

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE CHANCAY 2005

Risk Factors associated with miscarriage in Gyneco Obstetrics Service of Hospital Nacional de Chancay 2005

Sarita Esther Tipiani Guevara*

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de Chancay durante el año 2005.

Diseño: Estudio descriptivo simple y retrospectivo.

Material y métodos: Se recopilaron datos obtenidos de los archivos estadísticos y de emergencia, libros de afiliación e historias clínicas, los cuales se transcribieron en una ficha especialmente preparada para el estudio. Se tabularon y se analizaron estadísticamente los datos, los cuales se presentan en cuadros simples.

Resultado: Los resultados muestran una incidencia de aborto espontáneo en pacientes atendidos en un 15,5%. Dentro de la clasificación del aborto se presentó con mayor frecuencia el aborto fetal con un 58,04% de los casos. Los pacientes que presentaron antecedentes de flujo vaginal recurrente obtuvieron el mayor porcentaje con un 56,4%. Entre los principales factores que se asocian a aborto espontáneo tenemos en primer lugar a las infecciones seguidas de las anomalías endocrinas, anomalías placentarias, anomalías genéticas y anatómicas, las cuales presentaron el 90,73% de los casos estudiados.

Palabras claves: aborto espontáneo - factores de riesgo

Abstract

The present study aimed at determining the risk factors correlated for spontaneous abortion in patients of the obstetric department at Chancay Hospital during 2005, with a descriptive retrospective study.

Material and Methods: All the data was recompiled of the statistical archives, affiliation books and clinical history which where transcribed in a card specially prepared for the study. The date were stored and analyzed statistically which were presented in simple panel.

Results: The results show an incidence of spontaneous abortion, 15.5% in patients attended. Fetal abortion was 58.04% of the cases, among abortion classification. Patients with antecedents of recurrent vaginal flow obtained the greater percentage with a 56.4%. Factors that are associated with spontaneous abortion are infection, genetic, anatomy, placenta and endocrinic abnormality which where presented in 90.73% of the cases studied.

Key Words: spontaneous abortion – risk factors.

INTRODUCCIÓN

La obstetricia es una profesión que combina el arte y la ciencia. El profesional debe preocuparse simultáneamente por la vida de la madre y el feto, siendo evidente que la responsabilidad es grande.

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo. Ocurre en el 10 a 15% de las gestantes. (25)

Por definición el aborto espontáneo es toda pérdida involuntaria del embarazo antes de las

20 semanas de gestación, en la que no se demuestra causa o intención ajena que lo haya ocasionado. (4) (6) (7) (13)

Dentro de la incidencia se ha llegado a calcular que hasta un 65% de los embarazos humanos terminan con una pérdida subclínica, debido a que son embarazos incorrectamente formados por defectos iniciales del espermatozoide o del ovocito, divisiones celulares anómalas, postfecundación, o alteraciones de la implantación. Dichas pérdidas subclínicas pasan desapercibidas al ocurrir antes de que la mujer sepa que está embarazada. (24)

*Licenciada en Obstetricia de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la USMP.

Vemos también que este problema se extiende al mundo, donde encontramos que cada año se registran alrededor de 136.000 casos, equivalentes al 25% del total mundial, que para el año 2000 se calculó en 529.000. Irlanda posee la tasa de mortalidad materna más baja del mundo (5 x 100.000 N.V), tres veces inferior a la de su vecino Reino Unido (13 x 100.000) y a la de Estados Unidos (17 x 100.000 N.V). (23)

En Argentina, los egresos por esta causa fueron 53.822 en todo el país; en 1995 esta cifra fue similar (53.978); en el año 2004 se registraron 78.894 egresos, lo cual significa un aumento del 46% (23). La mortalidad materna en el país es de 32%, a causa de este problema ocasionado por diferentes factores ya sean genéticos, reproductivos o sociales. (23)

Como datos epidemiológicos encontramos que el riesgo de un nuevo aborto después de un aborto espontáneo es del 24%, pero asciende a un 40% después del cuarto aborto espontáneo consecutivo.

Entre los factores que se asocian al aborto espontáneo, se encuentra todo un conjunto de eventos patológicos que afectan a la madre, a la placenta y al feto. Estos efectos pueden dar lugar a un desenlace desfavorable. Entre ellos se encuentran importantes influencias, como las alteraciones físicas, enfermedades existentes antes y durante el embarazo y la predisposición genética heredada por el feto.

