

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO
EVOLUTIVO DIAGNOSTICADO POR
ULTRASONOGRAFIA. HOSPITAL ESSALUD DE
AYACUCHO. MAYO A JULIO 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR
Belsi Viviana SILVA GIHUA
Gladys ESPINOZA MITMA**

**ASESOR
Mg. Obst. ROALDO PINO ANAYA**

**AYACUCHO – PERÚ
2017**

Este presente trabajo se lo dedicado en especial a mis padres Miguel y Delia y a mis queridas hermanas: Mayra, Isamara y Estefani por la motivación y todo el apoyo que me brindaron incondicionalmente y el estímulo a superarme día a día.

Belsi

El presente trabajo lo dedico a mis padres Eduardo y María, a mi hijo Eidan y mis hermanas que son la razón de mi existencia, por el apoyo incondicional para mi superación personal en mi carrera profesional.

Gladys.

INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Objetivo de la investigación	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica científica	16
2.2.1. Indicaciones de la ecografía obstétrica	16
2.2.2. Exploración ecográfica en el primer trimestre	17
2.2.3. Embarazo no evolutivo	19
2.2.4. Criterios de diagnóstico de embarazo no evolutivo	27
2.3. Definición de conceptos operativos	34
2.4. Formulación de la hipótesis	36
2.5. Variables e indicadores	37

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio	38
3.2. Nivel de investigación	38
3.3. Diseño de investigación	38
3.4. Método de investigación	38
3.5. Población y muestra	38
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
3.7. Procedimiento de recolección de datos	39
3.8. Procesamiento y análisis de datos	40

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	69

ANEXO

– Operacionalización de las variables	72
– Ficha de recolección de datos	73

INTRODUCCIÓN

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

En la actualidad la ultrasonografía es indispensable como medio de diagnóstico que permite valorar en el campo de la Gineco-obstetricia, el tamaño, la forma, situación y estructura de las mismas.

La ultrasonografía toma auge recientemente al mejorar la imagen con el transductor transvaginal, gracias a la resolución de las imágenes y la claridad de las estructuras permitiendo evaluar la presencia y desarrollo de diferentes órganos y sistemas en el embrión y feto, cosa que anteriormente solo era posible estudiando, mediante anatomía patológica, el producto de pérdidas o embarazos no evolutivos; actualmente podemos estudiar embriología con un ser vivo sin hacerle ningún daño, a través de la ultrasonografía, con lo cual se ha mejorado nuestros conocimientos de la vida

humana en sus inicios.¹

La evaluación ecográfica del primer trimestre, constituye actualmente una de las herramientas fundamentales en el manejo de todo paciente obstétrico y considerado como predictor de riesgo de las principales complicaciones obstétricas, como es el embarazo no evolutivo.

Se define embarazo viable intrauterino o evolutivo cuando hay presencia de saco gestacional mas embrión con actividad cardiaca presente, lo cual se asocia hasta un 97% de embarazo exitoso y una tasa de aborto de 3 a 5%.²

Elementos de mal pronóstico para este período: Saco gestacional deforme, vesícula vitelina sólida o agrandada, embrión con bradicardia (<80 lpm) o taquicardia, embrión ausente.³

Desde la aplicación inicial en el ámbito obstétrico, limitada a confirmar la presencia de un feto a partir de una edad gestacional avanzada, los progresos tecnológicos han sido continuos y no han cesado de desarrollarse innovaciones que se han ido incorporando en la práctica diaria.⁴

El propósito del presente estudio fue determinar los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía en gestantes que acuden al Hospital EsSalud de Ayacucho durante los meses de mayo a julio del 2016, a través de una investigación aplicada, descriptiva, transversal y prospectiva con una muestra de 50 gestantes del primer trimestre con embarazo no evolutivo, encontrándose los siguientes resultados; el embarazo no evolutivo se presentó en 48% por aborto

frustró, 30% por embarazo anembrionario, 8% por embarazo ectópico y óbito fetal en ambos casos y sólo 6% por embarazo molar. Los factores asociados a embarazo no evolutivo, estadísticamente significativo ($p < 0,05$) fueron; la edad materna y la automedicación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ecografía obstétrica ofrece información acerca de la edad gestacional, la viabilidad fetal, la posición e implantación placentaria o la presentación fetal, entre otros muchos datos, permite el diagnóstico del crecimiento intrauterino retardado o las malformaciones fetales. Por la importancia que tiene se considera como un método de diagnóstico imprescindible que se practica rutinariamente en todas las gestaciones. ⁴

Con el constante desarrollo de los ultrasonidos, la ecografía transvaginal ha revolucionado el diagnóstico y seguimiento de la gestación precoz, tanto normal como anormal. Pero debe ser siempre interpretada dentro del contexto clínico, para asegurar el diagnóstico y la eficacia, para disminuir el riesgo innecesario de intervenciones. ⁵

El conocimiento de embriología es esencial para identificar y comprender los diferentes hallazgos ecográficos en el seguimiento de la gestación precoz y poder diferenciar hallazgos normales de anormales.⁶

El saco gestacional aparece entre 28 a 30 días de la última menstruación. La subunidad Beta supera las 250 mu/ml y debe verse siempre cuando se la encuentra 650 a 1000 mu/ml.

Uno de los primeros signos de evidencia de la presencia del embrión es descrito como el signo del "double-bled". Este signo tiene la apariencia de dos pequeñas burbujas (el saco amniótico y la vesícula vitelina) pegadas al muro del saco gestacional. El disco embrionario se encuentra entre las dos burbujas. Se debe visualizar embrión en un saco de 15 mm. Un saco mayor de 16 mm sin embrión, indica una gestación no evolutiva.

Ecográficamente, la actividad cardíaca del embrión puede ser identificada como muy precozmente a los 34 días de embarazo o con una longitud corona nalga de 1-2 mm. En la ecografía transvaginal, la ausencia de actividad cardíaca en un embrión con longitud corona nalga mayor de 5 mm indica pérdida embrionaria. Sin embargo, la ausencia de actividad cardíaca en embriones de 3 mm o menos, no es un diagnóstico certero y se debe garantizar un seguimiento ecográfico.⁷

Criterios de gestación no evolutiva:

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

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

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía? Hospital EsSalud de Ayacucho.

¿Mayo a julio 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la causa de embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016
- Relacionar el embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía con los factores asociados como: La edad materna, paridad, antecedentes de abortos, infecciones del tracto urinario, automedicación, diabetes mellitus, nivel de instrucción y el tabaquismo

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Ovalle S, Alfredo et al (Chile, 2005) “Estudio anatomo clínico de las causas de muerte fetal **Objetivo:** Conocer la causa de muerte fetal, mediante antecedentes clínicos maternos, análisis de los hallazgos de la autopsia fetal y estudio de la placenta. **Material y Método:** Se analizaron retrospectivamente 299 muertes fetales ocurridas entre las 22 y 42 semanas de gestación en un período de 5 años. Se incluyeron 279 casos con estudio histopatológico de la placenta y autopsia fetal. **Resultados:** Se conoció la causa de muerte fetal en 79,2% de los casos. Las causas más frecuentes fueron hipoxia fetal extrínseca 43,5%: insuficiencia placentaria 9,0%, hipertensión arterial 8,6%, desprendimiento placentario 6,1%, infarto placentario 5,7% y patología del cordón umbilical 4,3%. Anomalías congénitas 16,5%, infección bacteriana ascendente 16,1%,

traumatismo del parto 2,2% e hidrops fetal 1,4%. Causa desconocida 20,8%. En gestaciones < de 30 semanas las principales causas fueron: infección ascendente 33,3%, patología placentaria 17,7% y anomalías congénitas 15,6%. Entre las 30 y 36 semanas de gestación las principales causas fueron: patología placentaria 34,8%, anomalías congénitas 24,1% e hipertensión arterial 10,7%. En gestaciones entre 37 y 42 semanas las principales causas fueron: patología placentaria 19,7%, embarazo postérmino (causa no determinada de hipoxia fetal) 15,5%, patología de cordón 11,3% y diabetes 8,5%. **Conclusiones:** el análisis de los hallazgos de la autopsia fetal, del estudio de la placenta y de los antecedentes clínicos maternos, permiten aclarar la causa de la mayoría de las muertes fetales y planificar el manejo de un futuro embarazo.

Guerrero S. Tatiana. (España, 2008) *Desarrollo embrionario. Ecografía del primer trimestre. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España.*

Objetivo: Conocer el desarrollo embrionario normal en el primer trimestre de gestación. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en gestantes del primer trimestre a través del uso de la ultrasonografía bidimensional. **Resultados:** La utilidad de la exploración ecográfica durante el primer trimestre de la gestación se basa en:

- Diagnosticar la gestación y su correcta implantación.
- Determinar la edad gestacional.
- Comprobar la vitalidad del embrión y su correcto desarrollo.

