamínicos (13).
- e) **Diabetes mellitus.**- Es un síndrome que engloba un gran número de enfermedades cuyo nexo es la hiperglucemia como la hormona que tiene la mayor responsabilidad en regulación del transporte de glucosa a los tejidos es la insulina, la 33 hiperglucemia que define la diabetes refleja en la última instancia una falta de dicha hormona o un problema de acción de las misma sobre los tejidos (3).

Otros términos relacionados con el estudio:

- **Aborto Frustrado:** Es también denominado aborto diferido, fallido y retenido, se produce cuando el feto muere dentro del útero no se produce su eliminación, sino por el contrario es retenido dentro de la cavidad uterina por tiempo prolongado mayor a cuatro semanas (15).
- **Antecedentes de abortos.** Es la pérdida del embarazo producido en gestaciones anteriores que pueden ser espontáneos o provocados (15).
- **Automedicación:** es el consumo de medicamentos, yerbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico (15).
- **Diabetes Mellitus:** es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (15).
- **Edad.** Tiempo de existencia de la madre desde el nacimiento hasta la actualidad (15).

- **Embarazo anembrionario:** Se refiere a una situación clínica en la que hay un embarazo intrauterino, pero no se desarrolla normalmente; en la cual solo se observa un saco gestacional vacío sin señales de un embrión en su interior (15).
- **Embarazo Ectópico.** Es cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial no progresando su desarrollo normal y generando un embarazo no evolutivo (15).
- **Embarazo no evolutivo:** es aquel embarazo que, por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas (15).
- **Factor de riesgo.** Causas obstétricas, que incrementan el riesgo la vulnerabilidad de padecer alguna complicación en el embarazo, parto o puerperio (15).
- **Infección tracto urinario.** Son infecciones bacterianas a las vías urinarias frecuentes en la gestante, y donde están incluidas la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis (15).
- **Mola hidatiforme:** Es una proliferación anormal del tejido que da lugar a la placenta (trofoblasto). Generalmente, los tejidos que darían lugar al feto no están presentes y son por tanto la mayoría de los casos se trata de gestaciones anembrionados (15).
- **Nivel de Instrucción:** Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona. Se distingue las siguientes categorías: analfabeta, primaria, secundaria y superior (15).
- **Óbito fetal.** Es el cese de la vida fetal a partir de las 22 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos (14).
- **Paridad.** Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos (15).
- **Riesgo.** Es la probabilidad de enfermar o morir, como medida epidemiológica de asociación mide la probabilidad de exposición a un evento mórbido (15).

- **Tabaquismo:** Es una persona adicta que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno (15).

1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación constituye un aporte al conocimiento del área de la medicina, siendo relevante académicamente. Permite establecer las estadísticas de las patologías diagnosticadas por ecografías en la primera mitad del embarazo. También tuvo relevancia técnica, porque los resultados obtenidos de la investigación fueron proporcionados a los directivos de la alta dirección para que les permita mejorar el manejo de complicaciones durante el embarazo en las mujeres de edad fértil.

El estudio en la práctica permite conocer tempranamente las condiciones del embarazo y valorar el avance de la tecnología como imágenes ecográficas y valorar el desarrollo de órganos y estructuras embrionarias desde las fases primitivas de formación y determinar patologías de formación con precocidad. En la actualidad la ultrasonografía es indispensable como medio de diagnóstico que permite valorar en el campo de la gineco-obstetricia, el tamaño, la forma, situación y estructura de las mismas (6).

El estudio permite valorar el avance de la tecnología por imágenes ecográficas nos permite valorar el desarrollo de órganos y estructuras embrionarias desde las fases primitivas de formación y determinar patologías de formación con precocidad.

La investigación también permite tener conocimiento de aquellas características cuya presencia contribuyen a la aparición del embarazo no evolutivo lo cual resulta relevante desde el punto de vista clínico puesto que alguna variable a evaluar presentan la posibilidad de ser modificables por medio de intervenciones educativas; lo cual resulta de interés para el conocimiento y posterior control pudiendo minimizar la aparición de esta complicación y la morbilidad asociada a ella a través de estrategias preventivas aplicables desde el primer nivel de atención.