Vemos que en el distrito de Chancay, en los últimos años, sus estadísticas demuestran que el aborto espontáneo mantiene porcentajes estáticos, encontrando en el año 2003 un 16,5%, en el 2004 un 16,7%, y en el año estudiado un 16,4%.

Considerando que esta situación puede conllevar un deterioro de la calidad de vida de la mujer y la familia, afectando su salud mental, física y reproductiva, se obtiene como resultado el aumento de las incidencias de riesgo que contribuyen a la morbimortalidad materna.

La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo que se asocian al aborto espontáneo, para la cual se revisaron

historias clínicas de todo el año 2005, del Hospital de Chancay, donde encontramos una frecuencia de un 15,5% de pacientes que presentaron aborto espontáneo. Además se observa que un alto porcentaje de los casos presentaron antecedentes de flujo vaginal recurrente. Los factores encontrados fueron infecciones, anomalías endocrinas, anomalías genéticas y anatómicas y otras causas.

Llegamos a la conclusión de que aún nos falta mejorar nuestra calidad de atención, debiéndose mejorar los servicios prenatal y ginecología, para prevenir y dar tratamiento oportuno a estas patologías, lo que nos ayudará a garantizar una maternidad sin riesgos.

Las limitaciones que tiene la presente investigación se originan en la falta de registros estadísticos completos, ya que hubo historias clínicas que no tuvieron datos completos y se tuvieron que abandonar por no cumplir con los criterios de inclusión. Por lo demás, creemos que el presente trabajo nos da resultados no desprovistos de interés que podrán servir para investigaciones futuras.

Material y Métodos

El presente estudio es de tipo descriptivo simple y retrospectivo. Estuvo conformado por todas las pacientes que presentaron aborto espontáneo y fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco - Obstetricia, durante el año 2005, un total de 217 casos. Se utilizó el muestreo no probabilístico incidental, considerando los criterios de inclusión y de exclusión, teniendo como muestra un total de 205 casos.

Para el recojo de la información se revisaron las historias clínicas de las gestantes que presentaron aborto espontáneo, tomándose como fuente, el libro de emergencia, libro de hospitalización e historias clínicas. Los datos que se obtuvieron se transcribieron a una ficha clínica de recolección de datos pre-elaborada para cada paciente. El método de análisis a emplear fue el de comparaciones de frecuencias. Los resultados se presentaron en tablas generales y específicas, en las cuales se consignaron los porcentajes obtenidos por cada variable. Se interpretó cada cuadro de acuerdo a los resultados.

Resultados

En el presente estudio se analizaron diversos factores de riesgos vinculados al aborto espontáneo y solamente se seleccionaron los más importantes para la presente investigación.

En la tabla N° 1 vemos que en el Hospital de Chancay, durante el año 2005, se presentaron, en total, 1114 pacientes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia, de las cuales el 15,5% (205 casos) presentaron aborto espontáneo.

TABLA 1

Porcentaje de gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Chancay en el año 2005

PORCENTAJE	N°	%
Gestantes	1114	84,5
Abortos Espontáneos	205	15,5
TOTAL	1319	100

En la tabla N° 2 vemos la clasificación del aborto espontáneo. Así encontramos que el aborto fetal presenta el mayor porcentaje:

58,04% de abortos espontáneos, seguido del aborto embrionario con un 40%. Con menor porcentaje encontramos el aborto ovular: 1,95%.

TABLA N° 2

Clasificación del Aborto en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo atendidas en el Hospital de Chancay en el año 2005

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO	N°	%
▪ Aborto Ovular (0-2 semanas)	4	1,95
▪ Aborto Embrionario (3 – 8 semanas)	82	40,00
▪ Aborto Fetal (9 – 19 semanas)	119	58,04
TOTAL	205	100

La tabla N° 3 presenta el porcentaje de abortos espontáneos según antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital de Chancay en el año 2005.

Encontramos en antecedentes de abortos que el mayor porcentaje se obtuvo entre las pacientes que no tuvieron antecedente de aborto anterior con 62,92% (129 casos), seguido por las pacientes que presentaron un aborto anterior con un porcentaje de 19,02% (39 casos), seguido por las pacientes que tuvieron 3

a más abortos anteriores con un 11,21 % (23 casos). Las pacientes que tuvieron 2 abortos anteriores obtuvieron un porcentaje de 6,82% (14 casos).