- Detectar las posibles malformaciones y marcadores ecográficos de cromosomopatías.
- Determinar el número de embriones y en caso de gestación múltiple la corionicidad de la misma.
- Explorar el útero y anexos en busca de patología concomitante.

Conclusiones: La ultrasonografía constituye un método seguro y no invasivo para el diagnóstico de la gestación precoz, tanto normal como anormal.

Huamán Paucar, CA y Caracela Núñez, CL (Lima, 2000) “Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud. Enero 1998 -1999. Objetivo: El motivo de estudio fue comprobar la eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva. **Material y métodos:** Presenta un estudio retrospectivo descriptivo constituido por 1672 pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto frustrado y gestación no evolutiva de las cuales 608 pacientes fueron tratados con Misoprostol intracervical, fondo de saco posterior y vía oral, como fármaco de elección para la maduración y evacuación uterina del producto, realizado en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud, Lima Enero 1998-Diciembre 1999. **Resultados:** Los resultados muestran que de un total de 608 casos estudiados a las cuales se les administró misoprostol, se presentó un 41.5% (252 casos) con el diagnóstico de aborto frustrado y un 58.5% ó (356 casos) con el diagnóstico de gestación no evolutiva, siendo la mayoría de porcentajes 31.58% a una

edad entre 30-34 años, comprendida a una edad promedio 32.7 años; un 67.10% de las pacientes fueron multíparas; en una edad gestacional comprendida de 9-12 semanas 58.55%; siendo la dosis más usada de 600 mcg 66.45%; por la vía de administración que fue la intracervical más oral 75.66% a un tiempo de latencia desde la administración del misoprostol hasta lograr resultados 6-10 horas 50%.

Tang, Luis et al (Lima, 2007) “Embarazo heterotópico, intrauterino no evolutivo y ovárico”. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico de embarazo heterotópico espontáneo, intrauterino y ovárico, atendido en la Clínica Santa Isabel de Lima. **Material y métodos:** Investigación exploratoria de una paciente de 35 años de edad que acudió por retraso menstrual, sangrado vaginal escaso y prueba de embarazo positiva. **Resultados:** La ecografía endovaginal mostró pequeño saco gestacional, con ausencia de ecos embrionarios. Se realizó legrado uterino el 01/11/2006, obteniéndose vellosidades con degeneración hidrópica no molar, en el examen histológico. Diez días después se realizó control ecográfico, por sangrado vaginal persistente y dolor abdominal, encontrándose una tumoración mixta en el ovario izquierdo, con una pequeña imagen ecolúcida en su interior. Se realizó laparotomía exploratoria, siendo el hallazgo hemoperitoneo de 200 ml y tumoración retro uterina alargada de color violáceo, friable, dependiente de ovario izquierdo, compatible con embarazo ectópico ovárico.

Carpio G, Luis Alberto (Lima, 2008) “Criterios ultrasonográficos de embarazo no evolutivo”. **Objetivo:** Determinar los criterios ecográficos

de embarazo no evolutivo en el Instituto Materno Perinatal de Lima.

Material y métodos: Revisión descriptiva de la literatura que nos permita identificar los pasos y procedimientos que se deben realizar para diagnosticar con el uso del ecógrafo de un embarazo no evolutivo.

Resultados: Se estableció los siguientes criterios para determinar un embarazo no evolutivo:

1. Se define embarazo viable intrauterino cuando hay presencia de saco gestacional más embrión con actividad cardíaca presente.
2. El dosaje de hormona Gonadotropina Corionica – β sirve para el diagnóstico precoz del embarazo y es poco útil para evaluar la edad gestacional y la viabilidad para lo cual se prefiere el Diámetro Medio del Saco Gestacional y la Longitud Corono Nalga.
3. El saco gestacional se caracteriza por la presencia de un doble halo (reacción decidual y corial) y debe observarse al final de la 4ta semana (2 a 8 mm).
4. La presencia de saco vitelino se debe observar cuando el saco gestacional mide 10 mm Diámetro Medio del Saco Gestacional y siempre cuando mide más de 15 mm.
5. El embrión puede visualizarse al final de la 5ta semana, pero siempre deberá visualizarse en presencia de un saco gestacional de 20 mm de Diámetro Medio del Saco Gestacional.
6. El Diámetro Medio del Saco Gestacional solo tiene valor hasta la aparición del embrión. En adelante la Longitud Corono Nalga será el marcador de edad gestacional y viabilidad.

7. La actividad cardiaca debe observarse siempre que el embrión mida > de 5mm de Longitud Corono Nalga.
8. La presencia de bradicardia (Latidos Cardiacos < 100 lpm) entre la 5 y 8 semanas carece de valor cuando se hace una sola medición y se deberá tener en cuenta en las posteriores evaluaciones.

Ramírez B. Zarella Roxana (Lima, 2016) “indicadores ecográficos asociados al desarrollo de aborto espontáneo durante el primer trimestre de gestación en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital II Ramón Castilla entre enero - junio del 2016.” **Objetivo:**

Determinar los indicadores ecográficos asociados al desarrollo de aborto espontáneo durante el primer trimestre de gestación en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital II Ramón Castilla entre enero - junio del 2016. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, relacional. La población total fueron 179 mujeres que ingresaron al servicio de hospitalización de ginecología y obstetricia con el diagnóstico de abortos espontáneos (grupo 1) y gestantes a término (grupo 2). Se revisaron historias clínicas y se tomó en cuenta la primera ecografía transvaginal realizada durante el primer trimestre entre la 6ta y 12ava semana de gestación, de los cuales se analizaron: medida de saco gestacional (DSG), longitud corono nalga (CRL) y latidos cardiacos fetales (LCF) y la presencia de hematoma retroplacentario y además las características obstétricas de la gestante: edad, gestaciones previas y abortos previos. **Resultados:** Participaron 179 mujeres. 19% (35 mujeres) presentaron aborto espontáneo. Los

indicadores ecográficos: El DSG < 25 mm [OR=3.1, IC 95% (1.4 – 6.8)], LCF menor a 120 lpm [OR=15.3, IC 95% (5.3 – 44.2)], y la presencia de hematoma retrocorial [OR=12.6, IC 95% (4.8 – 32.5)] se asociaron al desarrollo de aborto espontáneo en el primer trimestre. CRL no demostró ser asociado [OR=2.83, IC 95% (0.8 – 9.2)]. Dentro de las características obstétricas: tener al menos un aborto previo [OR=6.9, IC 95% (2.9 – 16.5)] y la edad materna \geq 35 años [OR=13.4, IC 95% (5.1 – 35)] se asocian a un aborto espontáneo.

2.2. BASE TEORICO CIENTIFICA

2.2.1. INDICACIONES DE LA ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

En una gestación normal, se recomienda hacer un mínimo de tres exploraciones: la primera entre la 8ª y la 12ª semana, la segunda de la 18ª a la 20ª semana, y la tercera de la 34ª a la 36ª semana. En la primera se recomienda la vía transvaginal, pero si se realiza por vía abdominal necesitará repleción vesical. Las otras dos se realizan por vía abdominal y no requieren preparación.

Cada una de estas exploraciones tiene unos objetivos bien definidos, encaminados al diagnóstico de las características de la gestación y a detectar lo más antes posible un embarazo múltiple, malformaciones fetales, anomalías del crecimiento y el grado de bienestar fetal.

El embarazo genera enorme carga emotiva en la pareja y sus seres queridos al saber que un nuevo integrante de la familia viene en camino. Sin embargo, y a pesar de los buenos deseos, cabe la posibilidad de que se presente alguna falla durante el proceso de gestación que ocasione **embarazo anembrionario no evolutivo**¹⁰

Otras indicaciones en la práctica clínica habitual que justifican exámenes adicionales son la determinación de la edad gestacional en mujeres con fecha de última menstruación incierta o en aquellas que se sospecha deficiencias del crecimiento fetal, el estudio de sangrado genital que haga sospechar patologías como placenta previa, abrupcio placentae, amenaza de aborto, mola hidatidiforme y como soporte técnico para procedimientos

invasivos tales como la amniocentesis, la biopsia de vellosidad crónica y la cordocentesis.⁷

2.2.2. EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA EN EL PRIMER TRIMESTRE

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

a) Localización del saco gestacional

En la mayoría de las gestaciones se puede identificar el saco o vesícula gestacional con sonda vaginal a las 5 semanas de gestación aunque se pueden visualizar ya desde las 4 semanas y media. Con sonda abdominal se pueden detectar entre la 5ª y la 6ª semana.