La investigación socialmente es importante porque aborda un problema como el embarazo no evolutivo con ultrasonografía, el cual toma valor con el transductor transvaginal, gracias

a la resolución de las imágenes y la claridad de las estructuras permitiendo evaluar la presencia y desarrollo de diferentes órganos y sistemas en el embrión y feto, antes estudiado mediante anatomía patológica, que trae como consecuencias productos afectados o de pérdidas como los embarazos no evolutivos.

El estudio en la metodología permite conocer la importancia de la ayuda de exámenes complementarios, donde además podemos estudiar la embriología con un ser vivo sin hacerle ningún daño, a través de la ultrasonografía, con lo cual ha mejorado nuestros conocimientos de la vida humana en sus inicios. Por lo tanto la evaluación ecográfica del primer trimestre, constituye actualmente una de las herramientas fundamentales en el manejo de todo paciente obstétrico, siendo considerado como predictor de riesgo de las principales complicaciones obstétricas, como es el embarazo no evolutivo (7).

También permite conocer que la viabilidad del embarazo intrauterino o evolutivo, cuando hay presencia de saco gestacional más embrión con actividad cardíaca presente, lo cual se asocia hasta un 97% de embarazo exitoso y una tasa de aborto de 3 a 5%. Sin embargo existen características que determinan un mal pronóstico para este período como: Saco gestacional deforme, vesícula vitelina sólida o agrandada, embrión con bradicardia (7).

1.5. Problema

¿Cuáles son los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre 2018?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre 2018.

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos del embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.

2. Identificar los factores obstétricos del embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.
3. Identificar las patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018
4. Identificar los factores de mayor asociación con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.

2.3. Hipótesis de investigación

Existe asociación de los factores sociodemográfico y obstétricos con los embarazos no evolutivos por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema – Yurimaguas, enero – junio 2018.

2.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de Medición
V1: Factores asociados.	Son aquellos factores que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente. También denominados marcadores de riesgo como características de la persona.	Son factores referidos a los aspectos sociodemográficos y obstétricos de gestantes del primer trimestre, condiciones del embarazo.	Factores sociodemográficos	Edad	Adolescente: 10 – 19 años Adulta: 20 – 35 años Añosa: 36 a más	Ordinal
				Nivel de instrucción	Iletrada Primaria Secundaria Superior	
				Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda	
				Nº de cigarrillos	Ninguno 1 a 3 diario 4 a 7 diario 8 a más diario	
				Nivel económico	Bajo: ingreso < 500 soles Medio: 500- 900 soles Alto: > 900 soles	
			Factores obstétricos	Atención Prenatal	Ninguna Una APN 2 a más APN	
				Sobrepeso	Si / No	
				Paridad	Nulípara: 0 hijos Primípara: 1 hijo Múltipara: 2-5 hijos Gran múltipara: +5 hijos	
				Abortos	Si / No	
				ITU	Si / No Si la respuesta es sí cual: Bacteriuria asintomática Cistitis Pielonefritis	
				Automedicación	Si / No	
				Oligoamnios	Si / No	
				Diabetes mellitus	Si / No	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de Medición
V2: Embarazo No evolutivo	Embarazo que por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas	Diagnóstico de no actividad fetal por ultrasonido	Diagnóstico por ultrasonido	Embarazo anembrionario Aborto frustrado Mola Hidatiforme Embarazo ectópico Óbito fetal	Si / No	Ordinal

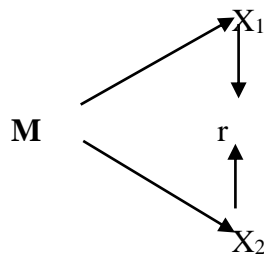
III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

La investigación fue de tipo no experimental, cuantitativa, retrospectiva.

3.2. Diseño de investigación

El estudio de investigación fue descriptivo correlacional, cuyo esquema fue el siguiente:



Donde

M = gestantes de embarazo no evolutivo

X₁= Factores asociados

X₂= Embarazo no evolutivo

r= Relación entre las dos variables de estudio.

