

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería



Monografía para optar al Título de Licenciatura en Ciencias de la Enfermería

Título:

Estado nutricional y antecedentes gineco-obstetricos ante el aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori - León, III trimestre 2019

Autores:

- ✚ Br. Anielka Mercedes Vanegas Pineda.**
- ✚ Br. Graciela Jahoska Zavala Betanco.**

Tutores:

- Lic. Dulce María Oviedo Martínez. MSc.**
- Lic. Lester Fidel García Guzmán. MSc.**

León, marzo 2020

¡A la libertad por la universidad!

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería



Monografía para optar al Título de Licenciatura en Ciencias de la Enfermería.

Título:

Estado nutricional y antecedentes gineco-obstetricos ante el aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori - León, III trimestre 2019

Autores:

- ✚ Br. Anielka Mercedes Vanegas Pineda.**
- ✚ Br. Graciela Jahoska Zavala Betanco.**

Tutores:

- Lic. Dulce María Oviedo Martínez. MSc.**
- Lic. Lester Fidel García Guzmán. Msc.**

León, marzo 2020

¡A la libertad por la universidad!

Dedicatoria.

A Dios por no permitirnos desfallecer,

A nuestras madres por ser nuestro soporte,

A nuestras familias por su paciencia, entrega y amor,

A nuestros docentes por aportar en nuestra guía a encaminarnos a lo que hoy somos.

Anielka Mercedes Vanegas Pineda.

Graciela Jahoska Zavala Betanco.

Agradecimiento.

A Dios, nuestro único guía le debemos todo lo que hoy somos y por brindarnos la confianza en sí mismas para realizar y culminar este trabajo con mucha sabiduría.

A nuestros padres, por orientarnos y brindarnos apoyo incondicional tanto, moral y económico por su sacrificio hoy entregamos el fruto de nuestro trabajo.

A nuestros docentes por habernos compartido el fruto de su enseñanza con entrega, amor y dedicación. Por ello agradecemos inmensamente a nuestra tutora Lic. Dulce María Oviedo MSc. y asesor metodológico Lic. Lester Guzmán Msc por conducirnos en este trabajo investigativo.

Anielka Mercedes Vanegas Pineda.

Graciela Jahoska Zavala Betanco.

Resumen

Se conoce por aborto espontaneo a la muerte de un embrión o feto con menos de 500 gramos con una edad gestacional correspondiente a 20 semanas, Al igual que el resto del mundo la cifra exacta del aborto en Nicaragua se desconoce.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el estado nutricional y antecedentes gineco-obstetricos ante aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Barrio y Perla Mari Norori - León. El estudio es analítico de casos y controles.

Las variable del estudio fueron estado nutricional y antecedentes ginecobstetricos ante el aborto espontaneo. El instrumento utilizado fue el cuestionario con preguntas cerradas y abiertas que dieron respuestas a las variables en estudio.

Se llegó a la conclusión que la primera menstruación, embarazos previos, antecedentes de eclampsia, sangrado durante el embarazo resultaron ser factor de riesgo, en cuanto a dolor durante la menstruación y partos resultaron ser un factor protector, por lo que se recomienda a los futuros investigadores continuar con la investigación de los datos no comprobados para enriquecer el tema en estudio

Palabras claves: Estado nutricional, aborto espontaneo, riesgo en el embarazo y antecedentes gineco-obstetricos.

Índice

Contenido	Pág.
I. Introducción.....	1
II. Planteamiento del problema.....	4
III. Hipótesis.....	5
IV. Objetivos.....	6
V. Marco Teórico.....	7
VI. Diseño Metodológico.....	23
VII. Resultados	29
VIII. Discusiones.....	45
IX. Conclusiones.....	51
X Recomendaciones.....	52
XI. Bibliografía.....	53
XII. Anexos.....	56

I. Introducción

Se define como aborto espontáneo a aquel embarazo que finaliza espontáneamente antes de que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos, peso que corresponde a una gestación de 20 semanas.¹

El aborto en condiciones de riesgo representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo. De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo. Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre.²

Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos se observa que en las adolescentes, puede alcanzar entre diez y doce por ciento, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad. La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación.²

La nutrición de la mujer, antes y durante el embarazo es crítica para la salud y supervivencia de ella y de su hijo, la evaluación del estado nutricional materno es esencial para identificar mujeres con riesgo de complicaciones gestacional.³

Dentro de las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir al aborto espontáneo como alteraciones estructurales del embrión, alteraciones del trofoblasto, enfermedades maternas graves, diabetes, trastornos tiroideos, retraso del crecimiento intrauterino, trombofilia.³

Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan Sobre la fisiología materna. Así pues ante un inadecuado control estas enfermedades

podrían condicionar abortos de repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones.³

Con la investigación se pretende contribuir al objetivo de desarrollo sostenible 3, salud y bienestar el cual consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, sirviendo como evidencia al indicador del objetivo 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.⁴

En el 2009 Arelis Ramos Hernández realizó un estudio sobre factores epidemiológicos asociados al aborto en el cual encontró que cerca del 25% de todos los embarazos finalizan en abortos espontáneos y $\frac{3}{4}$ partes de estos suceden en los tres primeros meses de embarazo.⁵

En 2012, Linda Scarlett Olivas Chávez y Juan Carlos Olivas Medrano realizó un estudio de casos y controles en Lima- Perú; se halló que los principales factores asociados de riesgo para el aborto espontáneo son: Tener edad ≥ 35 años (OR=1.91), ser multigesta (OR=3.58), tener antecedentes de cesárea (OR=2.58), abortos (OR=5.7), el consumir cafeína (OR= 5), tabaco Factores de riesgo de aborto en mujeres en edad reproductiva en la sala de ARO I (OR=15.29), bebidas alcohólicas (OR=26.91), la infección urinaria (OR=4.8), la diabetes (OR=5.06) y el estrés materno (OR=3.63).⁶

En el 2011 Linda Olivas Chávez estudiante de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León realizó un estudio sobre los factores de riesgo de aborto en mujeres de edad gestacional ingresadas a ARO I del departamento de Ginecología -HEODRA. Se realizó con el programa Epi-Info versión 7, fórmula para estudios de caso y control. Se utilizó un Intervalo de Confianza de 95%, un poder del 80%, una frecuencia esperada de la exposición entre los controles de 20% y un OR estimado de 2.5. Con esto nos da un total de 76 casos y 152 controles. Para incrementar el poder de la muestra se escogieron 2 controles por cada caso.⁷

En 2013 Rodríguez hace referencia que la mitad de los embarazos en México no son planeados, la cual la mayoría termina en abortos, una tercera parte en nacimientos no planeados y cerca del 10% en abortos espontáneos. ⁸

En noviembre de 2015, Toris Tenorio Edgar Jesús de la Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo realizó una investigación sobre el aborto en el cual refiere que se debe a anomalías del tracto reproductivo o a enfermedades sistémicas o infecciosas de la madre. ⁹

En Nicaragua el aborto se considera un problema de salud pública, pues es un aspecto que debe atenderse de forma integral haciendo énfasis en la asistencia oportuna al puesto de salud. Esta investigación se hace con el fin de determinar y analizar los factores nutricionales y antecedentes gineco-obstétricos relacionados al aborto espontáneo.¹⁰

Se encontró interés en este tema ya que es una problemática muy común en los embarazos, la cual es la pérdida involuntaria del embarazo antes que el feto sea visible, existen varios factores que anteceden para que se pueda generar un aborto de forma involuntaria la cual los pretendemos identificar.

Con este trabajo de investigación se tiene el propósito de analizar el estado nutricional y antecedentes Gineco - Obstétricos ante aborto espontáneo en Embarazadas de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori – León.

Los resultados se darán a conocer:

- 1) Jefa de Enfermería de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori: para implementar estrategias, reforzar y retroalimentar los conocimientos del personal de Enfermería para que brinden una consejería personalizada a las embarazadas.
- 2). Personal de Enfermería: para que utilice la información obtenida y brindar la atención adecuada a las embarazadas.
- 3). Investigadores Interesados en el Fenómeno de aborto espontáneo: Para que utilicen la información obtenida; para el desarrollo de nuevas investigaciones.

II. Planteamiento del problema

Al igual que en el resto de mundo, la cifra exacta del aborto espontáneo en Nicaragua se desconoce, partiendo de las estimaciones de las literaturas y considerando las estimaciones de población del país y los números de embarazos esperados para el 2016, considerando una tasa de aborto espontáneo del 10% sería al menos 17410 abortos espontáneos. Un embarazo es un aspecto que debe atenderse de forma integral haciendo énfasis en la asistencia oportuna al puesto de salud. ¹⁰

Se ha demostrado que la alimentación durante el embarazo afecta al curso de este y a su desenlace final. El estado nutricional anterior del embarazo es también un factor de gran importancia que afecta tanto a la madre como al feto. Son embarazos susceptibles de presentar riesgos nutricionales y por ello requieren mayor atención y vigilancia en el peso al ingreso, incremento del peso materno y la tendencia de la curva uterina.

Es difícil establecer la frecuencia real de los abortos espontáneos, pues algunos muy precoces no se interpretan, estas puede tener múltiples causas patológicas ginecobstetricias tales como el número de embarazos, cesaras, o partos previos, sangrado durante el embarazo, antecedentes de preeclampsia, antecedentes de eclampsia, diabetes gestacional, placenta previa, trauma en el embarazo, micro traumas, cirugías previas a nivel pélvico. Alteraciones estructurales del embrión, alteraciones del trofoblasto, enfermedades maternas graves, retraso del crecimiento intrauterino, trombofilia. ¹¹

Por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y antecedentes Gineco-Obstétricos ante aborto espontaneo en embarazos de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori – León, III trimestre 2019?

III. Hipótesis

Las pacientes que presentan un estado nutricional inadecuado, su índice de masa corporal por encima de lo normal y tienen antecedentes de haber presentado en el embarazo anterior preeclampsia, eclampsia, sangrado y dolor en el embarazo actual son las que presentaran aborto espontaneo antes de que cumplan las 20 semanas de gestación.

IV. Objetivos

✓ **General**

Analizar el estado nutricional y antecedentes Gineco - obstetricos relacionado al aborto espontaneo en pacientes embarazadas de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori - León, III trimestre 2019.

✓ **Específico**

- 1- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- 2- Determinar la relación del estado nutricional con el aborto espontaneo en pacientes embarazadas.
- 3- Identificar la relación de los Antecedentes Gineco - obstetricos relacionado al aborto espontaneo en pacientes embarazadas.

V. Marco teórico

Palabras claves

Estado nutricional: condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y la utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. ¹²

Antecedente gineco-obstetricos comprende: según la OMS es Campo de la medicina que se especializa en la atención de las mujeres durante el embarazo y el parto, y en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los órganos reproductivos femeninos. ¹³

Antecedentes obstétricos desfavorables: distocias en el parto, antecedente de muertes neonatales o fetales previas, prematuros, malformados, poli hidramnios, eritroblastosis fetal, antecedente de bajo peso al nacer. o retardo del crecimiento fetal intrauterino, antecedente de incompetencia cervical, antecedentes de dos o más abortos espontáneos, multiparidad (más de cuatro partos), Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años, antecedente personal o familiar de preeclampsia o eclampsia: desde el ingreso, antecedente de trombosis–embolia, historia de hemorragia postparto, o sepsis púerpera. ¹⁴

Aborto espontaneo: Terminación de la gestación durante el periodo posterior la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial o bien la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable, independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado. Se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor de 15% de los embarazos.

V.I- Epidemiología del aborto espontaneo

El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10-20 % de los embarazos. La mayoría son preclínicos (60 %) y, por lo general, el 85 % tienen lugar antes de la 12ª semana de embarazo. Si una gestación llega a la 7ª semana con una ecografía normal, la probabilidad de aborto espontáneo es muy baja, inferior al 5 % de todos los abortos. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad materna.

Las mujeres que ya han tenido un aborto tienen más posibilidades de abortar en un segundo intento (16 %) y las que han tenido dos abortos tienen mayores probabilidades de tener un tercero (25 %). A pesar de todo, una paciente que haya tenido tres abortos, aún tiene una posibilidad del 55 % de tener un cuarto embarazo con éxito.