Normalmente se miden los tres diámetros espaciales del saco gestacional y su media se correlaciona con la edad gestacional pero esta es menos precisa que la longitud cráneo caudal del embrión (LCC) o Crown Rump Length (CRL). Por lo tanto la usaremos para estimar la edad gestacional mientras no visualicemos el embrión, entre la semana 4 y 6, sabiendo que la estimación es de ± 5 días. En el momento que veamos embrión nos guiaremos por la longitud coronal para estimar la edad gestacional ecográfica.

Es importante no confundir la vesícula gestacional en la que todavía no se visualiza el embrión, con la pseudovesícula que suele aparecer en las gestaciones extrauterinas y otras diversas situaciones. El saco gestacional tiene un anillo hiperecogénico que rodea a una vesícula

hipoecogénica más o menos regular que es donde está el embrión. La pseudo vesícula no presenta este anillo hiperecogénico y es generalmente más irregular.¹⁰

b) Saco vitelino

Suele ser la primera estructura que se ve dentro del saco gestacional, apreciándose entre la semana 4 y 5 aproximadamente.

Es un dato importante para identificar al saco gestacional como tal. Con posterioridad aparecerá en su vecindad el botón embrionario. Se suele ver cuando la vesícula gestacional mide aproximadamente 8 mm.

Tiene una morfología de membrana anular eco refringente y un tamaño menor de 6 mm. Si es mayor se aconseja hacer un seguimiento más frecuente de la paciente al asociarse a cromosomopatías u otras alteraciones.

c) Presencia o ausencia de embrión

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

d) Número de embriones

Se contarán el número de embriones y no de estructuras seculares, ya que en etapas precoces se pueden confundir gestaciones múltiples con fusiones entre amnios y corion o bridas amnióticas. Con la sonda vaginal, identificando los sacos amnióticos y el crecimiento trofoblástico es posible precisar el tipo de gestación múltiple. Es importante identificar las

gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas y las monocoriales monoamnióticas, muy raras, pero con importante repercusión durante la gestación y el parto.

e) Vitalidad embrionaria: Latido cardíaco

Con la sonda vaginal se detecta el latido cardíaco fetal aproximadamente a las 6 semanas. Es posible visualizar el embrión antes de visualizar si tiene latido o no. Con sonda vaginal se debe ver el latido de los embriones con LCC mayor de 5 mm que correspondería a unas 6 semanas. Con sonda abdominal esto se retrasa una semana o incluso más si la paciente es obesa.

En caso de duda siempre se debe repetir la ecografía a la semana y contrastar la exploración con otro ecografista.

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

La ecografía discrimina entre torso y cabeza embrionaria entre la 7ª y 8ª semana de gestación dependiendo de las sondas. La longitud cráneo caudal es el método más preciso para valorar la edad gestacional durante el embarazo

No debe utilizarse más tarde de la 12 semana cuando el embrión se flexiona y deflexiona, no siendo tan preciso.¹¹

2.2.3. EMBARAZO NO EVOLUTIVO

Es un fenómeno que varía considerablemente en su frecuencia según los diferentes autores y los distintos países. Ello se debería (al menos en parte) a la falta de precisión terminológica, lo que se pone en evidencia al

compararse distintas publicaciones sobre el tema. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de la ocurrencia del fenómeno y que se han comunicado en los últimos cinco años incluyen: estado civil soltera: nivel educativo bajo, nivel económico bajo, edad mayor de 35 años o adolescencia precoz, sobrepeso, tabaquismo, alteración de la función renal en hipertensas, controles prenatales incumplidos, oligoamnios. La muerte fetal intrauterina es un evento que puede prevenirse en una proporción considerable de casos, si el control prenatal se respetara en calidad y cantidad; pero para ello se requiere mayores esfuerzos a fin de educar y llevar conciencia a la población sobre esta verdad. De igual manera es absolutamente necesaria la investigación de las causas que llevaron a una muerte fetal (ya consumada), a fin de prevenir su recurrencia en embarazos futuros y ayudar a afrontar esta difícil situación. Es aquel embarazo que, por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas, produciendo las siguientes entidades patológicas:⁸

a). - EMBARAZO ANEMBRIONARIO

El embarazo anembrionado se refiere a una situación clínica en la que hay un embarazo intrauterino, pero no se desarrolla normalmente; de hecho, solo se observa un saco gestacional vacío sin señales de un embrión en su interior.

Fisiopatología: Las causas del embarazo anembrionado son generalmente las mismas que ocasionan un aborto espontáneo o el fracaso temprano del embarazo. Las causas incluyen fundamentalmente

anormalidades cromosómicas y anomalías embrionarias de índole genética, infecciosa o congénita que impiden el adecuado desarrollo embrionario. En pocas palabras se supone que el embrión comienza a desarrollarse pero se detiene debido a sus alteraciones antes de que se pueda ver por ecografía; el embrión detiene su desarrollo antes de alcanzar 1mm y por lo tanto no se puede observar y asignamos el nombre de anembrionado

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

Frecuencia: En embarazos clínicamente reconocidos, el aborto espontáneo ocurre con frecuencias mayores del 15%. De todos los

abortos, el embarazo anembrionado quizás ocupe alrededor del 10-50% de los casos. Anteriormente este tipo de diagnóstico era difícil de hacer pero con el advenimiento de la Sonografía transvaginal y las pruebas de embarazo ultrasensibles gran parte de los embarazos anembrionados se diagnostican antes de que ocurra una pérdida espontánea

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

Tratamiento: Existen varias modalidades terapéuticas ante el diagnóstico de un embarazo anembrionado:

1. *Tratamiento conservador:* si se sigue este esquema no aplicamos ningún tratamiento y solo esperamos a que ocurra una pérdida espontánea. Una vez presentada la clínica de sangrado practicamos un estudio ecográfico para verificar la total expulsión del tejido placentario. Si hay remanentes podemos utilizar algunos medicamentos que faciliten la expulsión del tejido remanente o practicamos un legrado o curetaje uterino bajo anestesia

2. *Tratamiento médico:* se refiere al uso de medicamentos siguiendo esquemas bien detallados cuya finalidad es producir cambios en el cuello del útero y contracciones uterinas que permitan la expulsión de las membranas ovulares (tejidos placentarios). Si este método falla (alrededor del 15% de los casos) practicamos un legrado uterino

3. *Tratamiento quirúrgico*: una vez presentadas las opciones anteriores y aceptada la decisión de la madre podemos practicar un legrado o curetaje uterino (con instrumental o por succión) para evacuar activamente el contenido uterino. La ventaja del procedimiento quirúrgico radica en que se realiza de manera inmediata y la paciente sabe que el problema ha sido resuelto y el efecto psicológico de la expectativa de la pérdida queda anulado.

Hasta hace poco favorecíamos los métodos *conservador* y *médico* pero los problemas operativos, el sangrado/dolor durante varios días, la angustia, el miedo a la infección y lo infrecuente de su aplicación generó *poca aceptación en las pacientes*. Sólo lo hacemos en embarazos menores de 5 semanas o cuando ha habido una expulsión completa del producto de la concepción

Futuro reproductivo: el potencial reproductivo y de embarazos que lleguen a feliz término es excelente; de hecho, comparable al de mujeres de características similares sin el antecedente de un embarazo anembrionado. Este tipo de embarazos es solo una variante del aborto común y como tal se comporta igual que este último: sin implicaciones reproductivas futuras.

Solo si se presenta de manera repetitiva (3 o más abortos, anembrionados o no) el pronóstico cambia y se reserva en base de las condiciones que pudieran dar origen a la pérdida temprana y recurrente del embarazo (aborto habitual)

b).- ABORTO FRUSTRO

Es también denominado aborto diferido, fallido y retenido, se produce cuando muerto el producto de la concepción no se produce su eliminación, sino por el contrario es retenido dentro de la cavidad uterina por tiempo prolongado mayor a cuatro semanas. Este término "diferido" se utiliza para los casos en que se interrumpe el embarazo, pero el feto no se expulsa, quedando retenido en el útero.

c).- MOLA HIDATIFORME

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

d).- ÓBITO FETAL

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina. Se define óbito fetal a "el cese de la vida fetal a partir de las

22 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática.

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

a) Macro ambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada

b) Matroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macro ambiente

c) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico. Una incapacidad para detectar los latidos cardíofetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y **el óbito se debe confirmar mediante un estudio ecográfico**. Sin embargo, es de vital importancia que se realice la investigación pertinente destinada a dilucidar la causa (o las causas) del óbito, y/o sus factores contribuyentes.

e).- EMBARAZO ECTÓPICO

Un embarazo ectópico se define cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial. La incidencia ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2%^{1,9}, aunque las cifras se han estabilizado en los últimos años. Esto es debido fundamentalmente a 3 condicionantes: el aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos

diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos. A medida que la incidencia aumenta, la mortalidad decrece (en EE.UU. de 35,5 muertes por 10.000 en 1970 a 3,8 por 10.000 en 1989), aunque en los países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causas del 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación⁹ y supone el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo.