3.3. Universo, población y muestra

Universo

Estuvo conformado por todas las gestantes del primer trimestre que acudieron al servicio de Ecografía del Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018.

Población

La población estuvo constituida por 100 gestantes del primer trimestre que tuvieron diagnóstico de embarazo no evolutivo por ultrasonido en el servicio de Ecografía del Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018. (Fuente oficina de estadística del Hospital).

Muestra

La muestra estuvo constituida por el 100% de la población, es decir 100 gestantes del primer trimestre que tuvieron diagnóstico de embarazo no evolutivo por ultrasonido en el servicio de Ecografía del Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Gestantes del primer trimestre con informe ecográfico.
- Gestantes con diagnóstico de embarazo no evolutivo por ultrasonografía
- Usuarías que deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con embarazo normal evolutivo
- Gestantes sin examen Ecográfico
- Usuarías que no deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.4. Procedimiento

- Se realizó la revisión bibliográfica y se procedió a elaborar el proyecto de investigación.
- Posteriormente se presentó a la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se realizó las coordinaciones con el Director del Hospital Santa Gema - Yurimaguas y se solicitó permiso para la realización de la presente investigación.
- Para la selección de cada unidad de análisis, se consideró trabajar con todos los que cumplen con los criterios de inclusión.
- Se realizó las coordinaciones con el área de estadística y coordinadora de obstetras para solicitarles su participación.
- Se aplicó el instrumento de investigación a cada historia clínica, previa autorización del jefe del servicio, la misma que duró aproximadamente 10 – 15 minutos cada una.
- Posteriormente se procesó y tabuló los datos obtenidos, se realizó el análisis de resultados con el apoyo de paquetes estadísticos SPSS 23,0.
- Se elaboró el informe de investigación y se presentó a la Decanatura de la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión, aprobación y designación del jurado.
- Posteriormente se procedió con la sustentación de la tesis.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

La técnica utilizada en la investigación fue la revisión documentaria a través de la historia clínica y demás documentos que permitan obtener la información.

Instrumentos

En la recolección de datos se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos. El cual permitió medir los factores y diagnóstico del embarazo no evolutivo. El mismo que fue elaborado por los actores y fue validado por tres expertos lo cual permitió hacer ajustes al mismo.

Para medir la variable factores asociados se utilizó la ficha de recolección de datos sobre factores sociodemográficos y obstétricos. (Ver anexo 01), éste permitirá reconocer los siguientes aspectos: i) Datos Generales; ii) Los factores sociodemográficos; iii) los factores obstétricos; y iv) Informe ecográfico obstétrico del diagnóstico de embarazo no evolutivo. Las respuestas a factores sociodemográficos son según su condición de la gestante y los factores obstétricos como del diagnóstico ecográfico de igual manera, las mismas fueron valorizadas del 1 al 4 y algunas dicotómicamente.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

La información obtenida fue ingresada a una base de datos en Excel y procesada usando el paquete estadístico SPSS versión 23 para obtener los resultados, que se muestran en tablas y gráficos, utilizando la estadística descriptiva como frecuencia, porcentaje, media aritmética y rango. Para determinar la relación se usó el estadístico de correlación chi cuadrado de Pearson.

3.7. Aspectos Éticos

En el presente proyecto de investigación no se coloca en tela de juicio la parte ética de los pacientes y familiares, además fueron informados los objetivos de la investigación, la participación fue de manera voluntaria, se garantizó la confidencialidad y los datos fueron procesados tal cual está en el instrumento.

Los participantes y encuestados en la investigación fueron informados previamente, respetando los siguientes principios bioéticos de la persona: i) No maleficencia: los datos que se encontrarán serán de uso exclusivo del investigador y serán procesados confidencialmente; ii) Autonomía: se respetará en todo momento la identidad del participante manteniendo el anonimato del mismo; iii) Beneficencia: Al participar en el estudio lograremos fomentar actitudes y conductas para disminuir el riesgo en el equipo de salud de adquirir infecciones en su entorno laboral; iv) Respeto: Mediante el consentimiento informado, el cual será firmado por el participante que aceptará voluntariamente participar en el estudio, se respetará en todo momento la identidad del participante manteniendo el anonimato del mismo.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Factores sociodemográficos del embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.