La causa más común de aborto espontáneo es la muerte del feto debida a malformaciones genéticas o congénitas que hacen inviable su desarrollo. También está frecuentemente relacionado con anomalías del aparato reproductor de la mujer, como cuello uterino incompetente.

Los factores causales del aborto espontáneo son múltiples y pueden asociarse en dos categorías: los fetales o cromosómicos y los relacionados con la madre o maternos. ¹⁵

Fetales o cromosómicos: Las causas más importantes de las pérdidas gestacionales reconocidas clínicamente son las anomalías cromosómicas. Al menos el 50% de las pérdidas clínicas se deben a anomalías cromosómicas, pudiendo ser la frecuencia incluso mayor. ¹⁶

1. Trisomías autosómicas: Suponen la causa aislada mayor de los cariotipos cromosómicos anormales en abortos espontáneos. Se ha observado trisomías en todos los cromosomas excepto para el cromosoma 1. La trisomía más frecuente es la del cromosoma 16. La mayoría de las trisomías tienen una relación con la edad materna, pero el efecto es variable según el cromosoma afectado.
2. Poliploidia: Existen más de dos complementos cromosómicos haploides. La triploidía ($3n=69$) y la tetraploidía ($4n=92$) son frecuentes en los abortos. Los

casos de tetraploidía son raros, y no suelen progresar más allá de las 2 ó 3 semanas de vida embrionaria.

3. Monosomía X: Es la anomalía cromosómica aislada más frecuente entre abortos espontáneos y se produce entre el 15-20% de los especímenes anormales. Los embriones con cromosoma X normalmente consisten en un solo muñón de cordón umbilical. La monosomía X se produce más frecuentemente (80%) como consecuencia de la pérdida del cromosoma sexual paterno. Esta observación es compatible con la falta de efecto de la edad materna en la frecuencia de aparición de la monosomía, e incluso en un posible efecto inverso.

Factores maternos

Los más importantes son: Los microorganismos y las enfermedades que se asocian con abortos espontáneos son la viruela, la reacción tras vacunación de la viruela, S typhi, vibriofetus, Malaria, citomegalovirus, Brucella, Toxoplasma, M Hominis, Ch trachomatis y U urealyticum. Se produce infección transplacentaria sin ninguna duda con todos estos microorganismos, y hay pérdidas esporádicas que pueden ser causados por cualquiera de ellos. Una cuestión importante es si los agentes infecciosos provocan pérdidas fetales o solamente aparecen después de la muerte fetal producida por otras causas. Es necesario el seguimiento en infecciones que comienzan en fase temprana del embarazo para determinar su papel etiológico en los abortos.

1. Defectos de la fase lútea: La implantación del cigoto en un endometrio no preparado es una posible causa de aborto espontáneo. Se piensa que la hormona que puede estar disminuida en estos casos es la progesterona, lo que conduciría a un fallo en la preparación del endometrio previamente influida por los estrógenos. Los mecanismos patogénicos que se postulan para explicar los DFL son una disminución de la hormona liberadora de gonadotropina, de la hormona estimulante del folículo, un defecto de la hormona luteinizante, una inadecuada esteroidogénesis ovárica o un defecto de los receptores endometriales.

2. Defectos de Fusión de los Conductos de Müller: Se acepta como causa de pérdida del segundo trimestre y otras complicaciones del embarazo. Otras alteraciones asociadas al defecto son el bajo peso al nacer, la presentación podálica y el sangrado uterino. Los defectos müllerianos también pueden ser causa de abortos del primer trimestre.
3. Leiomiomas: De igual forma que en las mal formaciones uterinas la coexistencia de leiomiomas uterinos y pérdidas reproductivas no implica necesariamente una relación causal. La localización de los miomas probablemente sea más importante que su tamaño, siendo los miomas submucosos los que probablemente produzcan más abortos. Los mecanismos que se postulan como causa de aborto son: adelgazamiento del endometrio sobre la superficie del leiomioma submucoso, lo que predispone a la implantación en una zona pobremente decidualizada; crecimiento acelerado del leiomioma por el ambiente hormonal del embarazo, comprometiendo el aporte sanguíneo al leiomioma y predisponiendo a la necrosis.
4. Inmunológicos Anticuerpos contra el feto: Las alteraciones del sistema inmune pueden ser responsables de pérdidas fetales, sin embargo, los procesos inmunológicos responsables del mantenimiento de la gestación tienen una naturaleza compleja. Distintos procesos inmunológicos pueden jugar un papel importante. En uno de ellos, una madre, por otro lado normal, produce anticuerpos contra el feto debido a las diferencias genéticas. Está bien documentada la pérdida fetal en mujeres Rh negativo que tienen anticuerpos anti-D. Más relacionada con pérdidas gestacionales tempranas es la presencia de anticuerpos anti- P.

Factores Externos:

Edad Materna: El riesgo de presentar un aborto se incrementa a medida que aumenta la edad materna; el riesgo de aborto para mujeres entre 12 y 19 años era del 13.3%, frente al 51% en mujeres entre 40 y 44 años. El factor que influye de manera más determinante en el incremento del riesgo es la calidad de los ovocitos, que empeora con la edad materna. 17

Obesidad materna: La obesidad es un factor que incrementa el riesgo de aborto su el índice de masa corporal se sitúa superior a 30kg/m². También está relacionada con abortos sin alteraciones cromosómicas, los cuales pueden resultar recurrentes y causados por factores dependientes del estilo de vida como la edad, obesidad y malos hábitos.

Enfermedades maternas severas: Muchas enfermedades maternas debilitantes se han implicado con la aparición de abortos espontáneos. Las enfermedades maternas sistemáticas que se conocen como causa de pérdida fetal incluyen: Enfermedades de Wilson, fenilcetonuria materna, enfermedad cardíaca cianótica, hemoglobinopatías y enfermedad inflamatoria intestinal. ¹⁸

V.II- Estado nutricional relacionado al aborto espontaneo

El estado nutricional es un aspecto sumamente importante en el mantenimiento de la salud, este cobra aún más importancia durante procesos fisiológicos que implican crecimiento y desarrollo, como lo es el embarazo, que constituye un proceso crítico en la vida, ya que la salud de la madre va a ejercer influencia sobre la de su hijo.¹⁹

Se sabe además que la carencia de ciertos micronutrientes comprometen el desarrollo fetal y amenazan la salud y la vida de madres y recién nacidos. El déficit nutricional severo, antes y durante el embarazo, puede ser causa de infertilidad y aborto espontáneo, entre otras complicaciones. ²⁰

Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.²¹

La variación de **peso** durante el embarazo ha sido objeto de especial atención. Coexisten infinidad de especulaciones al respecto y aún no se sabe con exactitud una cifra de ganancia ponderal óptima que sea válida para todas las gestantes por igual. Se demuestra una estrecha interacción entre el peso pregestacional y su aumento según progresa la gestación. ²²

Las mujeres que al momento de embarazarse tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una mejor evolución durante el embarazo y el parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso mayor a la recomendada. Las mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de tener complicaciones obstétricas como abortos, hipertensión, diabetes, varices, coledocolitiasis, embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, infecciones antes y después del parto, complicaciones trombóticas, anemia, infecciones urinarias y desórdenes en la lactancia.

Por lo anterior, es importante considerar la intervención temprana cuyo eje sea la dieta, el ejercicio y la orientación nutricional. El número de hijos en casa, si habían tenido abortos o era su primer embarazo, influía mucho en el ejercicio por semana. Así, las mamás con hijos en casa hacían más ejercicio que las primerizas y las que tenían antecedentes de aborto, ya que se cuidaban aún más, similares a las gestantes jóvenes.

Factores que predisponen a mayor ganancia de peso

Edad: Un embarazo a una edad mayor o igual a los 40 años tiene un riesgo mayor de complicaciones obstétricas, entre las que se encuentra la ganancia excesiva de peso que se puede mantener e incluso aumentar después del embarazo, resultando muy difícil a la mujer regresar a su peso ideal.

Influencia en la estatura: Se sabe que los promedios de talla y peso de los adultos difieren considerablemente de una población a otra. La talla depende en gran parte de factores genéticos y no sólo de la acción del medio, aparte de su importancia obstétrica y de la importancia general como indicador posible del estado nutricional, la estatura de la madre tiene un interés directo para el cálculo de las necesidades alimentarias durante la gestación; no obstante, se considera que los actuales conocimientos existentes sobre las variaciones de la talla materna y del aumento de peso durante el

embarazo entre una población y otra son todavía insuficientes como para considerar la estatura como factor clave para el aumento de peso. ²³

Aumento de peso recomendado para mujeres según IMC		
Categoría de peso	IMC (kg/m ²)	Aumento total de peso (Kg)
Bajo peso	12.0 – 18.4	12,5 – 18,0
Peso normal	18.5 – 24.9	11,5 – 16,0
Sobrepeso	25.0 – 29.9	7,0 – 11,5
Obesidad	30.0 o más	6,0

Algunos hábitos pueden determinar una serie de riesgos para las mujeres en edad fértil. La identificación y modificación de dichos hábitos puede beneficiar a las mujeres y su futuro embarazo.

Hábitos nutricionales

Se deben identificar en la evaluación preconcepcional malos hábitos nutricionales y sus consecuencias, sobrepeso, delgadez, anorexia, bulimia y suplementación vitamínica inadecuada. La calidad de la dieta antes y durante el embarazo tiene influencia sobre algunos resultados maternos perinatales, por eso, mantener una dieta saludable y balanceada es tan importante antes como durante el embarazo.

Entendiendo por obesidad a la mujer con Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30 Kg/m². Entre las repercusiones indeseadas de la obesidad en la mujer durante el embarazo se puede observar la aparición de hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, aumento del parto operatorio, infecciones, anemia postparto y muerte materna. Mientras que en los recién nacidos se pueden ver defectos del tubo neural, parto de pretérmino, macrosomía fetal, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal. Es recomendable ofrecer información sobre los riesgos que representa la obesidad y el sobrepeso y garantizar el acceso a programas de reducción de peso. ²⁴

Requerimientos más importantes en la gestación

Hierro. La demanda durante todo el embarazo es, requeridos para el desarrollo del feto, la placenta, el aumento del volumen sanguíneo materno y para cubrir las necesidades basales de la madre. En combinación con el sodio, el potasio y el agua, el hierro ayuda a aumentar el volumen de sangre y previene la anemia. Una ingesta diaria de 27-30 miligramos es ideal durante el embarazo.

- Fuentes de hierro: Col rizada, espinacas, lechuga, harina de maíz, cereales, carne roja, mariscos, pollo, pavo, etc.

Calcio. El requerimiento de calcio es casi 1000 miligramos durante el embarazo. El calcio ayuda a tu cuerpo a regular los fluidos y a la formación de los huesos y los brotes de diente del feto. Lo ideal es tomar de 3 a 4 porciones de productos lácteos al día.

- Fuentes de calcio: Leche, huevos, yogur, queso pasteurizado, almendras, salmón, etc.

Ácido fólico. Tiene un papel clave ya que disminuye el riesgo de defectos en el tubo neural, incluyendo la espina bífida. Los expertos recomiendan 600 microgramos diarios. Es más, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) aconseja una suplementación durante el embarazo de 400 microgramos de ácido fólico al día, al menos un mes antes de la gestación y durante los tres primeros meses del embarazo.

- Fuentes de ácido fólico: Espinaca, lechuga, naranja, fresa, limón, mango, tomate, kiwi, harina de maíz, cereales, legumbres. ²⁵

Distribución de las calorías en cada trimestre

Primer trimestre: las necesidades calóricas (1,800 calorías) siguen siendo las mismas, pero se debe empezar a incluir ingredientes saludables (leche, almendras, germen de trigo, levadura de cerveza).

Segundo trimestre: como en el segundo trimestre (a 2,500 calorías) el feto dobla su talla, al inicio del cuarto mes hay que ir aumentando progresivamente las calorías hasta llegar a las 2,500 que recomienda la OMS.