Con respecto al antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, encontramos que las pacientes que sí tuvieron enfermedad inflamatoria pélvica y presentaron aborto espontáneo fueron un 14,6% (30 casos) y las pacientes que no tuvieron enfermedad

inflamatoria pélvica y presentaron aborto espontáneo fueron el 85,4% (175 casos).

Con respecto al antecedente de flujo vaginal recurrente, se observó que las pacientes que presentaron aborto espontáneo y tuvieron flujo vaginal recurrente obtuvieron un porcentaje mayor, con un 56,1% (115 casos), y las pacientes que presentaron aborto espontáneo y

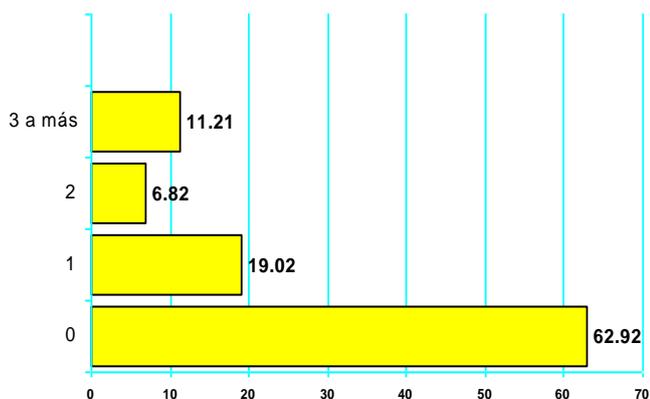
no tuvieron flujo vaginal recurrente, obtuvieron un porcentaje menor, con un 43,9% (90 casos).

Con respecto al antecedente de infección del tracto urinario se observó que las pacientes que presentaron aborto espontáneo y tuvieron infección del tracto urinario fueron un 43,5% (89 casos) y las pacientes que presentaron aborto espontáneo y no tuvieron infección del tracto urinario fueron un 56,5% (116 casos).

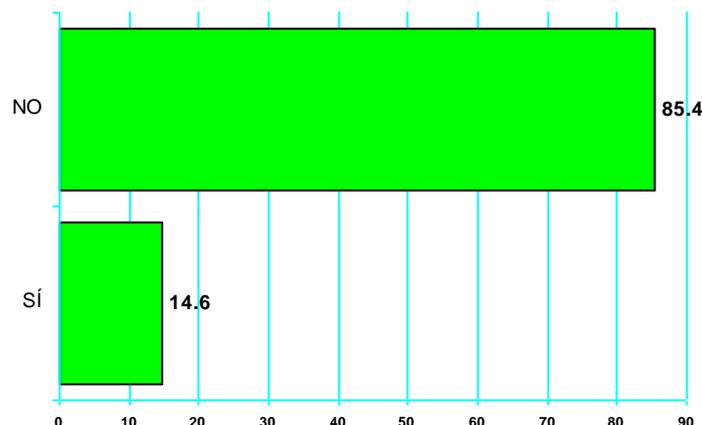
TABLA 3: Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo según antecedentes gineco - obstétricos en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay en el año 2005

ANTECEDENTES GÍNECO - OBSTÉTRICOS	CASOS Nº	%
Antecedente de Aborto		
0	129	62,92
1	39	19,02
2	14	6,82
3 A +	23	11,21
Antecedentes de Enf. Inflamatoria Pélvica		
SÍ	30	14,6
NO	175	85,4
Antecedente de Flujo vaginal recurrente		
SÍ	115	56,1
NO	90	43,9
Infecciones del tracto urinario		
SÍ	89	43,5
NO	116	56,5
TOTAL	205	100