	Factores	fi	%
Edad	Adolescente (10 – 19 a.)	21	21.0%
	Adulta (20 – 35 a.)	60	60.0%
	Añosa (\geq 36 años)	19	19.0%
Nivel de instrucción	Iletrada	0	0.0%
	Primaria	47	47.0%
	Secundaria	49	49.0%
	Superior	4	4.0%
Estado civil	Soltera	19	19.0%
	Casada	1	1.0%
	Conviviente	80	80.0%
	Viuda	0	0.0%
N° de cigarrillos	Ninguno	0	0.0%
	1 – 3 diario	93	93.0%
	4 – 7 diario	7	7.0%
	\geq 8 diario	0	0.0%
Nivel económico	Bajo ingreso (< 500 soles)	46	46.0%
	Medio (500 – 900 soles)	43	43.0%
	Alto \geq 900 soles	11	11.0%

Fuente: elaboración propia

Entre los factores sociodemográficos de las gestantes con embarazo no evolutivo predomina la edad entre 20 a 35 años (60%), nivel de instrucción secundaria (49%), estado civil conviviente (80%), tabaquismo entre 1 a 3 por día (93%), bajo nivel de ingreso económico (< de 500 soles) en un 46%.

Tabla 2. Factores obstétricos del embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.

	Factores	fi	%
Atención prenatal	Ninguna	72	72.0%
	1 APN	27	27.0%
	≥ 2 APN	1	1.0%
Sobrepeso	Si	33	33.0%
	No	67	67.0%
Paridad	Nulípara (0 hijo)	23	23.0%
	Primípara (1 hijo)	27	27.0%
	Múltipara (2 – 5 hijos)	41	41.0%
	Gran múltipara (≥ 5 hijos)	9	9.0%
Antecedentes de aborto	Si	33	33.0%
	No	67	67.0%
Infección de tracto urinario	Si	34	34.0%
	No	66	66.0%
Automedicación en el embarazo actual	Si	1	1.0%
	No	99	99.0%
Oligoamnios en el embarazo actual	Si	0	0.0%
	No	100	100.0%
Diabetes mellitus gestacional	Si	0	0.0%
	No	100	100.0%

Fuente: elaboración propia

Entre los factores obstétricos destacan la no atención prenatal (72%), sobrepeso (33%), múltipara (41%), antecedente de aborto (33%) e infección del tracto urinario (34%). No se evidencia ningún caso de oligoamnios y diabetes mellitus (0%).

Tabla 3. Patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.

Patologías	Presente		Ausente		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%
Embarazo anembrionario	2	2.0%	98	98.0%	100	100.0%
Aborto frustrado	29	29.0%	71	71.0%	100	100.0%
Embarazo ectópico	5	5.0%	95	95.0%	100	100.0%
Embarazo molar	8	8.0%	92	92.0%	100	100.0%
Óbito fetal	0	0.0%	100	100.0%	100	100.0%
Otros tipo de aborto	55	55.0%	45	45.0%	100	100.0%

Fuente: elaboración propia

Entre las patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, encontramos al aborto frustrado (29%), embarazo molar (8%), embarazo ectópico (5%) y embarazo anembrionario (2%).

Tabla 4. Factores de mayor asociación con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía, Hospital Santa Gema Yurimaguas, julio - diciembre. 2018.