Tercer trimestre: en los últimos meses de gestación, se debe aportar a la dieta unas 2,750 calorías diarias y contener unos 100 gramos de proteínas. ²³

Tendencia de altura uterina:

El aumento insuficiente de la altura uterina (cuando se tienen datos confiables de amenorrea y se ha descartado el feto muerto y/o el oligoamnios) permite diagnosticar RCI con una sensibilidad de 56% y una especificidad de 91%. La sensibilidad de la altura uterina para el diagnóstico de la Macrosomía fetal es del 92% y la especificidad de 72%, una vez excluido el embarazo gemelar, el polihidramnios y la miomatosis uterina.

Interpretación. Valor normal: Es el comprendido entre los percentilos 10 y 90 de la curva patrón de altura uterina para la edad gestacional. Valor anormal: Es el que excede al percentilo 90 o está por debajo del percentilo 10 de la curva de referencia. Toda gestante con un valor anormal debe ser referida a valoración de alto riesgo.

Semanas	Altura uterina en cm percentiles	
	10	90
13	8	12
14	9	14
15	10	15
16	12	17
17	13	18
18	14	19
19	14	20
20	15	21
21	15	22
22	17	23
23	18	23
24	19	24
25	20	25

Semanas	Altura uterina en cm percentiles	
	10	90
27	21	27
28	22	27
29	23	28
30	24	29
31	24	30
32	25	30
33	26	31
34	26	32
35	27	33
36	28	33
37	29	34
38	30	34
39	31	35

26	20	26
----	----	----

40	31	35
----	----	----

Incremento del peso materno: El aumento excesivo de peso materno predispone a la macrosomía fetal y el escaso incremento se asocia con restricción del crecimiento intrauterino (RCI). Si algún valor es mayor al percentil 90 de su patrón respectivo, debe sospecharse exceso de ingesta, diabetes mellitus o retención hídrica. Se sospechará subnutrición materna cuando el incremento de peso, sea menor que el percentil 25, o el peso para la talla sea menor que el percentil 10 de sus respectivos patrones. Estos signos son orientadores de RCI. El incremento de peso menor al p 25 tiene una sensibilidad (capacidad de diagnosticar los verdaderos pequeños para la edad gestacional, PEG) cercana al 50%. La altura uterina aislada, cuando se encuentra por debajo del p 10 en relación a su curva de referencia tiene una sensibilidad cercana al 60%. Pero cuando se asocian altura uterina y ganancia de peso materno, la sensibilidad diagnóstica aumenta al 75%. ²⁷

V.III- Antecedentes Gineco – Obstétricos.

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente durante el embarazo, ocurre en un 10% - 15% de las gestantes, por lo que una persona que tiene antecedentes Gineco – obstétricos tienen un mayor riesgo de que el embarazo termine en aborto.

Menarquia: Primera menstruación de una mujer, es la primera ovulación del cuerpo la cual indica que el cuerpo se prepara para ser madre, ocurren cambios tanto físicos, biológicos como psicológicos. La edad normal de inicio de la menarquia oscila entre los 10 y los 14 años. No obstante, distintos factores pueden adelantar o retrasar su aparición. La edad de aparición de la menarquia tiene implicaciones importantes para la salud. Una menarquia temprana se asocia con diversos efectos negativos, tales como un aumento de la incidencia de trastornos cardiovasculares y de la mortalidad debida al cáncer, especialmente de mama, síntomas de ansiedad, depresión, relaciones sexuales prematuras y comportamiento violento. La menarquia tardía se asocia con mayor riesgo de desarrollar osteoporosis y fracturas óseas. ²⁶

IVSA: Es el hecho que constituye la primera relación sexual, el uso del propio cuerpo para relacionarse con otro individuo a través del placer, es fundamental para su propio

desarrollo emocional y para establecer relaciones con semejanzas en condiciones igualitarias.

El inicio de vida sexual activa a temprana entre 13-15 años de edad contribuye a ser un aparente factor de riesgo para que se dé un embarazo a temprana edad por ende termine en un aborto ya que sus órganos están completamente maduros. ²⁷

Dismenorrea: La dismenorrea es el dolor uterino en el momento de la menstruación. Puede aparecer con las menstruaciones o precederlas 1 a 3 días. El dolor tiende a ser más intenso 24 horas después del inicio de la menstruación y continúa por 2 a 3 días. En general es urgente, pero puede ser cólico, pulsante o sordo y constante; puede irradiarse hacia las piernas. A menudo, a medida que envejece, se experimenta menos dolor. ²⁸

Embarazos previos:

Si se pretende reducir el riesgo reproductivo, la realización de una correcta historia reproductiva puede identificar factores relacionados a malos resultados en embarazos anteriores. A veces, estos factores pueden ser corregidos o incluso eliminados lo que debería redundar en un nuevo embarazo más seguro. Al día de hoy la evidencia permite afirmar que espaciar los embarazos, cesar el hábito de fumar, el usar progesteronas en caso de partos de pretérmino previos u otros medicamentos para enfermedades específicas, así como algunos tratamientos quirúrgicos, reducen el riesgo de resultados adversos materno-neonatales.

Se ha demostrado que algunos factores como el escaso intervalo intergenésico, abortos espontáneos, partos de pretérmino, restricción de crecimiento intrauterino, muerte fetal o neonatal, parto quirúrgico, la diabetes gestacional, la hipertensión inducida por embarazo y las malformaciones uterinas integran una larga lista que puede relacionarse con la presentación de complicaciones en un nuevo embarazo.

Escaso intervalo intergenésico cada mujer tiene derecho a decidir el momento que considera oportuno para tener su próximo hijo, precisamente la “oportunidad” debe

estar definida entre otros factores por el conocimiento real del riesgo que implica una nueva gravidez con un período intergenésico corto o demasiado largo. Los estudios disponibles para establecer el intervalo intergenésico ideal luego de un hijo nacido vivo no son suficientes por el momento, de tal forma existen evidencias que sugieren que un intervalo menor a 18 meses comporta mayor riesgo de morbilidad materno-perinatal, mientras que otros autores sostienen que el riesgo hasta los 27 meses. En base a estas discrepancias un grupo de expertos convocados por la OMS estableció, en forma arbitraria, recomendar como seguro un intervalo mínimo de 24 meses. Mientras tanto en los casos de embarazos que terminaron en aborto se recomienda, como seguro, un intervalo mayor a 6 meses.

Cesáreas: Como forma de terminación del embarazo es cada vez más común en nuestra región y en el mundo. Debido a la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas los malos resultados vinculados a ella han disminuido. Pero aun así, la cesárea sigue siendo más riesgosa que un parto normal y las cesáreas iterativas representan mayor riesgo de rotura uterina e inserciones placentarias anormales, lo que puede llevar a hemorragias graves, aún en mujeres en las que se planea una cesárea electiva. En una mujer que se quiere embarazar es necesario conocer algunos aspectos de la historia de la o las cesáreas previas para orientar acerca de riesgos en futuras gestaciones.

Paridad: ha sido descrita como uno de los factores de riesgo para la mortalidad perinatal y morbi-mortalidad materna. La paridad elevada (cuatro o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto. Ya que este es un factor de riesgo no modificable se deberá advertir a las mujeres sobre este para ayudar a decidir si es conveniente o no una nueva gestación. En caso que opten por un nuevo embarazo se deberá extremar el cuidado durante el prenatal y especialmente en el parto y postparto.

Abortos: Aborto previo, ya se mencionó la importancia de aconsejar a la mujer que desea un nuevo embarazo en asegurar un período intergenésico mayor a 6 meses luego de un aborto para reducir los riesgos de enfermedad o muerte materno-neonatal.

Pero también es relevante conocer el o los antecedentes de abortos previos. La pérdida recurrente del embarazo, definida como la aparición de 3 abortos espontáneos consecutivos deberá orientar al profesional en una búsqueda activa de malformaciones uterinas, incompetencia cervical, defectos hormonales o incluso enfermedades infecciosas como la sífilis ya que esta ITS está en aumento y se caracteriza por generar una placentitis capaz de matar embriones y fetos. ²⁹

Sangrado vaginal: En el 20 a 30% de los embarazos confirmados puede aparecer un sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de gestación; casi la mitad de estos casos terminan en un aborto espontáneo. El sangrado vaginal también se ha asociado con otros resultados adversos del embarazo como el bajo peso al nacer, nacimientos pre término, muertes fetales y muertes perinatales.³⁰

El sangrado vaginal durante el embarazo no es común. Sin embargo, puede suceder por diferentes razones. Puede ser el resultado de algo serio o no. El sangrado ligero (manchado) es normal al principio del embarazo. Esto se refiere a cuando el óvulo fertilizado se implanta en el útero. Sin embargo, el sangrado continuo durante el embarazo es diferente.

Las causas más serias de sangrado vaginal durante la primera parte del embarazo pueden incluir:

- un embarazo ectópico
- un aborto involuntario
- un embarazo molar

No puede evitar un aborto involuntario una vez que haya comenzado. En general, se desconoce la causa precisa. Rara vez es algo que la madre haya hecho mal. ³¹

Preeclampsia y Eclampsia:

Preeclampsia es la hipertensión de reciente comienzo con proteinuria después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico es clínico y mediante la evaluación de la proteína en orina. La **preeclampsia** es la hipertensión de reciente comienzo (tensión

arterial > 140/90 mm Hg) más una proteinuria reciente inexplicable (> 300 mg/24 h o índice proteína/creatinina en orina $\geq 0,3$) después de las 20 semanas u otros criterios. La preeclampsia y la eclampsia aparecen después de las 20 semanas de gestación; hasta el 25% de los casos aparecen en el posparto, más a menudo dentro de los primeros 4 días, pero a veces hasta 6 semanas después del parto.

Por lo general, la preclamsia no tratada aparece lentamente durante un tiempo y luego, de manera repentina, progresa a eclampsia, la cual ocurre en 1/200 pacientes con preeclampsia.³²

La preeclampsia puede ser asintomática o causar edema o un aumento importante del peso. El edema en los sitios no declive, como el rostro o las manos (la paciente no puede quitarse los anillos de los dedos), es más específico que el edema en las regiones declive.

La actividad refleja puede estar aumentada, lo que indica irritabilidad neuromuscular, que puede progresar en convulsiones (eclampsia). Puede haber petequias y otros signos de coagulo Patía.

La **preeclampsia con características graves** puede causar daño a los órganos; estas características pueden incluir : Dolor de cabeza intensa, alteraciones visuales, confusión, dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho del abdomen (que refleja isquemia hepática o distensión capsular), Nauseas y/o vómitos, disnea (reflejo de edema pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda [SDRA] o disfunción cardíaca secundaria a aumento de la poscarga), accidente cerebrovascular (raramente), oliguria (que refleja disminución del volumen plasmático o necrosis tubular aguda isquémica).

La diabetes gestacional Es diabetes que comienza durante el embarazo puede aparecer en pacientes con sobrepeso, hiperinsulinémicas, con resistencia a la insulina o en mujeres delgadas relativamente deficientes de insulina. La diabetes gestacional aparece en al menos el 5% de todos los embarazos, pero la tasa puede ser mucho más alta en ciertos grupos. Las mujeres con diabetes gestacional tienen mayor riesgo de diabetes tipo 2 en el futuro, durante el embarazo aumenta la morbimortalidad materna y fetal.³³

Placenta previa: Es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno. Típicamente ocurre un sangrado vaginal indoloro con sangre rija y brillante después de las 20 semanas de gestación. Si el sangrado es intenso o el estado fetal es preocupante, está indicada la extracción quirúrgica inmediata del feto en general por cesárea.³⁴

Dolor pelviano al principio del embarazo

El dolor pelviano es común al principio del embarazo y puede acompañar a trastornos leves y graves. Algunos que causan dolor pelviano también provocan sangrado vaginal. En algunos de estos trastornos (p. ej., rotura de embarazo ectópico, rotura hemorrágica de un quiste del cuerpo lúteo), el sangrado puede ser grave, y a veces produce un shock hemorrágico.