Diagnóstico;

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

Son signos sospechosos de embarazo ectópico:

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

– Líquido en el espacio de Douglas mayor de lo habitual.

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

2.2.4. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE EMBARAZO NO EVOLUTIVO POR MEDIO DE LA ULTRASONOGRAFIA.

Criterios Mayores

Sensibilidad del 29 y 41 % y especificidad del 100 %

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

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

Criterios Menores

Reacción decidual < 2mm

Contorno irregular del Saco Gestacional

Ausencia de doble reacción decidual

Implantación baja del Saco Gestacional ³

TABLA DE HALLAZGOS ECOGRAFICOS DE SACOS GESTACIONALES DE MAL PRONOSTICO

EMBRION

- a).-ausencia de movimientos Cardiacos en embrión con mas de 5 mm
- b).-ausencia de movimientos Cardiacos después de las 6.5 semanas

Vesícula Vitelina y Amnios

- a-vesícula vitelina grande(+ 5mm) sin embrión visible
- b-Vesícula vitelina calcificado

Saco Gestacional

- a-mayor a 18mm con ausencia de embrión vivo
- b-mayor a 8 mm con ausencia de vesícula vitelina visible

Forma y Posición

- a-Irregular y aplastada, posición baja

Reacción Trofoblasticas

- a-irregular
- b-reacción trofoblastica fina menos a 2mm

Crecimiento

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

GESTACIÓN INTERRUPTIDA

LA CERTEZA DE LA MUERTE EMBRIONARIA

Ausencia de latidos embrionarios a partir de los 10 mm de Longitud
Corono Nalga

Otros

Falta de respuesta a estímulos

Contorno irregular

Aumento de su ecogenicidad

Desestructuración

Ecos amorfos

**TABLA DE HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN SACO GESTACIONALES
NORMAL Y PATOLOGICO**

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

MARCADORES ECOGRAFICOS PRECOSES DE GESTACION EVOLUTIVA

- Relación entre el tamaño del Saco Gestacional y el Embrión
- Reacción decidual
- Hematomas subcoriales
- Vesícula Vitelina
- Frecuencia cardiaca embrionaria
- Longitud Céfalo caudal
- Cuerpo Luteo
- Valoración hemodinámica Doppler

PATOLOGIA DEL SACO GESTACIONAL

- El saco gestacional aparece entre 28 a 30 días de la última menstruación
- La subunidad Beta supera las 250 mu/ml y debe verse siempre cuando se la encuentra 650 a 1000 mu/ml
- Irregularidad del saco
- Plicatura de sus paredes
- Cambio en su forma
- Disminución de su tamaño
- Alteraciones de sus límites
- Diferenciación de ecogenicidad³

PATOLOGÍA DEL AMNIOS

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

PATOLOGÍA DE LA VESÍCULA VITELINA

Mide hasta 6 mm. Ecográficamente podemos ver

Vesícula Vitelina: blanca o hiperecogénica

Vesícula Vitelina muy pequeña

Vesícula Vitelina muy grande > 7 mm

Funciones

- Es el órgano donde se inicia la hematopoyesis y la primera circulación embrionaria
- Se encarga de las funciones metabólicas y de transporte entre la madre y el embrión
- Interviene en el desarrollo del intestino medio y en el cierre de la pared abdominal, por ello un fallo precoz condicionaría el onfalocele⁶

FACTORES ASOCIADOS:

a) EDAD.-

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño.

El riesgo del embarazo no evolutivo se incrementa con la edad materna 11.1% entre 20 a 24 años, 11.9% entre 25 a 29 años, 15% de 30 a 34 años, 24.6% de 35 a 39 años, un 51% de 40 a 44 años y de 93,4% a partir de los 45 años.

b) PARIDAD.-

Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos. En la cual en cada embarazo se produce un desgaste fisiológico en el organismo de la mujer, por lo cual siempre se recomienda un

espaciamiento adecuado entre un embarazo y otro; lo cual no es posible en las múltiparas y gran múltiparas.

c) ANTECEDENTES DE ABORTOS.-

Es la pérdida del embarazo producido en gestaciones anteriores que pueden ser espontáneos o provocados. Se estima que el 85% de casos de abortos espontáneos ocurren por el embarazo no evolutivo y puede suceder antes o después de un embarazo.

d) INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.-

Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Son más frecuentes en el sexo femenino: hasta un 50 % de las mujeres puede presentar una ITU a lo largo de su vida, lo que se relaciona con la actividad sexual, los embarazos y la edad.

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

E) AUTOMEDICACIÓN._

Es el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas y el autocuidado es el conjunto de actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud

Los medicamentos de venta libre disponibles al público deben ser eficaces y seguros, Los errores habituales de la automedicación se observan en los siguientes fármacos:

Analgésicos, antibióticos y antihistamínicos.

F) DIABETES MELLITUS.-

Es un síndrome que engloba un gran número de enfermedades cuyo nexo es la hiperglucemia como la hormona que tiene la mayor responsabilidad en regulación del transporte de glucosa a los tejidos es la insulina, la

hiperglucemia que define la diabetes refleja en la última instancia una falta de dicha hormona o un problema de acción de la misma sobre los tejidos.

g) TABAQUISMO._

Es una planta originaria de América, Su principio activo es la nicotina, descrita se ha descubierto que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces impredecibles, tanto en la mente como en el cuerpo, así como que es la responsable de la adicción al tabaco. Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene más de 4,000 compuestos químicos, entre los que se encuentran el alquitrán y el monóxido de carbono, que pueden actuar como reforzadores de la adicción, además de causar diversos problemas en el organismo.

Mujeres que fuman durante el embarazo presenta mayor riesgo de complicaciones, como placenta previa, ruptura prematura de membrana , desprendimiento prematuro de la placenta , hemorragia en el pre parto , parto prematuro, aborto espontaneo , gestación ectópica , crecimiento intrauterino crecimiento intrauterino restringido, bajo peso al nacer , muerte súbita del recién nacido y compromiso del desarrollo físico del niño.

g) NIVEL DE INSTRUCCIÓN.-

Es el grado de educación escolaridad que alcanzado una persona se distingue las siguientes categorías analfabeta, primaria, secundaria superior. Se observa en el hospital regional de Ayacucho en el servicio de gineco obstetricia que el 92.3% de mujeres con instrucción secundaria presento aborto provocado, el 76.2% mujeres con instrucción superior presento aborto provocado y el 71.4 mujeres con instrucción de primaria presento con aborto provocado.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS

- **Embarazo no evolutivo.** Es aquel embarazo que, por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas.
- **Embarazo Anembrionario.** Se refiere a una situación clínica en la que hay un embarazo intrauterino, pero no se desarrolla normalmente; en la cual solo se observa un saco gestacional vacío sin señales de un embrión en su interior.
- **Aborto Frustrado.** Es también denominado aborto diferido, fallido y retenido, se produce cuando el feto muere dentro del útero no se produce su eliminación, sino por el contrario es retenido dentro de la cavidad uterina por tiempo prolongado mayor a cuatro semanas.
- **Mola Hidatiforme.** Es una proliferación anormal del tejido que da lugar a la placenta (trofoblasto). Generalmente, los tejidos que darían lugar al feto no están presentes y son por tanto la mayoría de los casos se trata de gestaciones anembrionadas.
- **Óbito fetal.** Es el cese de la vida fetal a partir de las 22 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos.
- **Embarazo Ectópico.** Es cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial no progresando su desarrollo normal y generando un embarazo no evolutivo.
- **Factor de riesgo.** Causas obstétricas, que incrementan el riesgo la vulnerabilidad de padecer alguna complicación en el embarazo, parto o puerperio.

- **Riesgo.** Es la probabilidad de enfermar o morir, como medida epidemiológica de asociación mide la probabilidad de exposición a un evento mórbido.
- **Edad.** Tiempo de existencia de la madre desde el nacimiento hasta la actualidad.
- **Paridad.** Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos.
- **Antecedentes de abortos.** Es la pérdida del embarazo producido en gestaciones anteriores que pueden ser espontáneos o provocados
- **Infección tracto urinario.** Son infecciones bacterianas a las vías urinarias frecuentes en la gestante, y donde están incluidas la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis.
- **Automedicación.** Es el consumo de medicamentos, yerbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona , sin consultar al médico.
- **Diabetes Mellitus.** Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.
- **Nivel de Instrucción.** Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona. Se distingue las siguientes categorías: analfabeta, primaria, secundaria y superior.
- **Tabaquismo.** Es una persona adicta que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

2.4. FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS

La edad materna, paridad, antecedentes de abortos, infecciones del tracto urinario, automedicación, diabetes mellitus, nivel de instrucción y el tabaquismo son factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticados por ultrasonografía, en gestantes que acuden al Hospital EsSalud de Ayacucho durante los meses de mayo a julio del 2016.