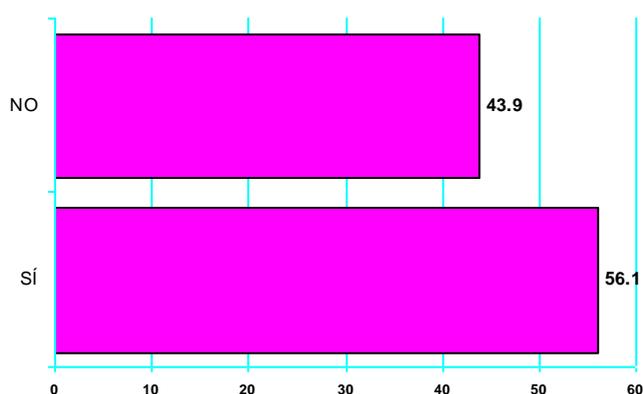
ANTECEDENTE DE ABORTO



ANTECEDENTE DE EIP



ANTECEDENTE DE FLUJO VAGINAL



ANTECEDENTE DE ITU

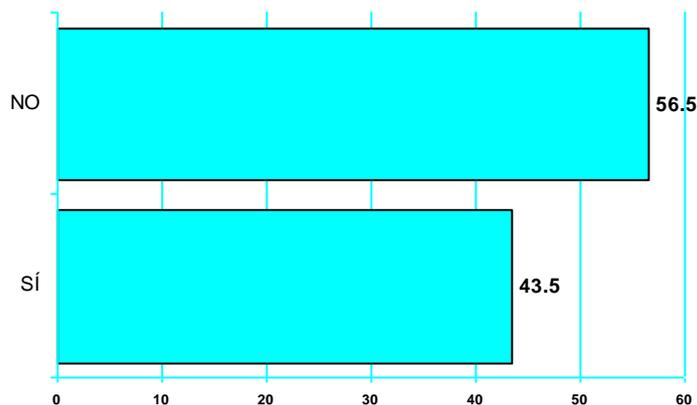


FIGURA 3

Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo según antecedentes Gineco-Obstétricos en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay en el año 2005

La tabla N° 4 describe los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay en el año 2005. Encontramos que las infecciones tienen un mayor porcentaje con un 39,02% (80 casos), seguida de las anomalías endocrinas con un porcentaje de 21,46% (44 casos), y las

anomalías placentarias con un 13,4% (28 casos). Otras causas tuvieron un porcentaje de 9,26% (19 casos), anomalías genéticas y anatómicas un 7,3% (15 casos), causas desconocidas obtuvieron el 9,26% (19 casos); en las anomalías inmunológicas y traumatismos no se reportó ningún caso.

TABLA 4

Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay en el año 2005

PATOLOGÍAS	Nº	%
Anomalías genéticas y anatómicas	15	7,31
Anomalías endocrinas	44	21,46
Anomalías placentarias	28	13,40
Infecciones	80	39,02
Otras causas	19	9,26
Aborto espontáneo por causas desconocidas	19	9,26
TOTAL	205	100

DISCUSIÓN

El aborto espontáneo es quizás la patología del embarazo que se produce con mayor frecuencia. Se estima que éste se produce en

alrededor del 25% de la población gestante. Las tasas registradas en otros países nos muestran cifras similares.

En el Perú se estima que el aborto espontáneo ocurre en un 32% de los casos. Estudios nacionales como los realizados en los hospitales de Lima muestran tasas que van desde 10 al 30 %.

La mayoría de los autores están de acuerdo en aceptar que entre el 10 a 15 % de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo y sólo el 35 %, aproximadamente, de todos los embarazos culminan en parto. Según Arias (4), Cunningham (7) y los autores Farinati, Mormandi y Tilli (10), más del 80 % de los abortos se producen durante las primeras 12 semanas del embarazo.

En la presente investigación el porcentaje de abortos espontáneos representó el 15,5%, el mismo que se encuentra dentro del rango de los estudios anteriormente señalados. Este porcentaje a pesar de ser alto, fue tomado sólo de las pacientes que acudieron para una atención post aborto. Es muy probable que sea mayor ya que muchas pacientes no acuden a la atención post aborto hospitalaria.

La clasificación del aborto espontáneo señalada por Mongrut A. (13), de acuerdo a la edad gestacional en que ocurra, es ovular (0 – 2 semanas), embrionaria (3 – 8 semanas) y fetal (9 – 19 semanas). Esta clasificación es la que se ha usado en la presente investigación, de tal manera que en los 205 casos incluidos en la investigación, el 1,95% (4 casos) fueron abortos ovulares, el 40% (82 casos) fueron abortos embrionarios y los fetales fueron el 58,04% (119 casos). Como se puede apreciar, se encontraron más casos de abortos fetales.