Las causas de dolor pelviano durante el embarazo pueden ser obstétricas, ginecológicas no obstétricas, no ginecológicas, a veces, no se identifica ningún trastorno en particular. ³⁵

Micro traumas: puede ser difícil llegar a saber exactamente porque se produjo un aborto espontaneo, pero casi nunca es causado por algo que hizo la persona embarazada. Las actividades normales como tener sexo, hacer ejercicio, trabajar no provocan un aborto espontaneo. Las lesiones menores como las ocasionadas por caídas, generalmente tampoco son la causa de un aborto espontaneo.³⁵

Cirugía: La cirugía que afecta el abdomen y a nivel pélvico aumenta el riesgo de un parto prematuro y puede causar aborto espontaneo. ³⁶

VI. Diseño Metodológico.

Tipo de estudio. Analítico de casos – controles.

Analítico: se describió el aborto espontaneo en una población y se analizó la relación entre aborto espontaneo y las variables estados nutricionales y antecedentes Gineco – obstetricos.

Casos: Pacientes que hayan presentado aborto en las primeras 20 semanas de gestación.

Controles: Pacientes con menos de 20 semanas de gestación

Área de estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en los centros de salud Mantica Berio y Perla Maria Norori del departamento de León. El C/S Enrique Mantica Berio, se encuentra ubicado en la parte noreste de la ciudad de león, cabecera departamental a 90 km de la ciudad de Managua, a orillas de la carretera vieja a león, de la salida norte de la ciudad, este establecimiento forma parte de la red de salud MINSA de Nicaragua, cuenta con un personal de 52 trabajadores, brinda los servicios de consulta, ginecología, pediatría, laboratorio, inmunización y los demás servicios estipulados por el MINSA, con una población de 77894 habitantes de los cuales 31157 pertenecen al área rural y 46736 pertenecen al área urbana, el centro de salud se encuentre dividido en tres sectores los cuales son: sector 31, sector 32 y sector 33. Limitando al norte con reparto Andrés Zapata, al sur con el reparto Aracely Pérez, al este reparto todo será mejor y al oeste con Fátima.

El centro de salud Perla María Norori es uno de los centros de salud de la ciudad de león ubicada en el reparto Emir Cabeza, el centro de salud cuenta con un personal de 42 trabajadores, el centro de salud brinda atención integral a distintos barrios que se

encuentran en su territorio, brinda los servicios de consulta, ginecología, pediatría, laboratorio, inmunización y los demás servicios estipulados por el MINSA. Sus límites al norte con el reparto Juan Ramón Sampson, al sur con el instituto Benito Mauricio Lacayo, al este reparto Emir Cabeza, al oeste con el reparto Carlos Fonseca

Unidad de análisis.

Un total de 120 pacientes que tenían menos de 20 semanas de gestación de los centros de salud Mantica Berrio y Perla María Norori – León, III trimestre 2019

Población en estudio:

Estuvo conformado por 60 pacientes que presentaron abortos durante sus primeras 20 semanas de gestación asistente a los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori - León. Se estudiaron 60 casos y 60 controles (1 casos por 1 controles)

Fuentes de información:

Embarazadas con menos de 20 semanas de gestación que fueron ingresadas a la base de datos del programa de CPN de los centros de salud Mantica Berrio y Pera María Norori – León.

Fuente primaria:

Pacientes que presentaron aborto en las primeras 20 se manas de gestación (casos), embarazadas con menos de 20 semanas de gestación que fueron ingresadas a la base de datos del programa de CPN de los centros de salud Mantica Berrio y Pera María Norori – León (controles).

Fuente secundaria: base de datos, expedientes clínicos, hoja de consultas

Definición de caso:

Pacientes que hayan presentado aborto en las primeras 20 semanas de gestación en los C/S Mantica Berrio y Pera María Norori – León.

Definición de control:

Pacientes con menos de 20 semanas de gestación ingresadas al programa de CPN de los C/S Mantica Berrio y Pera María Norori – León.

Grupos de comparación.

Criterios de inclusión (Casos)

- ✓ Que tengan antecedentes de aborto espontáneo
- ✓ Que cumpla con la definición de casos
- ✓ Que este ingresada al C/S Mantica Berrio y Perla Maria Norori
- ✓ Pacientes en edad reproductiva.
- ✓ Que acepten participar en el estudio.
- ✓ Que tengan antecedentes Gineco – obstétricos.
- ✓ Que acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de inclusión (Controles)

- ✓ Que esté embarazada con menos de 20 semanas de gestación.
- ✓ Que este ingresada a los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori
- ✓ Pacientes en edad reproductiva.
- ✓ Que acepten participar en el estudio
- ✓ Que acepte firmar el consentimiento informado

- **Variables del estudio.**

Variable dependiente:

Aborto espontaneo

Variables independientes:

- 1- Estado nutricional
- 2- Antecedentes Gineco – obstetricos

Método de recolección de la información:

Se estableció contacto con el director del SILAIS de León y con las directoras de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, para obtener los permisos necesarios, las pacientes se seleccionaron de la base de datos del programa de CPN que tuvieron aborto en sus primeras 20 semanas de gestación las cuales tomamos como nuestros casos y las que no abortaron fueron nuestros controles y así se aplicó el instrumento que consistió en un cuestionario con preguntas cerradas.

Con previa ubicación al domicilio donde se ubican las investigadas se explicó de forma verbal la descripción de los objetivos con previo consentimiento informado y su autonomía para continuar o retirarse cuando considere pertinente, así como la confidencialidad de la información recolectada.

El llenado del instrumento se llevó a cabo en el municipio de León del departamento de León donde se visitó casa a casa ,se entregó el cuestionario brindándoles el debido tiempo para su realización y dudas sobre el cuestionario, se realizó control de calidad por parte de los investigadores para evitar que queden preguntas sin responder.

Técnica e instrumentos de recolección de datos:

Consto con tres aspectos, datos sociodemográficos, factores nutricionales y Antecedentes Gineco- obstetricos, la recolección de la información se llevó a cabo por medio de cuestionario con preguntas cerradas previamente elaboradas con respuestas dicotómicas y múltiples donde se reflejara la información brindada por la paciente ingresada a la base de datos de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori

Prueba de campo de los instrumentos.

Se realizó la prueba piloto a 12 pacientes equivalentes al 10% de la población en estudio de los cuales 6 fue a pacientes de casos y 6 a pacientes de controles, con las mismas características de los pacientes en estudio, del centro de salud Antenor Sandino Hernández, con el propósito de evitar sesgos y así validar el instrumento.

Procesamiento y análisis de la información:

La información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 21. El análisis de la información se llevó a cabo a través de estadística analítica y usando tablas de contingencia 2x2 para la organización de los datos. Se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado (χ^2), cuando χ^2 es menor de 0.05 hay relación entre variables, cuando χ^2 es mayor de 0.05 las variables son independientes una de la otra, se utilizó la prueba Odds Ratio, razón de momios o OR para calcular el riesgo que toma una variable, un OR menor de 1 indica un factor protector, mientras que un OR mayor de uno indica un factor de riesgo si el OR es igual a 1 es un factor no asociado.

El análisis se realizó con un intervalo de confianza del 95% por lo cual se utilizara el límite inferior y superior para comprobar significancia estadística de las variable Ln que contengan 1 no hay significancia estadística, mientras que un Ln que no contenga 1 si hay significancia estadística. La información se presentó atreves de tablas.

- **Aspectos Éticos.**

Consentimiento informado

Antes de proceder a la aplicación de la entrevista, se necesitara explicar el motivo de nuestra entrevista, que irá acompañado de confidencialidad y anonimato en esta investigación. Se le consultara si está de acuerdo en ser partícipe de este trabajo investigativo y una vez que dé el consentimiento se procederá a la realización de la entrevista.

Autonomía:

Las entrevistadas, están en la libertad de expresar sus decisiones de acuerdo a sus valores y convicciones personales, y tienen la libertad de retirarse de este cuando lo desee y sienta conveniente.

Anonimato:

Se explicara a las pacientes que los datos que nos brindaran serán totalmente privados por lo que no se pondrá en riesgo la identidad e integridad de las personas que participen en la investigación.

Confidencialidad:

La información obtenida será manejada únicamente por los investigadores y será utilizada únicamente para fines de estudio.

VII. Resultados

1- Datos sociodemográficos.

Este estudio se realizó con el objetivo de analizar el estado nutricional y antecedentes Gineco - obstetricos relacionado al aborto espontaneo en pacientes embarazadas de los centros de salud Mantica Berrio y Pera María Norori – León, constó con una población de 120 participantes de los cuales 60 son los casos y 60 los controles encontrando los siguientes resultados:

Al medir los datos sociodemográficos de las participantes se encontró una edad mínima de 13 años y máxima de 38 años, la moda de la edad fue de 20 años, corresponde a la media de 22.8, se encontró que el 61.7% de la población es de procedencia urbana, el 70.8% son casadas, de escolaridad secundaria con un 59.2% aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Berrio y Perla Maria Norori, III trimestre 2019. (**Ver tabla nº 1**)

Tabla nº 1 Datos sociodemográficos de aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Variable	Li	Ls	Media	Moda	Mediana
Edad	13	38	22.8	20	21
Procedencia	Indicador			F	R
	Urbano			74	61.7
	Rural			46	38.3
Estado civil	Soltera			35	29.2
	Casada			85	70.8
Escolaridad	Primaria			17	14.2
	Secundaria			71	59.2
	Universitaria			32	26.7
Total				120	100

Fuente: cuestionario

Estado nutricional.

2-

Las semanas de

gestación de las embarazos que predomina se encuentra con 20 semanas de gestación, seguido por las embarazadas con 19 semanas con un 25% **(Ver tabla nº2)**

Tabla nº 2 Semanas de gestación de embarazadas en los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

SG	Frecuencia	Porcentaje
15	21	17.5
16	14	11.7
17	12	10
18	2	1.7
19	30	25
20	41	34.2
Total	120	100

Fuente: cuestionario.

En el consumo de alimentos que contienen calcio se encontró que el alimento que más consumen con calcio es el huevo, seguido por la carne con un 25% **(Ver tabla nº3)**

Tabla nº 3 Consumo de alimentos que contienen calcio en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Alimentos que contienen calcio	Frecuencia	Porcentaje
Leche	21	17.5
Pescado	14	11.7
Arroz	12	10
Legumbre	2	1.7
Carne	30	25
Huevos	41	34.2
Total	120	100

Fuente: cuestionario

Con respecto a la frecuencia del consumo de alimentos con calcio se encontró que el 39.2% de las mujeres lo consumen frecuentemente, seguido por muy frecuente con el 34.2%. **(Ver tabla nº4)**

Tabla nº 4 Frecuencia en el consumo de los alimentos que contienen calcio en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Frecuencia con que consume los alimentos a la semana	Frecuencia	Porcentaje	Fuente: cuestionario Con respecto al consumo
Muy frecuente	41	34.2	
Frecuente	47	39.2	
Indeciso	11	9.2	
Poco frecuente	21	17.5	
Total	120	100	

o de alimentos que contienen hierro se encontró que el 33.3% de las mujeres consumen frijoles, seguida de verduras con un 25%. **(Ver tabla nº 5)**

Tabla nº 5 Consumo de alimentos que contienen hierro en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Alimentos que con tienen hierro que consume más durante la semana	Frecuencia	Porcentaje
Frutas	27	22.5
Verduras	30	25.0
Mariscos	19	15.8
Espinaca	2	1.7
Frijoles	40	33.3
Cereales integrales	2	1.7
Total	120	100

Fuente : cuestionario
La frecuencia con

que las mujeres consumen alimentos con hierro se encontró que 47% lo consumen con frecuencia, seguida con un 32% que lo consumen muy frecuente. **(Ver tabla nº6)**

Tabla nº6 La frecuencia en el consumo de alimentos que contienen hierro en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori III trimestre 2019

Frecuencia de consumo de alimentos con hierro	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	39	32.5
Frecuente	57	47.5
Indeciso	14	11.7
Poco frecuente	9	7.5
Nunca	1	8
Total	120	100

Fuente: cuestionario

En cuanto al consumo de alimento que contienen ácido fólico se encontró que el 35% de las mujeres consumen jugos, seguida por frutas con un 24.2%. **(Ver tabla nº 7)**