2.5. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados:

- Edad materna
- Paridad
- Antecedentes de abortos
- Infección de tracto urinario
- Automedicación
- Diabetes Mellitus
- Nivel de Instrucción
- Tabaquismo

VARIABLE DEPENDIENTE

Embarazo no evolutivo:

- Aborto frustrado
- Embarazo anembrionario
- Mola Hidatiforme
- Óbito fetal
- Embarazo Ectópico

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

3.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y prospectivo

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. UNIVERSO O POBLACIÓN

Conformada por todas las gestantes del primer trimestre, que acudieron al servicio de Ecografía Obstétrica del Hospital EsSalud de Ayacucho en el periodo comprendido entre mayo a julio del 2016.

3.5.2. MUESTRA

Constituida por 50 gestantes con diagnóstico de embarazo no evolutivo determinados por ultrasonografía en el Hospital EsSalud de Ayacucho en el periodo comprendido entre mayo a julio del 2016.

Tipo de Muestreo

No probabilística intencional.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Gestantes con Informe Ecográfico.
- Gestantes con diagnóstico de embarazo no evolutivo por ultrasonografía
- Usuarias que deseen participar voluntariamente en la investigación.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

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

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

TÉCNICA:

- Revisión de Reportes Ecográficos e Historias Clínicas.
- Aplicación de la ficha de entrevista estructurada

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Reportes ecográficos
- Historia Clínica
- Ficha de entrevista estructurada

3.7. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. A través del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, se solicitó permiso a la Dirección del Hospital EsSalud de Ayacucho, para poder realizar la recolección de datos en el servicio de Ecografía Obstétrica.
2. Una vez obtenido el permiso, se procedió a la identificación de las usuarias de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, para luego solicitarles el consentimiento informado y aplicarles los instrumentos respectivos.
3. Se recopilaron los datos del Informe Ecográfico e Historias clínicas

3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se creó una base de datos con los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente fueron exportados al software estadístico SPSS-IBM 22.0 (*Statistical Package For Social Science*), con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia de tamaño $m \times n$, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado, para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 01

FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA. HOSPITAL ESSALUD DE AYACUCHO. MAYO A JULIO 2016

ENBARAZO NO EVOLUTIVO	N°	%
Aborto Frustrado	24	48
Embarazo anembrionario	15	30
Embarazo ectópico	04	8
Óbito fetal	04	8
Embarazo molar	03	6
Total	50	100

El cuadro de frecuencia nos muestra las causas que produjeron el embarazo no evolutivo, en la cual se observa que en el periodo de estudio se presentaron 50 casos (100%) de embarazo no evolutivo, de las cuales 48%(24) fueron por aborto frustrado, luego 30%(15) fue por embarazo anembrionario, seguido de 8%(04) fue por embarazo ectópico y óbito fetal en ambos casos y finalmente se presentó 6%(03) casos de embarazo molar que determinaron embarazo no evolutivo.

Especialistas coinciden en que el origen del **embarazo no evolutivo** es idéntico al del embarazo normal, de modo que al inicio se forman el embrión y el saco que le rodea. Sin embargo, durante las primeras 12 semanas puede registrarse un error generado, en la mayoría de las ocasiones, por malformación de los tejidos del óvulo o del espermatozoide o porque durante la fusión de ambas células y su división se generaron daños considerables en la información genética del futuro bebé.

Cuando esto ocurre, el embrión muere inevitablemente y el cuerpo de la madre absorbe sus células dando lugar a una bolsa vacía, comúnmente llamada "**huevo huero**", que crece por algunas semanas más y sigue produciendo hormonas que impiden el desalojo de la placenta y el ciclo menstrual. Por esta razón, parece que la gestación continúa su curso normal y presenta resultado positivo en pruebas de embarazo.

El aborto frustrado, también denominado aborto diferido, fallido y retenido, se produce cuando muerto el producto de la concepción no se produce su eliminación, sino por el contrario es retenido dentro de la cavidad uterina por tiempo prolongado mayor a cuatro semanas. Este término "diferido" se utiliza para los casos en que se interrumpe el embarazo, pero el feto no se expulsa, quedando retenido en el útero.

La retención del embrión en la cavidad uterina por lo menos durante 4 semanas después de su muerte, se conoce como aborto frustrado. Definir el tiempo entre la muerte y el diagnóstico no es fácil y carece de utilidad práctica porque en la actualidad el diagnóstico se realiza con prontitud. De acuerdo con la edad gestacional, la paciente observará primero que los movimientos fetales han desaparecido, que el crecimiento uterino se detiene y que posteriormente disminuye, los cambios mamarios propios del embarazo regresan y el sangrado es escaso, de color café negruzco, el cual persiste por varios días. No es posible determinar la FCF a través de la ultrasonografía.

En nuestros resultados existe predominio de aborto frustrado como primera causa de embarazo no evolutivo (48%) el cual se produce cuando existe

retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado; no obstante, actualmente con los métodos ecográficos se confirma el diagnóstico de forma rápida y, así mismo, puede realizarse una intervención adecuada, Luego el 30% corresponde a embarazo anembrionario, al cual la *Asociación Americana del Embarazo*, estima que el **50% de las pérdidas del embarazo durante el primer trimestre están asociadas a esta causa**; las células comienzan a desarrollarse y forman el saco amniótico, pero no el propio embrión. Por lo general, esto sucede **en el primer trimestre del embarazo**, a menudo, antes de que la propia mujer sepa que está embarazada, en la **semana 5 o 6**. Sin embargo, el cuerpo sigue produciendo hormonas durante algunas semanas más.

Del análisis del cuadro se concluye que el 48% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado.

CUADRO 02
FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO
DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN A LA
EDAD MATERNA. HOSPITAL DE ESSALUD DE AYACUCHO. MAYO A
JULIO 2016.

Embarazo no evolutivo	Factores asociados(Edad materna)						Total	
	Adolescente		Adulta		Añosa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Embarazo anembrionario	00	00	06	12,0	09	18,0	15	30,0
Aborto Frustrado	03	6,0	21	42,0	00	00	24	48,0
Embarazo Ectópico	00	00	04	8,0	00	00	04	8,0
Embarazo Molar	01	2,0	02	4,0	00	00	03	6,0
Óbito fetal	00	00	04	8,0	00	00	04	8,0
Total	04	8,0	37	74,0	09	18,0	50	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 29,541$$

$$\chi_t^2 = 15,507$$

$$g. l. = 8$$

$$p < 0.05$$

El cuadro 02 nos presenta el embarazo no evolutivo en relación a la edad materna, donde se aprecia que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustrado de las cuales 42%(21) fueron adultas y 6%(03) adolescentes, seguido del 30%(15) fue por embarazo anembrionario, de ellas 18%(09) fueron añosas y 12%(06) adultas; asimismo 8%(04) fueron por embarazo ectópico y óbito fetal en la cual todas fueron adultas en ambos casos.

Del análisis del cuadro se concluye que el 42% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado que se presentó en las adultas.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que la edad materna está asociada con el embarazo no evolutivo.

El embarazo no evolutivo se produce entre 10 a 20% de todos los embarazos y por lo general el 85% acontecen antes de la duodécima semana de embarazo.

El embarazo anembrionario es aquel en el que el óvulo es fecundado pero el embrión no se desarrolla. El cuerpo de la mujer detecta la anormalidad y lo expulsa de forma natural en la mayoría de los casos. Puede ser detectado a través de una ecografía alrededor de la semana 7 de gestación, aunque en ocasiones se produce el aborto y la mujer puede confundirlo con la menstruación. No es una condición que se pueda prevenir, sin embargo, los últimos estudios han relacionado el embarazo anembrionario con una deficiencia de ácido fólico y vitaminas B o K, y con la edad de la mujer. De manera que, a mayor edad existe mayor probabilidad de tener un embarazo de este tipo.

El riesgo de embarazo no evolutivo se incrementa con la edad materna: 11,1% entre 20 a 24 años, 11,9% entre 25 a 29 años, 15% de 30 a 34 años, 24,6% de 35 a 39 años, 51% de 40 a 44 años, y del 93,4% a partir de los 45 años.

Nuestros resultados son similares a lo descrito por **Huamán Paucar, CA y Caracela Núñez, CL (Lima, 2000)** en su investigación ***“Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud. Enero 1998 -1999.*** Presenta un estudio retrospectivo descriptivo constituido por 1672 pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto frustrado y gestación no evolutiva de las cuales 608 pacientes fueron tratados con Misoprostol intracervical,

fondo de saco posterior y vía oral. El motivo de estudio fue comprobar la eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva. Los resultados muestran que de un total de 608 casos estudiados a las cuales se les administró misoprostol, se presentó un 41.5% (252 casos) con el diagnóstico de aborto frustrado y un 58.5% ó (356 casos) con el diagnóstico de gestación no evolutiva, siendo la mayoría de porcentajes 31.58% a una edad entre 30-34 años, comprendida a una edad promedio 32.7 años.

CUADRO 03

**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO
DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN A LA
PARIDAD. HOSPITAL DE ESSALUD DE AYACUCHO.MAYO
A JULIO 2016.**

Embarazo no evolutivo	Factores asociados (Paridad)								Total	
	Nulípara		Primípara		Multípara		Gran Multípara			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Embarazo anembrionario	00	00	03	6,0	08	16	04	8,0	15	30,0
Aborto Frustrado	03	6,0	06	12	14	28	01	2,0	24	48,0
Embarazo Ectópico	00	00	00	00	04	8,0	00	00	04	8,0
Embarazo Molar	01	2,0	01	2,0	01	2,0	00	00	03	6,0
Óbito fetal	00	00	02	4,0	02	4,0	00	00	04	8,0
Total	04	8,0	12	24	29	58	05	10	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 14,875$$

$$\chi_t^2 = 21,026$$

$$g. l. = 12$$

$$p > 0.05$$

El cuadro 03 nos muestra el embarazo no evolutivo en relación a la paridad, donde se observa que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustrado de las cuales 28%(14) fueron multíparas y 12%(06) primíparas, seguido del 30%(15) fue por embarazo anembrionario, de ellas 16%(08) fueron multíparas y 8%(04) gran multíparas; asimismo 8%(04) fueron por embarazo ectópico que se presentó en multíparas.

Del análisis del cuadro se concluye que el 28% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado que se presentó en las multíparas.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que la paridad no está asociada con el embarazo no evolutivo.

En cada embarazo se produce un desgaste fisiológico en el organismo de la mujer, por lo cual siempre se recomienda un espaciamiento adecuado entre un embarazo y otro; lo cual no es posible en las multíparas y gran multíparas, tal como se presentan en nuestros resultados, donde se observa que existe un predominio de los factores asociados a embarazo no evolutivo en las multíparas, en quienes se evidencia un deterioro de su salud reproductiva con cada embarazo y parto, específicamente en su sistema reproductivo.

Resultados similares reporta **Huamán Paucar, CA y Caracela Núñez, CL (Lima, 2000)** en su investigación ***“Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud. Enero 1998 -1999.*** Presenta un estudio retrospectivo descriptivo constituido por 1672 pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto frustrado y gestación no evolutiva de las cuales 608 pacientes fueron tratados con Misoprostol intracervical, fondo de saco posterior y vía oral. El motivo de estudio fue comprobar la eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva. Los resultados muestran que de un total de 608 casos estudiados a las cuales se les administró misoprostol, se presentó un 41.5% (252 casos) con el diagnóstico de aborto frustrado y un 58.5% ó (356 casos) con el diagnóstico de gestación no evolutiva, siendo la mayoría de porcentajes con un

67.10% de las pacientes fueron multíparas; en una edad gestacional comprendida de 9-12 semanas 58.55%.

CUADRO 04

**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO
DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN AL
ANTECEDENTE DE ABORTO. HOSPITAL DE ESSALUD DE
AYACUCHO. MAYO A JULIO 2016.**

Embarazo no evolutivo	Factores asociados (Antecedente de aborto)				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo anembrionario	10	20,0	05	10,0	15	30,0
Aborto Frustrado	10	20,0	14	28,0	24	48,0
Embarazo Ectópico	01	2,0	03	6,0	04	8,0
Embarazo Molar	02	4,0	01	2,0	03	6,0
Óbito fetal	03	6,0	01	2,0	04	8,0
TOTAL	26	52,0	24	48,0	50	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 4,594$$

$$\chi_t^2 = 9,487$$

$$g. l. = 4$$

$$p > 0.05$$

El cuadro 04 nos muestra el embarazo no evolutivo en relación al antecedente de aborto, donde se observa que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustrado de las cuales 28%(14) no tuvieron antecedente de aborto y 20%(10) si tuvieron antecedente de aborto, luego el 30%(15) fue por embarazo anembrionario, de ellas 20%(10) si tuvieron antecedente de aborto y 10%(05) no presentaron aborto con anterioridad; asimismo 8%(04) fueron

por óbito fetal de las cuales 6%(03) si tuvieron antecedente de aborto y 2%(01) no tuvieron antecedente de aborto.

Del análisis del cuadro se concluye que el 20% de embarazo no evolutivo fue por embarazo anembrionario y aborto frustrado con antecedente de aborto.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que el antecedente de aborto no está asociado con el embarazo no evolutivo.

Se estima que 85% de casos de **abortos espontáneos** ocurren por esta causa (el 15% restante sucede durante las semanas 13 a 20 de embarazo, en su mayoría, debido a problemas en el útero o matriz o alojamiento del embrión a causa de un aborto realizado con anterioridad) y puede suceder antes o después de un embarazo y parto exitosos.

A pesar de que una pérdida siempre se asocia a una reacción de duelo y depresión, es importante comprender las causas del **aborto retenido** para evitar que el dolor se convierta en rechazo o ira hacia el médico tratante o la pareja.

Lo mejor que se puede hacer es manejar la angustia, darse la oportunidad de asimilar la situación y enfocarse en que el embarazo no evolutivo y el legrado uterino (antecedente de aborto) no significan infertilidad.

Al respecto Hinostroza y Salazar (2004), en una investigación realizada en Huanta encuestaron a 232 mujeres, de las cuales 97 (48.1%) manifestaron haberse sometido al aborto provocado con anterioridad.

Entre los factores que influyeron para que se sometieran al aborto, el 18.6% lo hicieron por miedo a los padres, el 11.3% por presentar problemas con su pareja, el 10.3% porque consideran que tienen varios hijos y deseaban continuar con sus estudios, respectivamente; y el 8.2% por influencia de la pareja.

CUADRO 05

FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO. HOSPITAL DE ESSALUD DE AYACUCHO. MAYO A JULIO 2016.

Embarazo No Evolutivo	Factores asociados (Antecedente de ITU)				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo anembrionario	07	14,0	08	16,0	15	30,0
Aborto Frustró	15	30,0	09	18,0	24	48,0
Embarazo Ectópico	02	4,0	02	4,0	04	8,0
Embarazo Molar	01	2,0	02	4,0	03	6,0
Óbito fetal	04	8,0	00	00	04	8,0
TOTAL	29	58,0	21	42,0	50	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 4,741 \quad \chi_r^2 = 9,487 \quad \text{g. l.} = 4 \quad p > 0,05$$

El cuadro 05 nos muestra el embarazo no evolutivo en relación al antecedente de infección de tracto urinario, donde se observa que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustró de las cuales 30%(15) presentaron ITU y 18%(09) no tuvieron antecedente de ITU, luego el 30%(15) fue por embarazo anembrionario, de ellas 16%(08) no tuvieron antecedente de ITU y 14%(07) si presentaron ITU; asimismo 8%(04) fueron por embarazo ectópico, de las cuales 4%(02) si y no tuvieron antecedente de ITU en ambos casos. En el caso de óbito fetal todas (8%) tuvieron antecedente de ITU.

Del análisis del cuadro se concluye que el 30% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado con antecedente de ITU.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que el antecedente de ITU no está asociada con el embarazo no evolutivo.

La Infección del tracto urinario durante el embarazo por bacterias puede generar embarazo no evolutivo, principalmente abortos. El mecanismo más común por medio del cual las bacterias infectan al feto es el paso del agente de la circulación materna a las vellosidades placentarias. Las bacterias entéricas, en especial *Escherichia coli* al causar pielonefritis son los agentes involucrados en la infección fetal por la vía hematológica. Aún no se demostró el mecanismo por el cual estas bacterias dañan al feto. Se ha pensado que el daño puede ser indirecto, mediado por endotoxinas, las cuales son susceptibles de alterar la permeabilidad placentaria o bien de producir contracciones uterinas capaces de iniciar un aborto. Además, se ha considerado que las bacterias que producen pielonefritis pueden ocasionar bacteriemia y de esta manera alcanzan al feto.

CUADRO 06

**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO
DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN A LA
AUTOMEDICACIÓN. HOSPITAL DE ESSALUD DE AYACUCHO. MAYO
A JULIO 2016.**

Embarazo No Evolutivo	Factores asociados (Automedicación)				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo anembrionario	02	4,0	13	26,0	15	30,0
Aborto Frustrado	04	8,0	20	40,0	24	48,0
Embarazo Ectópico	03	6,0	01	2,0	04	8,0
Embarazo Molar	00	00	03	6,0	03	6,0
Óbito fetal	02	4,0	02	4,0	04	8,0
TOTAL	11	22,0	39	78,0	50	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 10,276 \quad \chi_r^2 = 9,487 \quad \text{g. l.} = 4 \quad p < 0,05$$

El cuadro 06 nos muestra el embarazo no evolutivo en relación a la automedicación, donde se observa que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustrado de las cuales 40%(20) refieren no auto medicarse y 8%(04) si se automedicaron durante su embarazo, luego el 30%(15) fue por embarazo anembrionario, de ellas 26%(13) no se automedican y 4%(02) si se automedican; asimismo 8%(04) fueron por embarazo ectópico, de las cuales 6%(03) si se automedican y 2%(01) no se automedican. En el caso de óbito fetal 4%(02) si y no se automedican en ambos casos.

Del análisis del cuadro se concluye que el 8% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado en gestantes que se automedican.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que la automedicación está asociada con el embarazo no evolutivo.

Hay relación estadística que indica que existe relación directa entre las variables aborto y automedicación, el grupo etario que más se auto medicó fue en el rango de 21 a 25 años. La población que más se auto medicó fueron las pacientes con estudios secundarios completos, mostrando predilección por los AINES, de este mismo grupo mayoritariamente dijeron que si sabían para que era el medicamento consumido.

Según **Achachi Meléndez, Darío Xavier** en su investigación “Automedicación en el embarazo como factor etiológico de abortos atendidos en el hospital provincial docente Ambato en el periodo septiembre diciembre del 2014”. Aplicó una encuesta en una población de 260 pacientes, distribuidos de la siguiente manera: 188 paciente que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de estos mismo 58 pacientes se automedicaron, 25 pacientes que no cumplieron con el rango de edad establecido, 10 pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes, 6 con enfermedad infecciosa, 20 pacientes consumieron bebidas alcohólicas y 11 pacientes consumieron bebidas alcohólicas y fumaron mismos que fueron excluidos. Se obtuvieron los siguientes resultados: La automedicación es una práctica frecuente dentro de las

pacientes embarazadas, mismos medicamentos que son adquiridos con total libertad en diferentes sitios.

CUADRO 07

FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN A LA DIABETES. HOSPITAL DE ESSALUD DE AYACUCHO. MAYO A JULIO 2016.

Embarazo No Evolutivo	Factores asociados (Diabetes)				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo anembrionario	00	00	15	30,0	15	30,0
Aborto Frustrado	01	2,0	23	46,0	24	48,0
Embarazo Ectópico	00	00	04	8,0	04	8,0
Embarazo Molar	00	00	03	6,0	03	6,0
Óbito fetal	00	00	04	8,0	04	8,0
TOTAL	01	2,0	49	98,0	50	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1,105 \qquad \chi_r^2 = 9,487 \qquad \text{g. l.} = 4 \qquad p > 0,05$$

El cuadro 07 nos presenta el embarazo no evolutivo en relación a la diabetes, donde se observa que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustrado de las cuales 46%(23) no tuvieron diabetes y 2%(01) si presentó diabetes durante su embarazo, luego el resto de las patologías no presentaron ningún caso de diabetes durante la gestación.

Del análisis del cuadro se concluye que sólo el 2% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado en gestantes con diabetes.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que la diabetes no está asociada con el embarazo no evolutivo.

La diabetes mellitus (DM) es la enfermedad médica que con mayor frecuencia coincide con la gestación. Algunas pacientes presentan DM previa al embarazo, o pregestacional (DPG), aunque en la mayoría de los casos (90%) el diagnóstico de esta patología se hace por primera vez durante la gestación (DG). En cualquier caso la asociación de diabetes y embarazo conlleva un importante riesgo de complicaciones, en algunos casos muy graves, tanto para la madre como para el feto como el embarazo no evolutivo. Las descompensaciones glucémicas graves, las malformaciones congénitas y los abortos frustrados son más frecuentes en las mujeres con DPG. La metabolopatía fetal, el excesivo crecimiento y las complicaciones derivadas, pueden producirse tanto en la DPG como en la DG. El conocimiento de las posibilidades existentes para diagnóstico, control y tratamiento de las pacientes con esta patología es fundamental para disminuir el elevado riesgo de complicaciones feto-maternas que conlleva.

CUADRO 08

FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN AL TABAQUISMO. HOSPITAL DE ESSALUD DE AYACUCHO. MAYO A JULIO 2016.

Embarazo No Evolutivo	Factores asociados tabaquismo (Consumo de cigarrillos)				TOTAL	
	No		1-3 diario			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo anembrionario	13	26,0	02	4,0	15	30,0
Aborto Frustró	19	38,0	05	10,0	24	48,0
Embarazo Ectópico	04	8,0	00	00	04	8,0
Embarazo Molar	02	4,0	01	2,0	03	6,0
Óbito fetal	03	6,0	01	2,0	04	8,0
TOTAL	41	82,0	09	18,0	50	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1,841 \quad \chi_r^2 = 9,487 \quad \text{g. l.} = 4 \quad p > 0,05$$

El cuadro 08 nos muestra el embarazo no evolutivo en relación al consumo de cigarrillos, donde se observa que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustró de las cuales 38%(19) no consumen cigarrillos y 5%(10) consumen de 1 a 3 cigarrillos por día, luego el 30%(15) fue por embarazo anembrionario, de ellas 26%(13) no consumen cigarrillos y 4%(02) consumen de 1 a 3 cigarrillos por día; asimismo 8%(04) fueron por embarazo ectópico y todas refieren no consumir ningún cigarrillo.

Del análisis del cuadro se concluye que el 10% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado en gestantes que consumen de 1 a 3 cigarrillos por día.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que el consumo de cigarrillo no está asociado con el embarazo no evolutivo.

Fumar durante el embarazo también eleva las probabilidades de tener un parto de feto muerto, un parto prematuro o un bebé con bajo peso al nacer. Un nuevo estudio aporta a las mujeres un motivo más para dejar de fumar antes de quedar embarazadas: reducir el riesgo de sufrir un aborto espontáneo. En un estudio sobre casi 1.300 japonesas que habían tenido un embarazo, los autores hallaron que las grandes fumadoras al comienzo del embarazo eran dos veces más propensas que las no fumadoras a tener un aborto espontáneo en el primer trimestre.

Además de elevar otros riesgos como el de tener un parto de feto muerto, un parto prematuro o un bebé con bajo peso al nacer, el nuevo estudio, publicado en la revista *Human Reproduction*, respalda la asociación entre tabaquismo y la pérdida del bebé.

El equipo de Sachiko Baba, de la Osaka University, en Japón, revisó los registros de 430 mujeres que habían tenido un aborto espontáneo en el primer trimestre de gestación y se comparó a cada una de ellas con otras dos de su misma edad que habían dado a luz ese mismo año. La revisión mostró que las mujeres que habían fumado por lo menos 20 cigarrillos

diarios durante el embarazo fueron dos veces más propensas que las no fumadoras a perder el embarazo.

Así, el 7% (32) de las mujeres que tuvieron un aborto fumaba esa cantidad de cigarrillos, comparado con el 4% (36) de las 860 mujeres que tuvo un bebé. Según estudios previos, se estima que hasta el 8% de los embarazos se pierde entre la sexta y la octava semana posterior al último período menstrual. A las 10 semanas, esa tasa se reduce al 2%.

Según **Giordana de Cassia y col** en su artículo “Factores asociados al tabaquismo en la gestación” considera dañino el tabaco para el binomio madre-bebé, la gestación es un momento especial para parar el tabaquismo, en razón de la preocupación de la gestante en generar un niño sano y del contacto frecuente con los profesionales de la salud en las consultas prenatales. Refieren que mujeres que fuman durante el embarazo presentan mayor riesgo de complicaciones, como placenta previa, ruptura prematura de las membranas, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia en el parto, parto prematuro, **aborto espontáneo, gestación ectópica**, crecimiento intrauterino restringido, bajo peso al nacer, muerte súbita del recién nacido y compromiso del desarrollo físico del niño.

CUADRO 09

FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO EVOLUTIVO DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAFIA EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL DE ESSALUD DE AYACUCHO. MAYO A JULIO 2016.