En el trabajo de investigación de Milagros Rivera Tarazona (18), en su tesis titulada "Características de las pacientes con aborto espontáneo", reporta que el 43,6% (31 casos) son abortos embrionarios y el 56,4% (40 casos) fueron abortos fetales; así mismo Bertha Gonzales Castillo (11), en su tesis titulada "Factores de Riesgo que se relacionan con el aborto espontáneo", reporta que el 35,1% fueron embrionarios y los fetales fueron el 64,9% del total de los casos. Como se puede observar en las diferentes citas antes descritas, el aborto fetal es el que se presenta con mayor frecuencia, de manera similar a nuestra investigación.

La edad gestacional en que se puede presentar un aborto es diversa, pero según los autores, ésta suele tener mayor frecuencia entre las primeras 12 semanas de gestación (4) (7) (10) (13) (16). La edad gestacional promedio para aborto espontáneo fue de 9,4 para el presente estudio.

En la presente investigación se observó que hasta la semana 12 de amenorrea tuvieron un aborto espontáneo el 88,76% y de la semana 13 a 19 el 14,14%

Cunningham y Col (7) y Arias (4) indican que más del 80% de los abortos espontáneos se producen durante las primeras 12 semanas de embarazo y la tasa disminuye rápidamente a partir de este periodo, frecuencia que en la presente investigación se ha mostrado muy coincidente.

Otros estudios sobre la edad gestacional, como el de Milagros Rivera Tarazona (18), indica que el 84,5% aborta antes de las 12 semanas y la frecuencia que encontró fue mayor entre la edad gestacional de las 9 a 12 semanas, con 40,9%. En la investigación de Victoria Aliaga Bravo (3) sobre la "Relación de la toxoplasmosis y el aborto espontáneo", se encontró que el 86% abortó antes de las 12 semanas y la frecuencia El análisis del antecedente de aborto es un factor de riesgo importante evidenciado en nuestro estudio. El 37,05% de pacientes tuvieron como antecedente uno o más abortos. Los estudios consultados muestran que el antecedente de aborto representa un factor importante en la recurrencia.

En la investigación de Acosta Osio (1), se encontró que las pacientes que presentaron antecedente de aborto espontáneo fueron el 7,4%, de los cuales el 3% fue para las pacientes que presentaron un aborto anterior; el 2%, 2 abortos anteriores, y el 2,4%, 3 a más abortos anteriores. En la investigación de Milagros Rivera Tarazona (18) se encontró con antecedentes de un aborto anterior al 23,9%, con 2 abortos anteriores al 7,0%. En la investigación de Rocío Chirinos Valero (8) se encontró que la mayor frecuencia se presentó en las pacientes con un aborto anterior con el 20%. Aliaga Bravo (3) señala que el mayor porcentaje está en relación a las pacientes que presentaron un aborto anterior con 22%; porcentajes muy parecidos a los nuestros.

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) es un síndrome caracterizado por la infección del tracto genital superior (útero, trompas y ovarios)

fue mayor entre la edad gestacional de 2 a 8 semanas (con 44%). En la investigación de Souza, Marina de Oliveira y Juliana Capannacci, (22), sobre "Estudios citogenéticas en casos con aborto espontáneo", muestran que la edad gestacional de mayor frecuencia fue en torno a las 10 semanas. En la investigación de Acosta Osio (1), se encontró que la edad gestacional que mayor incidencia tuvo fue de 8 a 12 semanas.

El riesgo de aborto espontáneo en una mujer sin antecedentes de errores en la reproducción es de aproximadamente el 15%. En general, muchos estudios coinciden en indicar que la probabilidad de un aborto repetido después de un aborto espontáneo en una mujer sin hijos vivos es del 19%. Si hay historia de dos abortos espontáneos consecutivos el riesgo se eleva al 35% y si ha tenido tres a más abortos consecutivos la posibilidad alcanza el 47%. (4) (12).

y sus estructuras adyacentes (tejido celular pelviano y peritoneo). (10)

Los microorganismos responsables de la EPI pueden provenir de la flora endógena del tracto genital inferior o de órganos vecinos, o pueden ser introducidos por maniobras instrumentales o por la actividad sexual. (10)

El 10 a 15% de los casos en que la EPI es secundaria a infecciones de órganos abdomino pelvianos, la propagación sigue las vías habituales de propagación de las enfermedades del tracto genital. Las secuelas de la EPI son: la esterilidad en 15 a 20%, si han sufrido un sólo episodio y aumenta a un 40% si hay recidivas, embarazo ectópico, dolor crónico abdomino pelviano, predisposición a recurrencias. Después de un primer episodio hay un 25% de posibilidades de padecer otro. (10)

En la presente investigación, encontramos que las pacientes que presentaron antecedente de EPI fueron el 14,6% (30 casos), y los que no presentaron antecedente de EPI fueron el 85,4% (175 casos).