Tabla nº 7 Relación entre el consumo de alimentos que contienen ácido fólico en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Alimentos que contienen ácido fólico	Frecuencia	Porcentaje
Brócoli	8	6.7
Jugos	16	13.3
Frutas	29	24.2
Espinaca	10	8.3
Lechuga	15	12.5
Cereales	42	35.0
Total	120	100

Fuente: cuestionario

La frecuencia con que consumen alimentos con ácido fólico se encontró que 45% de las mujeres lo consumen frecuentemente, seguido con el 24% que lo consumen con poca frecuencia. **(Ver tabla nº 8)**

Tabla nº 8 Frecuencia en el consumo de alimento que contienen ácido fólico en embarazadas de los C/S Mántica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Frecuencia de consumo de alimentos con ácido fólico	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	17	14.2
Frecuente	54	45.0
Indeciso	19	15.8
Poco frecuente	29	24.2
Nunca	1	8
Total	120	100

Fuente: cuestionario

Con respecto a la cantidad de sangrado durante el embarazo se encontró que el 64% de las mujeres no tuvieron sangrado, seguido de poco abundante con un 12%. **(Ver tabla nº9)**

Tabla nº9 Cantidad del sangrado durante el embarazo en embarazadas de los C/S Mántica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

¿Cuál ha sido la cantidad del sangrado?	Frecuencia	Porcentaje
muy abundante	4	3.3
Abundante	14	11.7
regularmente abundante	10	8.3
poco abundante	15	12.5
Nada	77	64.2
Total	120	100

Fuente: cuestionario

Con respecto a los accidentes durante el embarazo se encontró que el 69.2% de las mujeres no han tenido accidente, seguido del 23.3% con accidentes laborales. **(Ver tabla nº 10)**

Tabla nº 10 accidentes en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Accidente en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Accidentes de tránsitos	5	4.2
Golpes a nivel pélvico	3	2.5
Síndrome de fajón	1	8
Accidentes laborales	28	23.3
Ninguno de los anteriores	83	69.2
Total	120	100

Fuente: cuestionario

De acuerdo a las caídas en el embarazo se encontró que 31.7% de las mujeres han sufrido caídas por resbalones, seguidas con el 30.8% con ninguna de las anteriores. **(Ver tabla nº11)**

Tabla nº 11 Caídas durante en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Caídas	Frecuencia	Porcentaje
Caídas de bicicletas	19	15.8
Resbalones	38	31.7
Tropezones	18	15.0
Caídas de motocicletas	8	6.7
Ninguno de los anteriores	37	30.8
Total	120	100

Fuente: cuestionario

Al medir la relación entre Índice de Masa Corporal con aborto espontaneo se encontró que 10 de las mujeres que presentaron aborto su índice de masa corporal es de riesgo, su X^2 es de 0.487, su OR es de 0.723, con límite inferior de 0.289 y superior de 1.806.

(Ver tabla nº 12)

Tabla nº 12 Relación entre el índice de masa corporal y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

IMC	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Riesgo	10	13	23
Normal (18.5-24.9)	50	47	97
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 :0.487 OR: 0.723 Lni: 0.289 Lns: 1.806

Al medir la relación entre la tendencia de altura uterina con el aborto espontaneo se encontró que 11 de las pacientes tienen una tendencia uterina anormal encontrándose menor del percentil 10 o mayor al percentil 90, con un X^2 de 0.375, OR es de 0.673, su límite inferior es de 0.280, y superior es de 1.619. **(Ver tabla nº 13)**

Tabla nº 13 Relación entre la tendencia de altura uterina y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Tendencia de altura Uterina	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Anormales	11	15	26
Normales	49	45	94
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.375 OR: 0.673 Lni: 0.280 Lns: 1.619

Al medir la relación entre el incremento del peso materno con el aborto espontaneo se encontró que 56 de las mujeres tuvieron un incremento de peso materno inadecuado, encontrándose un X^2 de 0.509, su OR es de 1.556, su límite inferior es de 0.416 y el superior es de 5.819. **(Ver tabla nº 14)**

Tabla nº 14 Relación entre el incremento del peso materno y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Incremento del peso materno	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Aumento	56	54	110

inadecuado			
Aumento adecuado	4	6	10
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.509 OR: 1.556 Lni: 0.416 Lns: 5.819

Al medir la relación entre la edad en que le bajo la regla por primera vez con el aborto espontáneo se encontró que 60 de las pacientes tuvieron su menarquia entre las edades de 10 – 14 años, encontrándose un X^2 de 0.042, su OR de 2.071, sus límites inferiores de 1.716, y superiores de 2.501. **(Ver tabla nº 15)**

Tabla nº 15 Relación entre la primera vez de su menstruación y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Menarquia	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	no	
Riesgo	0	4	4
Normal (10-14)	60	56	116
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.042 OR: 2.071 Lni: 1.716 Lns: 2.501

Al medir la relación entre el inicio de vida sexual activa con el aborto espontaneo se encontró que 40 de la mujeres que sufrieron aborto empezaron a tener relaciones sexuales antes de los 15 años de edad encontrando un X^2 : 0.095, un OR de 1.871, sus límites inferiores de 0.895 y superiores de 3.913. **(Ver tabla nº 16)**

Tabla nº 16 Relación entre el inicio de vida sexual activa y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

IVSA	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Riesgo (13-15)	40	31	71
Sin riesgo	20	29	49
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 :0.095 OR: 1.871 Lni: 0.895 Lns: 3.913

Al medir la relación entre el dolor al momento que les baja la regla con el aborto espontaneo se encontró que 47 de las mujeres de las que sufrieron aborto si les da dolor encontrándose un X^2 : 0.018, su OR es de 0.258, sus límites inferiores de 0.079, y superiores de 0.845. **(Ver tabla nº 17)**

Tabla nº 17 Relación entre el dolor durante la menstruación y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Le da dolor cuando le baja la regla	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?	Total
-------------------------------------	--	-------

	Si	No	
Si	47	56	103
No	13	4	17
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.018 OR: 0.258 Lni: 0.079 Lns: 0.845

Al medir la relación entre la intensidad del dolor con el aborto espontaneo se encontró que 19 mujeres que sufrieron aborto les da dolor intenso en una escala de 0 al 10 con un valor de 6-10, encontrando un X^2 de 0.564, su OR es de 0.800, sus límites inferiores de 0.376, y superiores de 1.705. **(Ver tabla nº 18)**

Tabla nº 18 Relación entre el incremento del peso materno y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Intensidad de dolor durante la menstruación	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Dolor intenso	19	22	41
Dolor moderado	41	38	79
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.564 OR: 0.800 Lni: 0.376 Lns: 1.705

Al medir la relación entre embarazos previos con aborto espontaneo se encontró que 41 de las mujeres que sufrieron aborto si habían tenido embarazos previos, encontrándose un X^2 de 0.000, su OR es de 5.934, sus límites inferiores de 2.695 y superiores de 13.069. **(Ver tabla nº 19)**

Tabla nº 19 Relación entre embarazos previos y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Ha tenido embarazos previos	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	no	
Si	41	16	57
No	19	44	63
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.000 OR: 5.934 Lni: 2.695 Lns: 13.069

Al medir la relación entre parto con aborto espontaneo se encontró que 27 de las mujeres que sufrieron aborto han tenido más de tres partos encontrándose un X^2 de 0.000, su OR es de 0.144, sus límites inferiores de 0.060, y superiores de 0.345. **(Ver tabla nº 20**

Tabla nº 20 Relación entre el número de partos y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Partos	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Riesgo	27	51	78
Sin riesgo	33	9	42
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.000 OR: 0.144 Lni: 0.060 Lns: 0.345

Al medir la relación entre cesáreas y aborto espontaneo se encontró que 5 de las mujeres que sufrieron aborto tuvieron más de dos cesaría, encontrándose un X^2 de 0.243 su OR es de 2.636, sus límites inferiores de 0.491 y superiores de 14.157. **(Ver tabla nº 21)** Tabla nº 21 Relación entre el número de cesáreas y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

Cesárea	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Riesgo	5	2	7
Sin riesgo	55	58	113
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.243 OR: 2.636 Lni: 0.491 Lns: 14.157

Al medir la relación entre sangrado durante el embarazo anterior con el aborto espontaneo se encontró que 22 personas de las que han sufrido aborto han tenido sangrado, su X^2 : 0.000, su OR: 4.677, su límite inferior de: 2.005, y su límite superior de: 10.910. **(ver tabla nº22).**

Tabla nº 22 Relación entre sangrado anterior y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019

sangrado durante el embarazo anterior	Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Si	29	10	39
No	31	50	81
Total	60	60	120

Fuente: Cuestionario.

X^2 : 0.000 OR: 4.677 Lni: 2.005 Lns:10.910

Al medir la relación entre la presencia de sangrado con el aborto espontaneo se encontró que 22 personas de las que sufrieron aborto han tenido sangrado, su X^2 es de 0.849, su OR es de 1.075, su límite inferior de 0.510, y superior es de 2.268. **(Ver tabla nº23)**

Tabla nº 23 Relación entre el sangrado actual y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Ha tenido sangrado durante el embarazo actual	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Si	22	21	43
No	38	39	77
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.849 OR: 1.075 Lni: 0.510 Lns: 2.268

Al medir la relación entre la semana en que les empezó el sangrado con el aborto espontaneo se encontró que 54 de mujeres tuvieron sangrado después de las 12 semanas de gestación, encontrándose un X^2 de 0.752, un OR de 1.222, y sus límites inferiores de 0.352 y superiores de 4.244. **(Ver tabla nº24).**

Tabla nº 24 Relación entre la semana que le inicio el sangrado y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Semana de inicio del sangrado	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	no	
Anormal	54	5	11
Normal	6	55	109
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.752 OR: 1.222 Lni: 0.352 Lns: 4.244

Al medir la relación entre antecedentes de preeclampsia y aborto espontaneo se encontró que 9 de las mujeres presentaron antecedentes de preeclampsia, su, X^2 : 0.408, OR:1.588, límites inferiores de 0.528 y superiores de 4.779. **(Ver tabla nº25).**

Tabla nº 25 Relación entre antecedente de preeclampsia y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Antecedente de preeclampsia	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	no	
Si	9	6	15
No	51	54	105
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 :0.408 OR: 1.588 Lni: 0.528 Lns: 4.77

Al medir la relación entre antecedentes de eclampsia diagnosticada por un médico con el aborto espontaneo se encontró que 5 de las pacientes presentaron antecedentes de eclampsia, no se encontró, X^2 :1.000, su OR: 1.000 límites inferiores 0.274 y superiores 3.650 (**Ver tabla nº26**)

Tabla nº 26 Relación entre antecedente de eclampsia y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Antecedente de eclampsia	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	no	
Si	5	5	10
No	55	55	110
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 1.000 OR: 1.000 Lni: 0.274 Lns: 3.650

Al medir la relación entre diabetes gestacional diagnosticada por un médico con el aborto espontaneo se encontró que 2 de las pacientes tienen antecedentes de diabetes gestacional, se encontró su X^2 : 0.559, suOR:2.034 , límites inferiores: 0.180 y superiores : 23.055 (**Ver tabla nº 27**)

Tabla nº 27 Relación entre diabetes gestacional diagnosticada por un médico y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Diabetes gestacional diagnosticada por medico	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	no	
Si	2	1	3
No	58	59	117
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.559

OR: 2.034

Lni: 0.180

Lns: 23.055

Al analizar la relación entre antecedentes de placenta previa diagnosticada por un médico con el aborto espontaneo se encontró que 4 de las pacientes tienen antecedentes de placenta previa, se encontró, su X^2 :0.171, OR:4.214 , límites inferiores :0.457 y superiores: 38.865 (**Ver tabla nº28**)

Tabla nº 28 Relación entre Placenta previa diagnosticada por un médico y el aborto espontaneo en embarazadas de los C/S Mantica Berrio y Perla María Norori, III trimestre 2019.

Placenta previa diagnosticada por medico	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Si	4	1	5
No	56	59	115
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.171

OR: 4.214

Lni: 0.457

Lns: 38.865

Al medir la relación entre cirugías a nivel pélvico con aborto espontaneo se encontró que 4 de la pacientes tienen antecedentes de cirugías a nivel pélvicos su X^2 : 0.697, su OR: 1.357, sus límites inferiores: 0.290 y superiores: 6.341(**ver tabla nº29**).