Embarazo No Evolutivo	Factores asociados (Nivel de Instrucción)						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Embarazo anembrionario	00	00	10	20,0	05	10,0	15	30,0
Aborto Frustro	01	2,0	14	28,0	09	18,0	24	48,0
Embarazo Ectópico	00	00	02	4,0	02	4,0	04	8,0
Embarazo Molar	00	00	02	4,0	01	2,0	03	6,0
Óbito fetal	00	00	01	2,0	03	6,0	04	8,0
Total	01	2,0	29	58,0	20	40,0	50	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 3,675$$

$$\chi_t^2 = 15,507$$

$$g. l. = 8$$

$$p > 0,05$$

El cuadro 09 nos muestra el embarazo no evolutivo en relación al nivel de instrucción, donde se observa que del 100%(50) gestantes con embarazo no evolutivo, el 48%(24) fue por aborto frustro de las cuales 28%(14) tuvieron nivel de instrucción secundaria y 18%(09) nivel superior, luego el 30%(15) fue por embarazo anembrionario, de ellas 20%(10) tuvieron nivel de instrucción secundaria y 10%(05) nivel superior; asimismo 8%(04) fueron por embarazo ectópico, de las cuales 4%(02) tuvieron nivel de instrucción secundaria y superior en ambos casos. En el caso de óbito fetal 6%(03) tuvieron nivel de instrucción superior y 2%(01) nivel secundario.

Del análisis del cuadro se concluye que el 28% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado en gestantes con nivel de instrucción secundaria.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que el nivel de instrucción no está asociado con el embarazo no evolutivo.

La educación se ha constituido en el medio por excelencia para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; ya que es un catalizador del desarrollo de la persona y elemento que genera una transformación de la sociedad que se traduce en referente para el progreso de nuestro país. La educación comprende todas las actividades deliberadas y sistemáticas diseñadas para satisfacer necesidades de aprendizaje e implica la comunicación, en cuanto involucra la relación entre dos o más personas.

La educación para la salud es un proceso social que se alimenta del conjunto de teorías y métodos que ofrecen las ciencias médicas y las de la educación. El propósito de la misma es informar y motivar a la población y adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, además de propiciar cambios en la sociedad. La educación para la salud se instrumenta a partir de la reflexión-acción. La promoción de la salud y la medicina preventiva incorporan factores culturales y comunicativos

Anaya Layme Jane y Apaico Pretell Nidia reportan los tipos de aborto en relación al nivel de instrucción de las mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho y se observa que, el 92.3% (60) de mujeres con instrucción secundaria presentó aborto provocado y 7.7% (5) frustrado; el 76.2% (16) de mujeres con instrucción

superior presentó aborto provocado y 23.8 (5) espontáneo; el 71.4% (15) de mujeres con instrucción primaria presentó aborto provocado y 28.6% (6) espontáneo; el 61.5% (8) de mujeres presentó aborto espontáneo y 38.5% (5) provocado.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de embarazo no evolutivo en el Hospital de EsSalud de Ayacucho fue en 48% por aborto frustrado, 30% por embarazo anembrionario, 8% por embarazo ectópico y óbito fetal en ambos casos y sólo 6% por embarazo molar.
2. Los factores asociados a embarazo no evolutivo, estadísticamente significativo ($p < 0,05$) fueron; la edad materna y la automedicación.
3. Los factores no asociados a embarazo no evolutivo, estadísticamente significativo ($p > 0,05$) fueron; la paridad, antecedente de aborto, antecedente de ITU, la diabetes mellitus, el consumo de cigarrillos y el nivel de instrucción.
4. El 42% de embarazo no evolutivo fue por aborto frustrado que se presentó en las adultas y en 8% en gestantes que se automedican.

RECOMENDACIONES

1. A todas las gestantes realizar el examen ecográfico transvaginal en el primer trimestre para descartar de manera precoz la presencia de un embarazo no evolutivo.
2. Es mejor tener una conducta expectante antes de tomar una decisión de interrumpir el embarazo no evolutivo, hasta la confirmación de la misma a través de los marcadores ecográficos como la actividad cardiaca del embrión el cual se asocia en un 97% a un embarazo evolutivo
3. Sospechar de embarazo no evolutivo en caso de no observarse un saco gestacional de 5 mm de diámetro en promedio. Debe observarse un saco vitelino en cada saco gestacional mayor de 10 mm. En todo saco gestacional mayor de 18 mm debe observarse un embrión. Un embrión con longitud cefalocaudal mayor de 5 mm siempre debe presentar actividad cardiaca

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Fleischer Arthur y col.** Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Sexta edición. Tenesse. 2009.
2. **Guerrero S. Tatiana.** Desarrollo embrionario. Ecografía del primer trimestre. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. 2008.
3. **Carpio G, Luis Alberto** “*Criterios ultrasonográficos de embarazo no evolutivo*”. Instituto Materno Perinatal de Lima. 2008.
4. **Tang, Luis et al** “*Embarazo heterotópico, intrauterino no evolutivo y ovárico*” Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:210-212. Lima, Perú.
5. **Bajo Arenas.** Ultrasonografía Ginecológica y Obstétrica. Ediciones Marban.2007:1-31 y 293-335.
6. **Gormaz G.** Ultrasonografía en Obstetricia. En: Pérez-Sánchez Obstetricia. Chile: Edit. Mediterráneo. 3a ed.; 1999:501-16.
7. **Ovalle S, Alfredo et al** “*Estudio anatomo clínico de las causas de muerte fetal.* REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(5) 303-312. Chile, 2005
8. **Ariel Vogerman, Roberto et al** “*Muerte fetal intrauterina*” Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 188 10 – Diciembre 2008
9. **Huamán Paucar, CA y Caracela Núñez, CL** “*Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud. Enero 1998 -1999.* Tesis UNMSM. Lima, 2000.

10. **Marin Back A y Col.** Nociones Básicas en la Ecografía Obstétrica y Ginecológica. Editorial Gráficas Marte, S.L. SEGO. Madrid. España. 2007
11. **Curmingham y col.** Doppler y ecografía. En: Williams. Obstetricia. España: Edit. Médica Panamericana. 20ª ed.; 1998: 955-60

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE				
Factores Asociados				
Edad materna	Es el tiempo de vida cronológica de una persona desde el nacimiento.	Adolescente Adulta Añosa	10 – 19 años 20 – 35 años 36 a mas	Cuestionario
Paridad	Es el número total de hijos que ha concebido la madre y ha culminado en aborto o parto.	Nulípara Primípara Múltipara Gran múltipara	Ningún Hijo 01 hijo 2 a 5 hijos + de 5 hijos	Cuestionario
Antecedentes de Abortos	Es la pérdida del embarazo producido en gestaciones anteriores que pueden ser espontáneos o provocados	Si No	Con abortos Sin Abortos	Cuestionario
Infección de Tracto Urinario	Es la colonización del tracto urinario por bacterias en la gestante	Con ITU Sin ITU	+100,000 colonias UFC Urianalysis normal	Cuestionario
Automedicación	Es el consumo de medicamentos, yerbas y remedios caseros por propia iniciativa, sin consultar al médico.	- Si - No	-Consumió medicinas en este embarazo -No consumió medicinas en este embarazo	Cuestionario
Diabetes	Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.	- Si - No	- Con diabetes mellitus gestacional - Sin Diabetes mellitus gestacional	Cuestionario
Grado de Instrucción	Es el nivel de escolaridad a la fecha, expresado en años aprobados	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ilustrada • Primaria • Secundaria • Superior 	Cuestionario
Tabaquismo	Es una persona adicta que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.	Escala	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - 1 a 3 diario - 4 a 7 diario - 8 a más diario 	Cuestionario
DEPENDIENTE				
Embarazo No evolutivo	Es aquel embarazo que por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Aborto frustrado - Embarazo anembrionario - Mola Hidatiforme - Óbito fetal - Embarazo ectópico 	Cuestionario



UNSC

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº de ficha:FECHA:
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Buenos días/tardes Señora/Señorita, estamos realizando el presente trabajo de investigación titulado “Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016” que tiene por finalidad recolectar datos e información acerca del tema propuesto que será en beneficio de la salud reproductiva de las gestantes y será absolutamente confidencial. Se agradece por anticipado su gentil participación.

Desea participar: SI () NO ()

DATOS GENERALES:

Nº de ficha:..... H. C. Nº:

1. Datos Generales:

a. Edad:.....

1. Adolescente () 2. Adulta () 3. Añosa ()

b. Nivel de Instrucción:

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

c. Tabaquismo:

1. No () 2. 1 a 3 diario () 3. 4 a 7 diario () 4. 8 a más diario

2. Datos Gineco- Obstétricos:

- Paridad:

1. Nulípara () 2. Primípara () 3. Multípara () 4. Gran Multípara ()

- Infección de Tracto Urinario: No () Si ()
Bacteriuria Asintomática () Cistitis () Pielonefritis ()

- Antecedente de Aborto

Si () No ()

- Automedicación en el presente embarazo

Si () No ()

- Diabetes mellitus gestacional

Si () No ()

3. Informe Ecográfico Obstétrico

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

Elementos para diagnóstico de Embarazo no evolutivo:

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

Conclusión:

.....