	Factor	X ²	p
Socio demográficos	Edad	0.531	0.767
	Nivel de instrucción	0.410	0.814
	Estado civil	0.846	0.655
	Tabaquismo	0.004	0.633
	Nivel económico	2.001	0.368
Obstétricos	Nro. de APN	0.794	0.672
	Sobrepeso	1.166	0.295
	Paridad	0.917	0.821
	Antecedente de aborto	0.042	0.837
	Infección del tracto urinario	0.000	0.986
	Automedicación	1.286	0.257
	Oligoamnios	ND	ND
	Diabetes mellitus gestacional	ND	ND

Fuente: elaboración propia

Para determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de mayor asociación con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, se utilizó el estadístico chi cuadrado con un nivel de significancia al 95%. Los resultados reflejan que no existe asociación entre dichos factores con el embarazo no evolutivo por tener un p valor > 0,05.

V. DISCUSIÓN

La reproducción humana constituye una paradoja, aunque es crítica para la supervivencia de la especie, el proceso es relativamente ineficiente. Se estima que más de la mitad de todas las concepciones se perderán durante la primera mitad del embarazo. Lo llamativo es que el 75% de las pérdidas de los embarazos son por fallas en la embriogénesis y/o implantación. Por lo tanto, son embarazos clínicamente no reconocidos, que no lograron desarrollarse y por lo contrario generan complicación del estado de la madre y la colocan en riesgo de muerte, por eso los embarazos no evolutivos son de importancia y debemos evaluar integralmente a la gestante para evitar complicaciones.

Producto de la investigación se arribó a los siguientes resultados, la tabla N° 1 nos muestra que entre los factores sociodemográficos de las gestantes con embarazo no evolutivo predominó la edad entre 20 a 35 años con 60%, el nivel de instrucción secundaria 49%, el estado civil conviviente 80%, tabaquismo porque fuma entre 1 a 3 cigarrillos por día con 93% y bajo nivel de ingreso económico (< de 500 soles) en 46%.

Resultado que se relaciona con Huamán C, Caracela C. (2000), quien encontró 41.5% (252 casos) con el diagnóstico de aborto frustrado y un 58.5% ó (356 casos) de edad entre 30-34 años, comprendida a una edad promedio 32.7 años. Además se relaciona con Tang L. (2007), quien estudió de 35 años de edad. Asimismo se relaciona con Ramírez Z. (2016) quien dentro de las características encontró que la edad materna ≥ 35 años [OR=13.4, IC 95% (5.1 – 35)] se asocia a un aborto espontáneo.

Por lo mencionado podemos establecer que dentro de los factores sociodemográficos encontrados en mujeres con embarazo no evolutivo sobresale la edad mayor a 30 años y el hecho de fumar, condición que puede estar relacionado con la maduración celular de los genes maternos como paternos que por constitución genética deficiente no llegan a evolucionar. Así también la nicotina del cigarrillo se va acumulando en la célula y la daña generando condiciones desfavorables en el aparato reproductor.

La tabla N° 2 nos muestra los factores obstétricos donde destacan la no atención prenatal 72%, el sobrepeso con 33%, multípara con 41%, antecedente de aborto 33% e infección del tracto urinario 34%. No se evidencia ningún caso de oligoamnios y diabetes mellitus (0%).

Resultado que se relaciona con Ovalle A. (2005), quien encontró que en gestaciones < de 30 semanas las principales causas de muerte fetal fueron: infección ascendente 33,3%, patología placentaria 17,7% y anomalías congénitas 15,6%. Igualmente se relaciona con Huamán C, Caracela C. (2000), quien encontró un 67.10% de las pacientes fueron multíparas; en una edad gestacional comprendida de 9-12 semanas 58.55%. Asimismo se relaciona con Ramírez Z. (2016) quien dentro de las características obstétricas encontró el hecho de tener al menos un aborto previo [OR=6.9, IC 95% (2.9 – 16.5)] que se asocia con aborto espontáneo. También se relaciona con Silva B, Espinoza G. (2016) que establece que los factores asociados a embarazo no evolutivo, estadísticamente significativo (p 0,05) fueron; la paridad, antecedente de aborto, antecedente de ITU, la diabetes mellitus, el consumo de cigarrillos y el nivel de instrucción. 4. El 42% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado que se presentó en las adultas y en 8% en gestantes que se auto medican.