Tabla nº29 la relación entre cirugías a nivel pélvico y el aborto espontaneo en embarazadas del centro de salud Asturias- Chinandega, III trimestre 2019

Cirugías a nivel pélvico	¿Ha sufrido anteriormente aborto espontaneo?		Total
	Si	No	
Si	4	3	7
No	56	57	113
Total	60	60	120

Fuente: cuestionario

X^2 : 0.697

OR: 1.357

Lni: 0.290

Lns: 6.341

VIII. Análisis de Resultados

- 1- De acuerdo a la relación entre índice de masa corporal y el aborto espontaneo no se encontró asociaciones variable en el fenómeno y aunque su OR fue un factor protector de 0.723 no se encontró significancia estadística por lo tal no se comprobó lo propuesto por infosalus quien asegura que la obesidad es un factor que incrementa el riesgo de aborto si el índice de masa corporal se sitúa superior a 30kg/m². También está relacionada con abortos sin alteraciones cromosómicas, los cuales pueden resultar recurrentes y causados por factores dependientes del estilo de vida.
- 2- Al analizar la relación entre la tendencia de altura uterina con el aborto espontaneo no se encontró asociación de las variables en el fenómeno además se determinó una reducción de riesgo de hasta 0.673 veces la probabilidad de sufrir un aborto, no se demostró significancia estadística por lo tanto no se comprueba lo propuesto por Vargas-Vega, Ana Lia que indican en su teoría que Valor anormal: Es el que excede al percentil 90 o está por debajo del percentil 10 de la curva de referencia. Toda gestante con un valor anormal debe ser referida a valoración de alto riesgo.
- 3- De acuerdo a la relación entre el incremento del peso materno con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variables, y aunque su OR fue de 1.556, además no se demostró significancia estadística por los tanto no se comprueba los propuesto por scielo.org, quien indica que las mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de tener complicaciones obstétricas como abortos.
- 4- Al medir la relación entre la edad en que le bajo la regla por primera vez con el aborto espontaneo se encontró asociación de variables entre los fenómenos, además se determinó un aumento de riesgo de hasta 2.071 veces la probabilidad de enfermar se demostró lo propuesto por la academia edu quien indica que la

menarquia es la primera menstruación de una mujer, es la primera ovulación del cuerpo la cual indica que el cuerpo se prepara para ser madre, ocurren cambios tanto físicos, biológicos como psicológicos, mas sin embargo sus órganos reproductores no están completamente maduros y desarrollados como para albergar en él un ovulo fecundado y poder permitir que se desarrolle hasta su última fase en la cual podrá salir de su cuerpo por lo que probablemente el embarazo acabara en un aborto espontaneo.

- 5- Al analizar la relación entre el inicio de vida sexual activa con el aborto espontaneo se encontró asociación de variable en el fenómeno, y a pesar que se comportó como un factor de riesgo no existió significancia estadística en el análisis por lo cual no se comprobó lo propuesto por Vargas-Vega quien indica que el inicio de vida sexual activa a temprana edad contribuye a ser un aparente factor de riesgo para que se dé un embarazo a temprana edad por ende termine en un aborto ya que sus órganos no están completamente maduros.
- 6- En relación entre el dolor al momento que les baja la regla con el aborto espontaneo se encontró asociación de variables entre estos fenómenos, además se determinó una reducción de riesgo de hasta 0.258 veces la probabilidad de sufrir aborto, este dato no comprueba lo antes propuesto por merckmanuals dismenorrea que indica que La dismenorrea es el dolor uterino en el momento de la menstruación. Puede aparecer con las menstruaciones o precederla 1 a 3 días. El dolor tiende a ser más intenso después del inicio de la menstruación y continúa por 2 a 3 días. En general es urgente, pero puede ser cólico, pulsante o sordo y constante; puede irradiarse hacia las piernas por lo cual puede ser un factor predisponente para que se dé un aborto temprano.
- 7- Al analizar la relacionante la intensidad del dolor al momento que le baja la regla con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variable entre estos fenómenos, se determinó una reducción de riesgo de hasta 0.800 veces la probabilidad de sufrir un aborto, sin embargo no existió significancia estadística por cual no se comprobó lo propuesto por msdmanuals obstetricia las causas de dolor pueden ser obstétricas, ginecológicas no obstétricas, no ginecológicas, a veces, no se

identifica ningún trastorno en particular en alguno de estos trastornos el sangrado puede ser grave, y a veces produce un shock hemorrágico.

- 8- Con respecto a la relación entre embarazos previos con abortos espontaneo se encontró asociación de la variable, su OR aumento hasta 5.934 veces la probabilidad de sufrir aborto, existió significancia estadística en el análisis por lo cual se comprobó lo propuesto por Ricardo Fescina quien habla en su teoría que escaso intervalo intergenésico Cada mujer tiene derecho a decidir el momento que considera oportuno para tener su próximo hijo, precisamente la “oportunidad” debe estar definida entre otros factores por el conocimiento real del riesgo que implica una nueva gravidez con un período intergenésico corto o demasiado largo. Los estudios disponibles para establecer el intervalo intergenésico ideal luego de un hijo nacido vivo no son suficientes por el momento, de tal forma existen evidencias que sugieren que un intervalo menor a 18 meses comporta mayor riesgo de morbimortalidad materno-perinatal.

- 9- Al analizar la relación entre partos naturales con aborto espontaneo se encontró asociación de las variables del fenómeno, disminuyendo hasta 0.144 veces el riesgo de sufrir un aborto, esta relación causal ocurre debido a lo descrito por Bremen de Mucio quien se refiere en su estudio que ha sido descrita como uno de los factores de riesgo para la mortalidad perinatal y morbi-mortalidad materna. La paridad elevada (cuatro o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto

- 10-Al analizar la relación entre cesáreas con aborto espontaneo no se encontró asociación de variables entre estos fenómenos, a pesar que se comportó como un factor de riesgo no hubo significancia estadística en el análisis por lo tanto no se comprueba lo propuesto por Gerardo Martínez, que habla que debido a la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas los malos resultados vinculados a ella han disminuido. Pero aun así, la cesárea sigue siendo más riesgosa que un parto normal y las cesáreas iterativas representan mayor riesgo de rotura uterina e inserciones placentarias anormales, lo que puede llevar a hemorragias graves.

- 11-Al medir la relación entre el sangrado durante el embarazo anterior con el aborto espontaneo se encontró una asociación perfecta de variables entre los fenómenos, se comportó como un factor de riesgo aumentando hasta 4.677 veces la probabilidad de aborto, se demostró significancia estadística por lo que se comprueba lo propuesto por Suzanne Serruya quien indica que el sangrado vaginal durante el embarazo no es común. Sin embargo, puede suceder por diferentes razones. Puede ser el resultado de algo serio o no, casi la mitad de estos casos terminan en un aborto espontaneo.
- 12-Al medir la relación entre la presencia de sangrado durante el embarazo con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variables, a pesar que se comportó como un factor de riesgo no existió significancia estadística en el análisis por lo tal no concuerda lo propuesto en el manual profesional de ginecología que indica que en el 20 a 30% de los embarazos confirmados puede aparecer un sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de gestación; casi la mitad de estos casos terminan en un aborto espontáneo.
- 13-Al analizar la relación entre las semanas en que le empezó el sangrado con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variables, y a pesar que se comportó como un factor de riesgo no se demostró significancia estadística en el análisis por lo que no se comprobó lo propuesto por el manual profesional de ginecología que indica que en el 20 a 30% de los embarazos confirmados puede aparecer un sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de gestación; casi la mitad de estos casos terminan en un aborto espontáneo.
- 14-De acuerdo a la relación entre antecedentes de preeclampsia con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variable entre los fenómenos, pues se comportó como un factor de riesgo pero no se demostró significancia estadística por lo que no se comprueba la teoría propuesta por msdmanuals obstetricia que indica que la preeclampsia; aparece a > 20 semanas de gestación en mujeres que se sabe no tenían hipertensión antes del embarazo y resuelve 12 semanas (en general, 6 semanas) después del parto, la cual esta complicación sufrida con anterioridad en un embarazo puede ser la causa de un aborto en las primeras semanas.

- 15-Al analizar la relación entre antecedentes de eclampsia con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variable entre los fenómenos, pues se comportó como un factor no asociado, y no se demostró significancia estadística por lo que no se comprueba la teoría propuesta por msdmanuals obstetricia que indica que la eclampsia es una forma más grave de preeclampsia, marcada por convulsiones y coma en la madre si no se trata, la enfermedad puede ser mortal para la madre y/o el feto y causar problemas de salud a largo plazo.
- 16-Al analizar la relación entre diabetes gestacional con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variable entre los fenómenos, pues se comportó como un factor de riesgo, no se demostró significancia estadística por lo que no se comprueba la teoría propuesta por OWH. La diabetes gestacional aparece en al menos el 5% de todos los embarazos, las mujeres con diabetes gestacional tienen mayor riesgo de diabetes tipo 2 en el futuro, durante el embarazo aumenta la morbimortalidad materna y fetal.
- 17-De acuerdo a la relación entre antecedentes de placenta previa con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variable entre los fenómenos, pues se comportó como un factor de riesgo, no se demostró significancia estadística por lo que no se comprueba la teoría propuesta por el msdmanuals de obstetricia que refiere que típicamente ocurre un sangrado vaginal indoloro con sangre roja y brillante después de las 20 semanas de gestación por lo que es posible que por orden medica el embarazo llegue a su final con una cesaría. Y los otros posibles embarazos con un periodo intergenésico terminen en aborto. Si el sangrado es intenso o el estado fetal es preocupante, está indicada la extracción quirúrgica inmediata del feto en general por cesárea.
- 18- Al medir la relación entre cirugías a nivel pélvico con el aborto espontaneo no se encontró asociación de variable entre los fenómenos, a pesar que se comportó como un factor de riesgo no existió significancia estadística por lo cual no se comprueba lo antes mencionado por Lara A. Friel Manual MSD quien indica que las cirugía que afecta el abdomen y a nivel pélvico aumenta el riesgo de un parto prematuro y puede causar aborto espontaneo.

IX. Conclusiones

De acuerdo a los datos sociodemográficos de la población en estudio se contó con la participación de 60 casos y 60 controles. Con una moda de 20 en la edad, procedencia urbana, casadas, de escolaridad secundaria.

La relación causal entre el dolor cuando le baja la regla con el aborto espontaneo, 47 mujeres tuvieron dolor aumentando el riesgo hasta 0.258 veces la probabilidad de sufrir aborto dado a que el dolor en general es urgente por lo que es un factor predisponente para que se dé un aborto espontaneo.

La relación causal entre embarazos previos con abortos espontáneos aumento hasta 5.934 veces la probabilidad de sufrir aborto esto se debe a que el periodo intergenésico menor de 18 meses es u riesgo de morbimortalidad.

La relación causal entre el sangrado durante el embarazo y el aborto espontaneo aumentó hasta 4.677 veces el riesgo de sufrir aborto esto se debe a que hay evidencias de que el 20 – 30% de los embarazos que presentan sangrado casi la mitad termina e abortos espontáneos.

La hipótesis del estudio fue aceptada parcialmente ya que el estado nutricional y ciertos indicadores en la variable de antecedentes Gineco –obstétricos no se pudieron comprobar los datos.

X. Recomendaciones

A la dirección de los centros de salud:

- Proseguir con el programa de seguimiento en el estado nutricional en las embarazadas con menos de 20 semanas de gestación con riesgo de desarrollar aborto espontaneo.
- Seguimiento a pacientes con antecedentes de aborto

Personal asistencial:

- Continuar con las orientaciones específicas sobre el tipo de alimentación adecuado para evitar el riesgo de aborto espontaneo.
- Incluir consejerías con información sobre los riesgos que tiene el sangrado durante el embarazo.
- Fomentar un adecuado abordaje durante el control prenatal
- consejería a la pareja, indicando los antecedentes personales de riesgo que influyen a sufrir aborto espontaneo durante el embarazo.