El antecedente de flujo vaginal para la presente investigación fue el 56,1% (115 casos).

Los antecedentes de infección urinaria en el presente trabajo se registraron en el 43,5% (89 casos), lo que nos muestra una prevalencia muy elevada para provocar aborto espontáneo.

Las malformaciones cromosómicas son frecuentes en los embriones y los fetos iniciales que se abortan en forma espontánea y son responsables de la mayor parte de los abortos tempranos. Entre el 50 y el 60% de los abortos espontáneos tempranos se asocian con una malformación cromosómica del producto de la concepción. (4) (7) (16)

Las anomalías anatómicas del útero causan entre el 10 a 15% de todos los abortos con desarrollo fetal adecuado. Pueden ser adquiridos, como las que aparecen en pacientes con sinequias uterinas, o pueden ser resultado de un error en el desarrollo, como el caso de las pacientes con defectos de fusión del conducto de Muller. (4)

casos presentaron malformaciones cromosómicas; Ricardo Barini (5) encontró que los casos que presentaron alteraciones genéticas fueron el 4% y entre las anomalías anatómicas la que presentó mayor porcentaje fue la incompetencia ístmico – cervical con 22,8%.

En relación a las anomalías endocrinas, vemos que para un adecuado desarrollo del embarazo debe producirse una compleja interacción de hormonas. Una falla en este proceso provoca un aborto espontáneo. (4) (7)

Dayan y Daniela, en 1996, decían que los auto anticuerpos tiroideos se asocian con el aumento de la incidencia de abortos. (4) (7)

Greene, en 1999, decía que los abortos espontáneos como las malformaciones congénitas importantes aumentan en las mujeres con Diabetes Mellitus insulino-dependientes (7) (16), igualmente la deficiencia de progesterona.

Los abortos son más frecuentes en pacientes que presentan el Síndrome de Ovario Poliquístico. Al parecer, la concentración sérica elevada de hormona luteinizante que caracteriza

Las más importantes son el Leiomioma, tumor uterino trascendente por su localización. Los miomas submucosos y los intramurales pueden deformar la cavidad. Entre otras anomalías se encuentran los pólipos endocervicales. (16)

En la presente investigación encontramos anomalías genéticas y anatómicas en un 7,31% (15 casos). De estos 15 casos, una paciente presentó aborto a causa de malformaciones cromosómicas y los 14 casos restantes presentaron anomalías anatómicas con las siguientes patologías: miomas (6 casos), pólipos (14 casos) e hiperplasia endometrial (2 casos). En investigaciones realizadas en Brasil, Elaine Rodino, Patricia Moreira y María Vieira Souza (19), encontraron que las pacientes de 35 a más años presentaron alteraciones cromosómicas en 64% de sus productos fetales. En las pacientes menores a los 35 años la frecuencia fue 43%. Marina Souza de Oliveira, y Luliana Capannacci (22) encontraron que el 5 % de los este síndrome posee un efecto nocivo sobre el cuerpo lúteo. (4)

En la presente investigación, encontramos anomalías endocrinas en un 21,46% (44 casos), en la que vimos las siguientes patologías: quiste aneal de ovario (16 casos), ovario poliquístico (22 casos), diabetes más obesidad (3 casos), hipotiroidismo (2 casos), hipertiroidismo (1 caso), en el cual podemos observar que el síndrome de ovario poliquístico presentó mayor número de casos, coincidiendo con la investigación de Arias.

En investigaciones realizadas en Brasil Ricardo Barini y Mota Conto Egle (5) encontraron que una paciente presentó hipertiroidismo en sus 72 pacientes estudiadas. Encontraron también un caso de Diabetes Mellitus entre 83 casos, y el 71,2% presentó defecto en la fase lútea.