Por lo mencionado puede establecerse que básicamente cuando la mujer no acude al establecimiento de salud para su atención es posible que la complicación en la evolución del embarazo no se detecte, ya que el monitoreo y evaluación permanente de la gestación nos lleva a determinar el problema. La multípara, el antecedente de aborto y la infección del tracto urinario están relacionadas se establece que a mayor número de gestaciones el tejido corporal de la madre y del útero en especial generan deficiencias en las zonas de implantación uterina, por lo tanto el nuevo huevo se implantará en una zona no afecta e incluso puede migrar muy cerca al cérvix, esto favorece al aborto y embarazo ectópico, y además a la infección ascendente por los órganos genitales al útero.

El tercer resultado muestra las patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía donde encontramos al aborto frustrado (29%), embarazo molar (8%), embarazo ectópico (5%) y embarazo anembrionario (2%).

Resultado que se relaciona con Tang L. (2007), quien encontró heterotópico espontáneo, intrauterino y ovárico. La ecografía endovaginal mostró pequeño saco gestacional, con ausencia de ecos embrionarios. Se realizó legrado uterino el 01/11/ 2006, obteniéndose vellosidades con degeneración hidrópica no molar, en el examen histológico. Además se relaciona con Ramírez Z. (2016) quien encontró 19% (35 mujeres) presentaron aborto espontáneo. Los 15 indicadores ecográficos: El DSG < 25 mm [OR=3.1, IC 95% (1.4 –

6.8)], LCF menor a 120 lpm [OR=15.3, IC 95% (5.3 – 44.2)], y la presencia de hematoma retrocorial [OR=12.6, IC 95% (4.8 – 32.5)] se asociaron al desarrollo de aborto espontáneo en el primer trimestre. También se relaciona con Silva B, Espinoza G. (2016) quienes encontraron la frecuencia de embarazo no evolutivo en el Hospital de EsSalud de Ayacucho de 48% por aborto frustrado, 30% por embarazo anembrionario, 8% por embarazo ectópico y óbito fetal en ambos casos y sólo 6% por embarazo molar.

Lo mencionado nos muestra que el aborto frustrado es el embarazo no evolutivo de mayor número, ya que en su mayoría no es perceptible a la madre y puede absorber en la cavidad uterina, sin embargo los otros tipos de embarazo como molar, ectópico y anembrionario están presentes en menor cantidad y no debemos dejarlos de lado porque la complicación es mayor para la madre.

Para determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de mayor asociación con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, se utilizó el estadístico chi cuadrado con un nivel de significancia al 95%. Los resultados reflejan que no existe asociación de ningún factor con el embarazo no evolutivo por tener un p valor $> 0,05$. Por lo tanto en general podemos establecer que no existe asociación entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el embarazo no evolutivo por tener un p valor $> 0,05$.

Resultado que difiere de Ovalle A. (2005), quien concluye que el análisis de los hallazgos de la autopsia fetal, del estudio de la placenta y de los antecedentes clínicos maternos, permiten aclarar la causa de la mayoría de las muertes fetales.

A pesar de no existir mayor bibliografía para poder comparar los resultados podemos establecer que los factores sociodemográficos y obstétricos no se relacionan con los embarazos no evolutivos, por lo cual suponemos que esto puede deberse a condiciones genéticas como el embarazo anembrionario o constitucionales porque el feto no llega a formarse completamente o por otras causas como biológicas o constitucionales que no permiten que el huevo pueda implantarse y desarrollarse adecuadamente