A los estudiantes e investigadores:

- se recomienda utilizar esta investigación para futuros estudios que se realicen con el fin de tener datos estadísticos con los cuales se puedan comparar los resultados encontrados y continuar con los datos que no fue posible comprobar tales como tendencia de altura uterina, incremento de peso materno, intensidad del dolor, antecedentes de preeclampsia y eclampsia, diabetes gestacional y placenta previa para enriquecer el tema de estudio.

XI. Bibliografía

- 1- Concepto y clasificación(definición según la OMS pág. 8 y pág. 23
- 2- Cáceres Díaz Gloria María, Campos Laguna Levis Aharon. Impacto emocional del aborto en las adolescentes con y sin pareja sexual. León-Nicaragua.Enero 2010
- 3- Torrens Rosa María. Enfermería Obstétrica y Ginecología.pág. 98-122
- 4- file:///C:/Users/Dell/Downloads/ODS.pdf
- 5- Ramos Hernandez Arelis, A. Sánchez Cjuno, J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco- obstetricia. Lima- Perú 2012.
- 6- Olivas Sánchez Linda, Olivas Medrano Juan Carlos. Factores de riesgos de abortos en mujeres en edad reproductivas ingresadas al área de ARO II Dpto. de Ginecología –HEODRA en el periodo comprendido Mayo- Septiembre. León- Nicaragua 2011.
- 7- Pineda MR Rossell//.Revista de obstetricia 2013
- 8- Toris Tenorio Edgar Jesús, Catedrático Rosales Acevedo Manuel Alejandro. El aborto.Estado de Hidalgo.
- 9- Gross Socorro representante OPS/OMS. Libro Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua. Cap 2. Pag 7
- 10- <http://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf> pag129
- 11-<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/obstetricia-y-ginecologia>
- 12-http://www.hsjsalgar.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=104&limitstart=2
- 13- normativa 109 protocolo para la atención de las complicaciones osbtetricas 2d edición Managua Nicaragua octubre 2018 pag 23
- 14-<https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/causas-de-un-aborto-espontaneo>
- 15-Olivas Chávez Linda Scarlett y Olivas Medrano Juan Carlos. Factores de riesgo de aborto en mujeres en edad reproductiva en la sala de ARO I 1ro de Mayo- 30 de Septiembre 2011. Leon-Nicaragua

- 16-<https://www.infosalus.com/mujer/noticia-factores-asociados-riesgo-aborto-20170301115718.html>
- 17-Patiño E. La nutrición de la mujer embarazada. Fundación Bengoa [Online]. Disponible _____ pág. _____ web: http://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/nutricion-mujer-embarazada.asp.
- 18- Lola Lli Albert. Nutrición en el embarazo. ed. Golding ED, editor. Caracas: CANIA; 2014.
- 19- https://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
- 20- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100012
- 21- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007
- 22-https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=174-clap-1573&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es
- 23-<https://www.kernpharma.com/es/blog/nutricion-en-el-embarazo-lo-que-debes-saber>
- 24-https://www.academia.edu/21078669/ESPERMAQU%C3%8DA_Y_MENARQU%C3%8DA
- 25-Carpio-Deheza, Gonzal; Vargas-Vega Ana Lia. Epidemiológic sobre factores de riesgos en Adolescentes con embarazo a término. revista medico- científica “luz y vida” enero- diciembre, 2015.
- 26-<https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/dismenorrea>
- 27-Bremen de Mucio Ricardo Fescina, Martínez Gerardo, Serruya Suzanne, Salud sexual y reproductiva- guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS 2da edición OPS centro latinoamericano de perinatología salud de la mujer y reproductiva-CLAP/SMR, 2010 N 1573
- 28-<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-durante-la-primera-parte-del-embarazo?query=placenta%20previa%20abortos>

- 29-atención prenatal, femenino, Mujeres embarazadas, Obstétrica, Sangrado anormal.familydoctor.org.
- 30-<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
- 31-<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/diabetes-mellitus-durante-el-embarazo?query=diabetes%20gestacional>
- 32-<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa?query=placenta%20previa>
- 33-<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/dolor-pelviano-al-principio-del-embarazo>
- 34-Friel Lara A. Manual MSD trastornos que requieren cirugía durante el embarazo. revisión marzo 2017.

Anexos



León, 11 de Febrero de 2020

Dr. Samir Aguilar Parrales
Director
SILAIS-León

Estimado Dr. Aguilar:

Por medio de la presente solicito su apoyo para que las **Bras. Graciela Jahoska Zavala Betanco y Anielka Mercedes Vanegas Pineda**, Estudiantes del V año de la carrera Licenciatura en Ciencias de Enfermería Modalidad Regular, se les permita el acceso a la información requerida para la realización de su investigación que lleva como tema **"Estado nutricional y antecedentes ginecoobstetricos en embarazadas con menos de 20 semanas de gestación en la ciudad de león III Trimestre 2020"** este trabajo será defendido en la Escuela de Enfermería.

Esperando su comprensión y ayuda me despido cordialmente.

Atentamente;

Lic. Dulce Oviedo
Tutora de Investigacion
Escuela de Enfermería
UNAN-León

VoBo. Msc. Francisca Canales.
Directora
Escuela de Enfermería
UNAN-León



Cc. Archivo



25-02-2020
pendiente por boveda
para mañana
26-02-2020

Recibido
26/2/2020

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Valor
Datos sociodemográficos	Datos que permiten identificar las características personales de un individuo	Edad	___Años cumplidos
		Procedencia	___ Urbana
			___ Rural
		Estado civil	___ Soltera
			___ Casada
		Escolaridad	___ Primaria
			___ Secundaria
___ Universitaria			
Estado nutricional	Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y la utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos.	Peso	___ Kg
		Talla	___ Cm
		IMC	___ kg
		Alimentos con Calcio	a). Leche b). pescado c) Arroz d) legumbres e) carne f) Huevos
		Alimentos con Hierro	a) Frutas b) Verduras c) Mariscos d) Espinaca

			e) Frijoles f) Cereales integrales
		Alimentos con Ácido Fólico	a) Brócoli b) Cereales c) frutas d) Espinacas e) Lechugas f) Jugos
		Tendencia de altura uterina	Según último control prenatal. ____ Cm
		Peso al ingreso al CPN	____ Kg según expediente
		Incremento del peso materno	Según último control prenatal. ____ kg
		Menarquia	____ Años cumplidos
		Inicio de Vida Sexual Activa	____ Años cumplidos
		Dolor durante la menstruación	Puntuación del 1 al 10
Antecedentes ginecobstetricos.	Antecedentes obstétricos desfavorables: distocias en el parto, antecedente de muertes neonatales o fetales previas, prematuros,	Embarazos previos	Si__ N0__
		Cesáreas	____ Números de cesarías
		Partos	____ Números de partos
		Abortos	Si__ N0__
		Sangrado durante embarazo actual	Sí ____ No__
		Durante qué	_____

malformados, polihidramnios, eritroblastosis fetal, antecedente de bajo peso al nacer	semana de embarazo presento sangrado vaginal	
	Antecedentes de preeclampsia	Sí ___ No___
	Antecedentes de eclampsia	Sí ___ No___
	Diabetes gestacional	Sí ___ No___
	Placenta previa	Si___ No___ según registro del expedinte.
	Embarazo actual	Total de semanas de embarazo ___
	Micro traumas (Caidas)	Si___ NO___
	Cirugías previas a nivel pélvico	Si___ NO___



"Por una cultura de paz"

León, 05 de septiembre de 2019

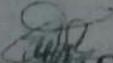
Dr. Harlan Ochoa
Director
Puesto de salud Perla Maria Norori

Estimado Dr. Ochoa:

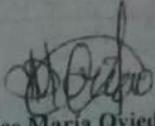
Por medio de la presente solicito su apoyo para que las **Bras. Anielka Mercedes Vanegas Pineda y Graciela Jahoska Zavala Betanco**. Estudiantes del V año de la carrera Licenciatura de Enfermería Modalidad Regular, se les permita el acceso de realizar prueba piloto datos que utilizaran en su investigación que lleva como tema "*Estado nutricional y antecedentes gineco-obtetrico ante el aborto espontaneo en embarazadas del C/S Asturra-Chinandega*" este trabajo será defendido en la Escuela de Enfermería.

Esperando su comprensión y ayuda me despido cordialmente.

Atentamente;


VoBo. Msc. Francisca Canales
Directora
Escuela de Enfermería
UNAN-León




Lic. Dulee Maria Oviedo
Tutora de Investigación
Escuela de Enfermería
UNAN-León

Cc. Lic. Jorge Luis Toruño/Responsable del puesto de salud
Archivo

Consentimiento informado

Fecha_____

Anielka Pineda, Graciela Zavala, estudiantes del quinto año de la carrera de enfermería UNAN-LEON estamos realizando un estudio cuyo objetivo es **Analizar Estado nutricional y antecedentes ginecoobstetricos ante aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori - León, III trimestre 2019.** Este estudio proporcionara información necesaria para nuestra investigación, razón por la cual se solicita su valiosa colaboración. La duración del cuestionario será de 20 minutos. Al firmar este documento se harán una serie de pregunta sobre aborto espontaneo. La información brindada será confidencial su participación es voluntaria y puede limitarse a responder o retirarse en el momento que lo considere necesario.

Doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

Firma o huella del voluntario_____

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-LEON

Carrera: Enfermería



Entrevista sobre estado nutricional y antecedentes gineco-obstetricos ante aborto espontaneo.

Fecha_____

Numero de ficha_____

Estado nutricional y antecedentes ginecoobstetricos ante aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori - León, III trimestre 2019

Marque la respuesta correcta con una (X)

I.DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad: _____

Procedencia: urbano: _____rural_____

Estado civil: soltera_____ casada_____

Escolaridad: Primaria_____ Secundaria_____ Universitaria_____

II. ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN AL ABORTO ESPONTANEO

1- Peso: _____ Kg

2- Talla: _____ Cm

3- IMC: _____

4- ¿Cuál de los siguientes alimentos que contienen calcio usted incluye en sus comidas con más frecuencia?

- a). Leche
- b). pescado
- c) Arroz
- d) legumbres
- e) carne
- f) Huevos

5- ¿Con que frecuencia consume este alimento a la semana?

- a) Muy frecuente
- b) Frecuente
- c) Indeciso
- d) Poco frecuente
- e) Nunca

6- ¿Cuál de los siguientes alimentos que contiene hierro consume más durante la semana?

- g) Frutas
- h) Verduras
- i) Mariscos
- j) Espinaca
- k) Frijoles
- l) Cereales integrales

7- ¿Con que frecuencia usted consume este alimento?

- a) Muy frecuente
- b) Frecuente
- c) Indeciso
- d) Poco frecuente
- e) Nunca

8- ¿Marque al menos 3 alimentos que consume de los cuales considera que contiene ácido fólico?

- g) Brócoli
- h) Cereales
- i) frutas
- j) Espinacas
- k) Lechugas
- l) Jugos

9- ¿Con que frecuencia incluye estos alimentos en su plato a la semana?

- a) Muy frecuente
- b) Frecuente
- c) Indeciso
- d) Poco frecuente
- e) nunca

10- Tendencia de altura uterina. _____

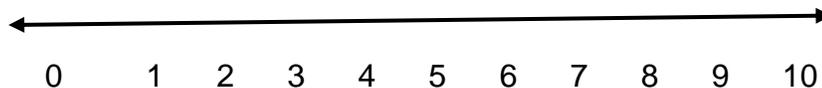
11- Peso al ingreso a CPN. _____

12- Incremento del peso materno. _____ Kg

II- ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS EN RELACION AL ABORTO ESPONTANEO.

- 1- ¿Ha sufrido aborto espontaneo? _____
- 2- ¿A qué edad le bajo la regla por primera vez? _____
- 3- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____
- 4- ¿Cuándo le baja la regla le da dolor?
 - a). Si
 - b). No

4- ¿Con que intensidad percibe el dolor según la escala?