Entre las anomalías inmunológicas se encuentran la teoría autoinmune (inmunidad contra uno mismo) y la teoría aloinmune (inmunidad contra otra persona). En lo que respecta al factor autoinmune, varios estudios lograron determinar que alrededor del 15% de pérdidas del embarazo se deben a este factor. Los anticuerpos significativos poseen especificidad contra los fosfolípidos cargados

negativamente. Se encuentra con mayor frecuencia al evaluar el anticoagulante lúpico (ACL) y el anticuerpo anticardiolipina (AAC). Dudley y Branch, en 1991 (4), calcularon una incidencia promedio de 17% para el AAC, y del 7% para ACL (7).

Estos favorecen a los fenómenos trombóticos. La muerte embrionaria fetal se produce en estos casos por la trombosis de los vasos placentarios; suelen provocar gestaciones detenidas o muertes fetales tardías.

En la presente investigación no se encontraron casos referentes a esta anomalía.

En una investigación, realizada en Brasil, Ricardo Barini y Matías Marco (5) observaron que entre los factores autoinmunes, la anticardiolipina obtuvo el 3,8%.

Las anomalías placentarias son alteraciones placentarias fundamentalmente causantes de desprendimiento en etapas tardías del embarazo que pueden ocasionar un aborto. (16)

Los hematomas subcoriónicos y separaciones corioamnióticas son una causa relativamente

En la presente investigación encontramos que las anomalías placentarias obtuvieron el 13,40% (28 casos), en las cuales se presentaron las siguientes patologías: hematomas subcoriónicos (22 casos), placenta previa parcial (3 casos) y embarazo molar más mola parcial (3 casos).

Las infecciones agudas pueden afectar la vitalidad fetal por la hipertermia o por sus toxinas o por acción directa. Dentro de ellas se encuentran la malaria, la infección de las vías urinarias, la sífilis, la tifoidea, brucelosis, toxoplasmosis, enfermedades virales (rubéola, citomegalovirus, herpes simple, (hepatitis), clamidiasis, micoplasmosis. (4) (7) (16)

Una probabilidad teórica es que el aborto precoz se deba a una reactivación inmunológica en respuesta a los organismos patógenos. Las mayores casuísticas respecto a las infecciones, tal como lo muestran Hill, J. y Col (1994), la encontraron en el 5%; Stephenson MD. y Col (1996) la encontraron en el 0,5%. (10)

En el presente estudio encontramos a las infecciones con 39,02% (80 casos), en las cuales se presentaron las siguientes patologías: toxoplasmosis (2 casos), RPM prolongada (2

frecuente de hemorragia en el primer trimestre, debido a la separación de las membranas fetales. La hemorragia puede producirse entre el amnios y el corion (separación corioamniótica) o entre corioamnios y la decidua (hematoma subcoriónico). (4)

La placentación defectuosa: durante una placentación normal, las arterias espirales sufren cambios adaptativos que se caracterizan por pérdida de la capa músculo esquelética de la pared de las arterias y el reemplazo por el material que contiene células trofoblásticas. Estos cambios convierten a las estrechas y endurecidas paredes de las arterias en anchos y tortuosos canales vasculares que aportan el flujo sanguíneo necesario para el desarrollo del embrión. La ausencia de éstos se ha detenido como placentación anormal. Es característico de las pacientes con preeclampsia, grave retraso del crecimiento y trabajo de parto pretérmino y también de alguna paciente con muertes fetales precoces. (4)

casos), flujo vaginal (54 casos), ITS (5 casos) y ITU (17 casos). Observamos que el mayor porcentaje lo obtuvo el flujo vaginal.

En investigaciones realizadas en Brasil, Ovalle S. Alfredo y Kakariekaw, Elena (15) observaron que la coriamnionitis se relaciona con la presencia de la invasión microbiana de la cavidad amniótica y con la muerte, asfixia severa e infección del neonato; encontraron también que las infecciones agudas de origen ascendente ocurren en el aborto de segundo trimestre al igual que la RPM, con consecuencias muy adversas para el feto. Barini, Ricardo y Marco, Matías (5) observaron entre las infecciones al Mycoplasma Hominis como la de mayor frecuencia (11% de las 36 pacientes estudiadas). Aliaga Bravo, Victoria (3) encontró que el 46% fueron seropositivos para la toxoplasmosis.

Con respecto a los traumatismos, en la presente investigación no se reportaron abortos espontáneos producidos por este factor.

En otras causas encontramos las enfermedades crónicas (tuberculosis y la carcinomatosis), estados carenciales que llevan a desnutrición y anemia, enfermedades que cursan con hipertensión arterial crónica (enfermedad cardiovascular hipertensiva), traumatismos

directos sobre el útero grávido como el que sucede en las intervenciones quirúrgicas. (16)

En la presente investigación encontramos en otras causas al 9,20% (19 casos). Dentro de éstas se observaron las siguientes patologías: salpinguitis bilateral (2 casos), anexitis bilateral del ovario (7 casos), embarazo con dispositivo intra uterino (DIU) (5 casos), hidrops fetal más obito fetal (4 casos) e infertilidad de tipo II (1 caso). Podemos observar que la anexitis bilateral del ovario presenta el mayor número de casos.

En estudios, realizados en Brasil, encontramos que Ovalle S. Alfredo y Kakariék, Elena (15) observaron que el Hidrops obtuvo el 4,6%, y los otros asociados con dispositivo intra uterino el 14%.

En la presente investigación las pacientes que presentaron aborto espontáneo por causas desconocidas fueron el 9,26% (19 casos).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Osio, G. *Obstetricia y Ginecología Colombia* 2004; 55 (1): 18 – 22.
2. Ailema Iuvison, F y Col. *Ginecología y Obstetricia Paraná* 2003. 61 (1): 12 – 14.
3. Aliaga Bravo, C. *Relación de la toxoplasmosis y el aborto espontáneo*. Hospital Santa Rosa. Abril – Agosto 1995. Tesis. Lima: USMP, 1998.
1. Arias, F. *Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*. 2ª. Madrid: Ed. Mirror S.A: 55-69.
2. Barini, R y Col. *Ginecología y Obstetricia Brasil* 2000; 22 (4): 217 – 223.
3. Berek, J, Hillard, P, Adashi, E. *Ginecología de Novak*, 12ª Ed. México: Mc Graw Hill;1996: 487-489.
4. Conningham, Gant; Williams. *Obstetricia*. 21ª. Ed. Madrid: Panamericana; 1998: 733-752.
5. Chirinos Valero, R. *Algunos factores asociados al aborto espontáneo e inducido*. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Octubre–Diciembre 1998. Tesis. Lima: USMP; 1999.
6. Díaz Díaz, E y Col. *Rev Salud Pública Cuba* 2001; 27 (1): 26–35.
10. Farinati, A y Col. *Infecciones en Ginecología y Obstetricia: Del Diagnóstico al Tratamiento*. Lima: Pfizer; 1998.
11. Gonzales Castillo, B. *Factores de riesgo que se relacionan con el aborto*. Hospital de Apoyo San José del Callao. Julio – Agosto 1999. Tesis. Lima: USMP; 1999.
12. Ludmir, A y col. *Ginecología y Obstetricia: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*. Lima: Concytec; 1996.
13. Mongrut Steane, A. *Tratado de Obstetricia normal y patológico*. 4ta. Ed Lima: Sesator; 2000.
14. Moraes, Andéa y Col; *Ginecología y Obstetricia (Brasil)* 2005; 27 (9): 554 – 560.
15. Ovalle, A y Col; *Obstetricia y Ginecología (Chile)* 2003; 68 (5): 361– 370.
16. Pacheco, J; *Ginecología y Obstetricia*. Lima: Mad. Corp. S.A.; 2002.
17. Pérez, D; *Factores epidemiológicos asociados al aborto*. Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. 1 de Enero – 2 de Junio 1993. *Ginecol Obstet. (Perú)* 1995; 41 (3): 48-1.
18. Rivera Tarazona, M. *Características de las pacientes con aborto espontáneo*. Hospital El Carmen de Huancayo 2002. Tesis. Lima, USMP; 2003.
19. Rodini Elaine, P y Col; *Ciencia. Salud (Brasil)* 2004; 11 (1): 37 – 39.
20. Schwarcz, R y Col. *Obstetricia* 5ta Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1995
21. Sinclair C. *Manual de Urgencias Obstétricas*. México: Interamericana: 1998. 124p.
22. Souza, M y Col; *Ciencia. Salud (Brasil)* 2004; 11 (1): 17 – 19.

Fecha de entrega del artículo: 20/11/06

Revisión: 05/12/06

Correspondencia electrónica: nicolle-19@hotmail.com