VI. CONCLUSIONES

1. Las gestantes con embarazo no evolutivo se caracterizaron por presentar como factores sociodemográficos, la edad entre 20 a 35 años (60%), nivel de instrucción secundaria (49%), estado civil conviviente (80%), tabaquismo entre 1 a 3 por día (93%), bajo nivel de ingreso económico (< de 500 soles) en 46%.
2. Entre los factores obstétricos de las gestantes con embarazo no evolutivo destacan, la no atención prenatal (72%), sobrepeso (33%), multípara (41%), antecedente de aborto (33%) e infección del tracto urinario (34%). No se evidencia ningún caso de oligoamnios y diabetes mellitus (0%).
3. Entre las patologías reportadas de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, encontramos al aborto frustrado (29%), embarazo molar (8%), embarazo ectópico (5%) y embarazo anembrionario (2%).
4. No existe factores de mayor asociación en el embarazo no evolutivo por tener un p valor > 0,05 en cada factor, se utilizó el estadístico chi cuadrado con un nivel de significancia al 95%.
5. No existe asociación de los factores sociodemográficos y obstétricos globales con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, p valor > 0,05.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud principalmente obstetras tener presente en la evaluación de las gestantes que el embarazo no evolutivo se puede presentar en mujeres con factores sociodemográficos con edad entre 20 a 35 años, nivel de instrucción secundaria, estado civil conviviente, en fumadoras, de bajo nivel de ingreso económico (< de 500 soles).
2. Al personal de salud principalmente obstetras tener presente en la evaluación de las gestantes que el embarazo no evolutivo se puede presentar en mujeres con factores obstétricos como no atención prenatal, sobrepeso, multípara, antecedente de aborto e infección del tracto urinario.
3. Al equipo de salud que brindan atención integral a la gestante tener presente que pueden encontrar como embarazo no evolutivo principalmente al aborto frustrado, seguido del embarazo molar, embarazo ectópico y embarazo anembrionario.
4. A pesar de no encontrarse asociación entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía debemos identificar las condiciones de riesgo y complicación que puede presentar la madre en su evolución.
5. A los investigadores desarrollar investigaciones cualitativas que permitan profundizar el tema de estudio, y a las instituciones formadoras que profesionales de obstetricia y medicina que inculquen en sus estudiantes el estudio de esta patología que conlleva a una complicación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tang, L, Albinagort R, Almandoz A, Ferrufino J. Embarazo heterotópico, intrauterino no evolutivo y ovárico. Caso Clínico. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2007; 53:210-212. Lima Perú. Consulta 17.12.18
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a13v53n3.pdf
2. Bajo Arenas. Ultrasonografía Ginecológica y Obstétrica. Ediciones Marban.2017:1-31 y 293-335. ISBN: 9788416042432 Argentina 2017.
<https://www.marbanlibros.com/muestras/9788416042432/mobile/index.html#p=12>
3. Gormaz G. Ultrasonografía en Obstetricia. En: Pérez-Sánchez Obstetricia. Chile: Edit. Mediterráneo. 3a ed.; 1999:501-16.
4. Ovalle S. Estudio anatomo clínico de las causas de muerte fetal. Rev. Chil. obstet ginecol 2005; 70(5) 303-312. Chile, 2005
5. Ariel R. Muerte fetal intrauterina. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 188. EE.UU. 10 Diciembre 2008
6. Guerrero T. Desarrollo embrionario. Ecografía del primer trimestre. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Artículo. Granada, España. 2008.
7. Fleischer A. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Sexta edición. Tenesse. Madrid España. 2009
8. Avendaño J, Arévalo T, Ariño R. Niveles de progesterona y amenaza de aborto en pacientes que cursan el primer trimestre de gestación en el Hospital José Carrasco Arteaga. Artículo científico. Revista Panorama Médico. Volumen 8, No 2 Noviembre 2014. Pág. 20–25. Cuenca Ecuador. 2014. Consulta 19.07.19
<http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/6340/1/articulo%203.pdf>
9. Aguilar A. “Factores que influyen en la presentación del aborto diferido y sus complicaciones frecuentes en el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2013 a enero 2014”. Universidad de Guayaquil. [Tesis para optar por título]. Ecuador. 2015. Disponible en: repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10746