- 5- ¿Ha tenido embarazos previos?
- a). si
 - b). no
- 6- ¿Cuantos partos ha tenido? _____
- 7- ¿Cuántas cesáreas ha tenido? _____
- 8- Está embarazada actualmente?
- a) Si
 - b) No
- 9- En caso que su respuesta sea si conteste la siguiente interrogante: según su fecha de última regla y/o ultrasonidos cuantas semanas de gestación tiene actualmente? _____
- 10-¿Durante el embarazo anterior tuvo sangrado?
- a) Si
 - b) No
- 11-¿Ha tenido sangrado durante este embarazo?
- a) Si
 - b) No
- 12-En caso que la respuesta a la pregunta anterior sea **si** responda la siguiente interrogante: ¿Qué cantidad considera usted que ha sido el sangrado?
- a) Muy abundante
 - b) Abundante
 - c) Regularmente abundante
 - d) Poco abundante
 - e) nada
- 13-¿En qué semana de embarazo empezó a presentar sangrado vaginal?_____
- 14-¿En los embarazos anteriores presento preeclampsia?
- a) Si

b) No

15- ¿Durante el embarazo anterior presento Eclampsia?

a) Si

b) No

16- ¿Tiene Diabetes gestacional diagnosticada por un médico?

a) Si

b) No

17- ¿Tiene Placenta previa diagnosticada por un médico?

a) Si

b) No

18- ¿Durante el embarazo tuvo algún accidente o lesión como los que se indican a continuación?

a) Accidentes de tránsito

b) Golpes a nivel pélvico

c) Síndrome de fajón

d) Accidentes laborales

e) Ninguno de los anteriores

19- ¿durante el embarazo sufrió algún tipo de caídas?

a) Caídas de bicicletas

b) Resbalones

c) Tropezones

d) Caídas de motocicletas

e) Ninguna de las anteriores

20- ¿Ha tenido cirugías a nivel pélvico?

a) Si

b) No

Aspectos de la prueba piloto

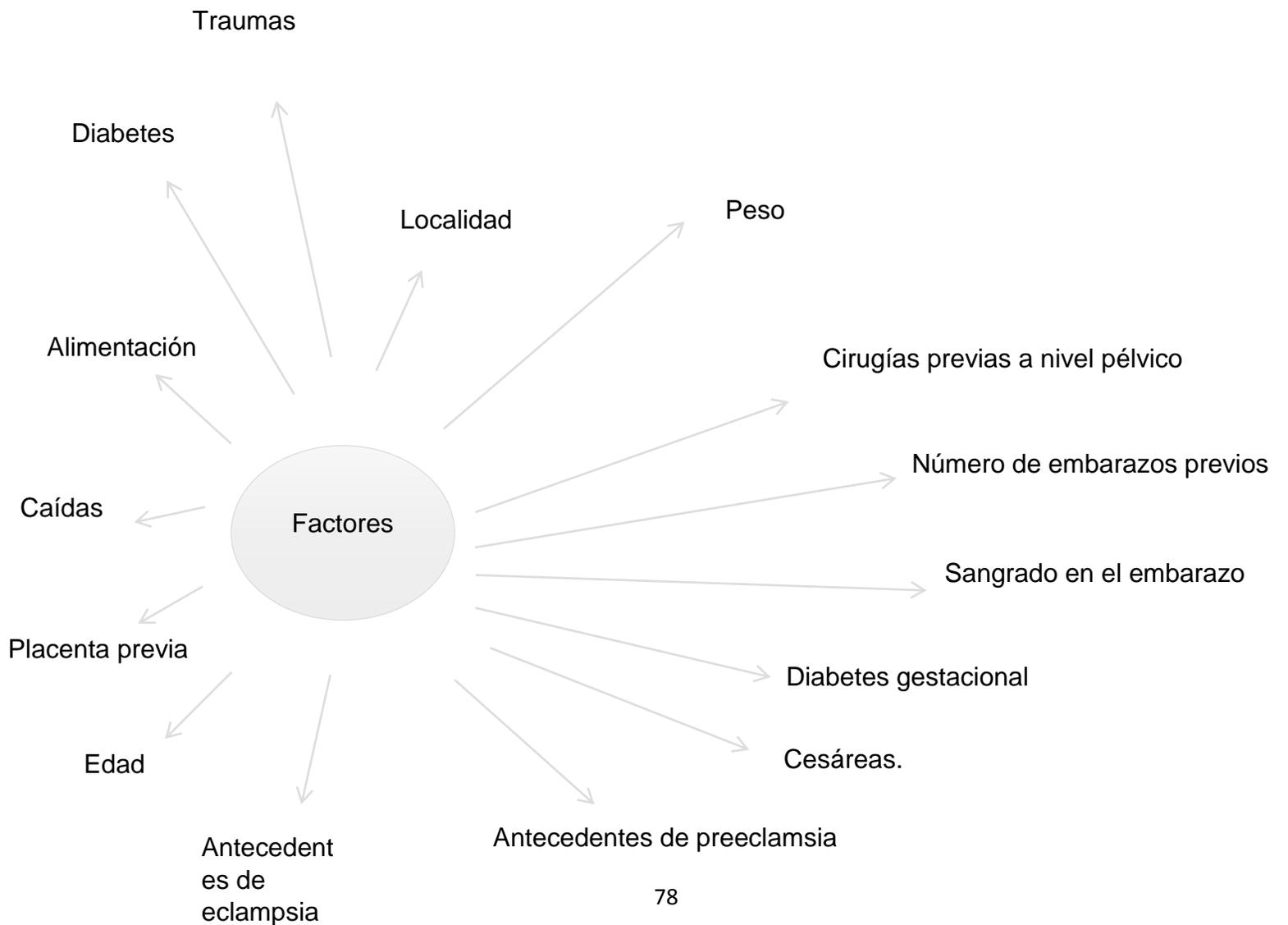
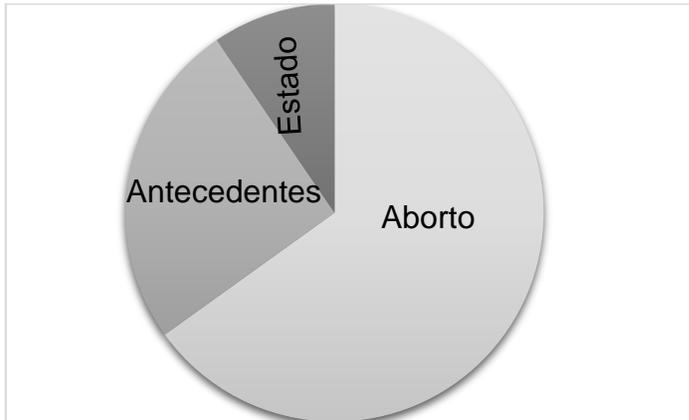
Aspectos	Que valora
Área de estudio.	<p>Se realizó en el centro de salud Antenor Sandino Hernández ubicado en el municipio de León, ubicado en un área rural accesible solo para los repartos aledaños a él se considera un puesto pequeño en comparación con la demanda de la población.</p> <p>Actualmente dirigido por el Dr. Jorge Luis Toruno, fundado hace más de 12 años con el fin de brindar atención gratuita la población, cuenta con un personal de 7 trabajadores.</p> <p>Atiende una población de 8664 persona, limitando al Norte con el colegio Cristo Salvador, al Sur con el Rpto Santa María, al Oeste con el Rpto AHP, y al Este Rpto Lino Arguello.</p>
Autorización	<p>Se realizó una carta dirigida al responsable del puesto de salud ASH. Solicitando el permiso a la información de ciertos pacientes que cumplen con las mismas características a la población en estudio en nuestra investigación la cual lleva por título Estado nutricional y antecedentes</p>

	<p>ginecoobstetricos ante aborto espontaneo en embarazadas de los centros de salud Mantica Berio y Perla María Norori - León, III trimestre 2019. Posteriormente la carta estaba firmada por la Lic. Dulce María Oviedo quien es nuestra tutora de investigación y la Lic. Francisca Canales directora de la escuela de enfermería. Por lo tanto no se desarrolló ningún problema.</p>
<p>Tiempo</p>	<p>Se trasladó al lugar en 15 minutos y El cuestionario se realizó en el lapso de 10-15 minutos para cada participante, las cuales firmaron una hoja con el consentimiento informado, posteriormente un total de 4 acápites en los datos sociodemográficos, 12 acápites en relación al estado nutricional y 20 acápites con respecto a los antecedentes Gineco- obstetricos de la investigación.</p> <p>Se le realizo el cuestionario a 2 posibles caso los cuales tardaron 15 minutos en responder cada una lo cual se invirtió 30 minutos de nuestro tiempo en ambos casos, y se tomaron 6 participantes con las características de nuestros controles lo la cual tardaron aproximada mente 10 minutos</p>

	<p>cada una en responder el cuestionario la cual nos tomó aproximadamente 60 minutos lo que sumado el tiempo invertido en la prueba piloto tanto de casos como controles equivale a 1 hora 30 minutos únicamente tomando en cuenta el tiempo de interacción con las participantes.</p>
<p>Captación de sujeto de estudio</p>	<p>Se estableció contacto con el encargado del puesto de salud dejándonos como apoyo al Lic. Francisco Rojas para obtener la información necesaria para nuestro estudio.</p> <p>No se dio ningún problema las participantes se seleccionaron según el censo gerencial la cual 6 mujeres con antecedentes de aborto espontaneo corresponden a nuestros casos y 6 embarazadas con menos de 20 semanas de gestación son nuestros controles, se procedió a buscar los expedientes en cuanto a las información requerida en ciertos acápite del cuestionario.</p>
	<p>La prueba piloto equivale al 10% en relación al total que representa la población de la investigación, ante esta recolección la tomamos como el 100%</p>

<p>Instrumento de recolección de la información</p>	<p>donde el 70% de la población que se sometió al cuestionario encontraron dificultad para desarrollar ciertas preguntas las cuales se cambiaron posteriormente.</p>
<p>Procedimiento para la recolección de la información</p>	<p>Se aplicó la prueba piloto que consiste en un cuestionario con preguntas cerradas, con previa ubicación del domicilio se explicó de forma verbal la descripción de los objetivos con previo consentimiento informado así como su autonomía para continuar o retirarse en el momento que lo considere necesario así como la confidencialidad de la información recaudada.</p> <p>El llenado del cuestionario se llenó por medio de vistas casa a casa, se les entregó el cuestionario brindándoles el debido tiempo para su realización y el caso que surgía alguna duda se le aclaraba.</p>

Esquema de la investigación



Identificación	Determinación	Delimitación
Aborto espontaneo	Estado nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Peso ✓ Talla ✓ IMC ✓ Alimentación ✓ Tendencia de altura uterina ✓ Peso al ingreso al CPN ✓ Incremento del peso materno
	Antecedentes gineco-obstetricos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menarquia ✓ IVSA ✓ Dismenorrea ✓ Número de embarazos previos ✓ Cesáreas ✓ Partos ✓ Abortos ✓ Sangrado en este y otro embarazo ✓ Antecedentes de preeclampsia ✓ Antecedente de Eclampsia ✓ Diabetes gestacional ✓ Placenta previa ✓ Embarazo actual ✓ Traumas en el embarazo ✓ Micro traumas

✓ Cirugías a nivel pélvico

Variable dependiente

Variable independiente

Indicadores

Operacionalización de variables

ACTIVIDADES	Año 2019-2020													
	14/04/2019	24/04/2019	30/04/2019	01/05/2019	02/05/2019	08/05/2019	13/05/2019	22/05/2019	16/07/2019	11/08/2019	02/09/2019	05/09/2019	06/11/2019	11/03/2020
Selección del tema	X													
Elaboración de esquema de investigación		X												
Elaboración de objetivo			X											
Elaboración de justificación				X										
Planteamiento del problema				X										
Elaboración de introduction					X									
Elaboración de antecedentes						X								
Elaboración de justificación						X	X							
Planteamiento de problema						X	X							
Revision de protocolo								X						
Entrega de marco teórico y operacionlizacion de variables									X					
Entrega de protocolo										X				
Informe de prueba piloto											X			
Revisión de análisis de resultados, discusiones, recomendaciones y conclusiones												X		
Revisión de informe final													X	
Entrega de informe final														X