10. Urcuhuaranga L. “Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el hospital II-1 de Moyobamba – San Martín 2014”. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto. San Martín Perú. 2015. Disponible en: 23 http://repositorio.unapikitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4056/Lenin_Tesis_titulo_2015.pdf?sequence=1
11. Carpio L. Criterios ultrasonográficos de embarazo no evolutivo. Artículo. Instituto Materno Perinatal de Lima. Lima Perú. 2008.
12. Ramírez Z. Indicadores ecográficos asociados al desarrollo de aborto espontáneo durante el primer trimestre de gestación en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital II Ramón Castilla entre enero - junio del 2016. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Lima Perú. 2016 http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/952/1/Ram%C3%ADrez%20Borrero%20Zarella%20Roxana_2017.pdf
13. Silva B, Espinoza G. Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el título profesional de obstetra. Ayacucho Perú. 2016. http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/unsch/1873/tesis%20o799_sil.pdf?sequence=1&isallowed=y
14. Marín A. Nociones Básicas en la Ecografía Obstétrica y Ginecológica. Editorial Gráficas Marte, S.L. SEGO. Madrid. España. 2007
15. Diccionario Medico. Net Enciclopedia médica y terminología médica. Diccionario términos y conceptos médicos. <http://www.diccionariomedico.net/diccionario-terminos>

IX. ANEXOS

Anexo N° 01: instrumentos de medición



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estudio: Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018

Ficha de recolección de datos

INSTRUCCIONES: Marcar con un aspa (x) la respuesta que usted crea conveniente, respondiendo con objetividad y sinceridad los datos que tomará de las historias clínicas o documentos existentes en los diferentes servicios relacionados al estudio.

N° de ficha: **Fecha:** **HCI N°:**

I. Factores Sociodemográficos:

a. Edad:.....

1. Adolescente (10 – 19 años) ()
2. Adulta (20 – 35 años) ()
3. Añosa (36 a mas) ()

b. Nivel de Instrucción:

1. Ilustrada ()
2. Primaria: ()
3. Secundaria: ()
4. Superior: ()

c. Estado civil:

1. Soltera ()
2. Casada ()

3. Conviviente ()
4. Viuda ()

d. N° de cigarrillos:

1. Ninguno ()
2. 1 a 3 diario ()
3. 4 a 7 diario ()
4. De 8 a más diario ()

e. Nivel económico

1. Bajo: ingreso < 500 soles ()
2. Medio: 500- 900 soles ()
3. Alto: > 900 soles ()

II. Factores Obstétricos:

a. Atención prenatal _____:

1. Ninguna ()
2. Una APN ()
3. 2 a más APN ()

b. Sobrepeso:

1. Si ()
2. No ()

c. Paridad:

1. Nulípara (0 hijos) ()
2. Primípara (1 hijo) ()
3. Multípara (2-5 hijos) ()
4. Gran Multípara (+5 hijos) ()

d. Antecedentes de aborto:

1. Si ()
2. No ()

e. Infección de tracto urinario:

1. Si ()
2. No ()

Si la respuesta es sí cual:

1. Bacteriuria asintomática ()
2. Cistitis ()
3. Pielonefritis ()

f. Automedicación en el presente embarazo:

1. Si ()
2. No ()

g. Oligoamnios en el presente embarazo:

1. Si ()
2. No ()

h. Diabetes mellitus gestacional

1. Si ()
2. No ()

III. Informe Ecográfico Obstétrico

- Saco gestacionalmm
- Número de embriones y/o fetos
- Vesícula vitelinamm
- Frecuencia cardíaca embrionaria y / fetal lpm
- Biometría Fetal :mm.

Elementos para diagnóstico de Embarazo no evolutivo:

- Embarazo anembrionario Si() No()
- Aborto frustrado Si() No()
- Embarazo ectópico Si() No()
- Embarazo molar Si() No()
- Óbito fetal Si() No()
- Otros.....

Conclusión:.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:**
- 1.2 Grado** **académico:**
- 1.3 Cargo e institución donde labora:**
- 1.4 Título de la Investigación:** Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema – Yurimaguas, julio – diciembre 2018
- 1.5 Autor del instrumento:** Bach. Emma Patricia Reátegui Dávila y Bach. Cesi Cumbia Perales
- 1.6 Tesis:** pre-grado Obstetricia
- 1.7 Nombre del instrumento:** Cuestionario de factores asociados al embarazo no evolutivo

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA:

VALORACION CUALITATIVA:

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha:

.....
Sello y firma del experto
DNI: