

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.55
FRESNILLO, ZACATECAS.



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EMBARAZADAS CON O SIN ABORTO ESPONTÁNEO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS ESCOBAR GALVÁN

FRESNILLO, ZACATECAS

2005



m347014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

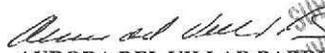
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EMBARAZADAS CON O SIN ABORTO ESPONTÁNEO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS ESCOBAR GALVAN

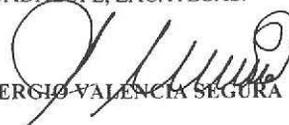
AUTORIZACIONES:


DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.55 DE FRESNILLO, ZACATECAS.


DR. JESÚS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4 GUADALUPE, ZACATECAS.


DR. SERGIO VALENCIA SEGURA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 FRESNILLO, ZACATECAS.

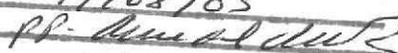
FRESNILLO, ZACATECAS

2005

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: JOSE LUIS ESCOBAR GALVAN

FECHA: 19/08/05

FIRMA: 



**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y LOS FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS EN EMBARAZADAS CON O SIN
ABORTO ESPONTÁNEO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS ESCOBAR GALVÁN

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FRESNILLO, ZACATECAS
2005

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS (MARCO TEÓRICO).....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. OBJETIVOS.....	8
4.1 Objetivo general.....	8
4.2 Objetivos específicos.....	8
5. METODOLOGÍA.....	9
5.1 Tipo de estudio.....	9
5.2 Población de estudio.....	9
5.3 Muestreo.....	9
5.3.1 Tipo de muestra.....	9
5.3.2 Tamaño de la muestra.....	9
5.4 Criterios de selección.....	9
5.4.1 Criterios de inclusión.....	9
5.4.2 Criterios de exclusión.....	9
5.4.3 Criterios de eliminación.....	10
5.5 Variables a recolectar.....	10
5.5.1 Variables dependientes.....	10
5.5.2 Variables independientes.....	10
5.5.3 Operacionalización de variables.....	11
5.6 Procedimientos para captar la información.....	19
5.7 consideraciones éticas.....	19

6. RESULTADOS.....	20
7. DISCUSIÓN.....	48
8. CONCLUSIONES.....	51
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
10. ANEXOS.....	56
10.1 Anexo 1. Hoja de recolección de datos.....	56
10.2 Anexo 2. Carta de consentimiento informado.....	59

1. MARCO TEÓRICO

El aborto espontáneo (AE) es la complicación más frecuente del embarazo, ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones. Se clasifica en las siguientes categorías: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto diferido, (muerte fetal intrauterina antes de las 20 semanas sin sangrado vaginal) y aborto recurrente. Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un nuevo aborto, después de un AE es del 24%, pero asciende a un 40% después de 4 AE consecutivos. (1)

El Aborto espontáneo se define como la pérdida de un feto durante el embarazo, por razones naturales, generalmente debido a muerte fetal, terminación espontánea de un embarazo antes de que el feto alcance un desarrollo suficiente para sobrevivir (generalmente antes de las 20 semanas), como evento natural y no por medio de un procedimiento, ó aborto terapéutico, ó electivo. Se clasifican los abortos como: Aborto incompleto (cuando no se han expulsado todos los productos de la concepción); aborto completo (cuando todos los productos de la concepción han sido expulsados); amenaza de aborto (cuando hay síntomas que indican que es posible que se produzca el aborto); aborto inevitable (cuando es imposible detener los síntomas y signos del embarazo) y aborto infectado (cuando hay signos y síntomas de infección). (2)

La mayoría de abortos tempranos, se relacionan con errores genéticos, en 50 a 60 % se ha demostrado que tiene un cariotipo anormal; los más comunes son: Trisomía 52%, Poliploidias 26%, y Monosomías 15% (3)

La presencia de una anomalía cromosómica en el embrión, es la causa por la que se produce el aborto espontáneo en el 60-70 % de los casos, correspondientes al primer trimestre de la gestación. En este trabajo se ha realizado el análisis citogenético en

vellosidades coriales, obtenidas mediante una biopsia de corión, un 67.4% de los embriones, presentaban una anomalía cromosómica, y solamente 32.6% resultaron normales. Las trisomías autosómicas representaron un 69.1% del total de las anomalías cromosómicas detectadas, y las más frecuentes fueron las trisomías para los cromosomas 16, 22 y 15. La monosomía X se halló en un 12.7% y las anomalías estructurales, presentes en un 6.7% eran herencias desequilibradas en la mayoría de los casos. (4)

Alteraciones del sistema del complemento en el aborto espontáneo, en un estudio se efectuó, la determinación de la actividad hemolítica de la vía clásica, y la cuantificación de los componentes C3 y C4 del sistema del complemento en 48 mujeres con embarazos a término, 20 con antecedentes de abortos espontáneos y 28 normales, así como la determinación de inmuno-complejos circulantes y los niveles séricos de IgA e IgM. Se demostró una disminución significativa de la actividad de la vía clásica y de C3 en el grupo de las mujeres abortadoras al compararlas con las normales. Estos datos sugieren la posible participación del sistema del complemento en el mecanismo del aborto espontáneo. (5, 6, 7)

La causa de la mayoría de los abortos espontáneos, es la muerte fetal debido a las anormalidades del desarrollo fetal., relacionadas con la inmunidad, alteraciones cromosómicas y del trofoblasto. (8, 9, 10)

Otras causas posibles del aborto espontáneo son: infección, defectos físicos maternos, respuestas inmunes, factores hormonales (endocrinos) y enfermedades maternas sistémicas graves (como la diabetes ó los problemas tiroideos). (11,12)

Históricamente, la asociación de enfermedades auto-inmunes y aborto se ha establecido principalmente en el Lupus eritematoso, dermatomiositis y esclerodermia, sin embargo recientemente se ha demostrado que algunas pacientes sin enfermedad inmune aparente, tienen anticuerpos lupus anticoagulante y/ó anticardiolipinas. (13,14)

Se debe sospechar una anomalía estructural uterina en presencia de Abortos repetidos del primero ó segundo trimestres, trabajo de parto pre-término ó presentaciones fetales anormales. Clasificación y distribución estadística de anomalías uterinas en 182 pacientes.

Grupos	Anomalía	Número de pacientes (%)
I	Agenesia uterina	17 (9)
II	Útero unicorne	11 (6)
III	Útero didelfo	21 (12)
IV	Útero bicorne	5 (3)
	Completo (bicolis)	54 (30)
	Parcial (unicolis)	20 (11)
	Arqueado	35 (19)
V	Útero tabicado	19 (10)

Adaptado de Heinonen (15)

Incidencia y Prevalencia:

En el país aún no se cuenta con resultados de encuestas representativas nacionales, ó regionales que describan la prevalencia de abortos. Sólo existen estudios puntuales en población a riesgo, que no necesariamente reflejan la situación nacional. Los sistemas de información que actualmente tiene el IMSS, aunado a imprecisiones en el llenado de los diferentes formatos institucionales, no permiten conocer con exactitud la frecuencia de abortos inducidos y espontáneos. La información del Régimen Obligatorio informa que el porcentaje de abortos espontáneos es alrededor del 17%, y que de ellos, el 4% pudiera estar inducido, estos datos corresponden a mujeres que acuden a las Unidades del IMSS para su atención. (16)

Relaciones psicológicas:

Existen pocas investigaciones, ya que varios factores modifican el tipo y grado de reacción emocional después de una pérdida gestacional, como el grado de ajuste emocional, el tipo y calidad de apoyo profesional, como el grado de autoestima, su alteración en la dinámica familiar puede condicionar violencia intrafamiliar. (16)

Las tasas de aborto de 1997 a la de junio del 2002, tanto en la población del Programa IMSS-Solidaridad como de régimen ordinario, se muestran en el cuadro 3

Cuadro 3. Tasas de Aborto (Nivel Nacional 6.7)

Años	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Régimen Ordinario	5780/ 407 7.04*	5855/ 428 7.31*	5897/ 418 7.09*	6263/ 530 8.46*	6224 685 11.01*	2491/ 333 11.32*
Régimen de IMSS- Oportunidades	6970/ 86 8.1	6942/ 89 7.8	7018/ 92 7.6	6780/ 828.2 12.21	5570/ 648.7 11.64	2806/ 367.7 13.1

* x 1,000 usuarias

SUI (16)

La mortalidad por aborto espontáneo reportada en Estados Unidos durante la década 1981-1991 fue del 0.7 por 100,000 abortos espontáneos. (17) En el decenio de 1987-1996 la tasa de mortalidad por aborto en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue del 1.2 por 100,000 nacidos vivos, y de ellos el 28.5% fue por aborto espontáneo. (18)

El embarazo y aborto en adolescentes, ocurre principalmente como consecuencia de un inicio de actividad sexual precoz no protegida. Inmerso en un ambiente de ignorancia y desconocimiento de la propia sexualidad y proceso reproductivo, resultando en un evento inesperado, sorpresivo y a menudo no deseado, por lo que se lleva a desarrollar conflictos emocionales con un fuerte impacto a nivel intra-familiar. (19)

El embarazo y aborto no planeado de una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años, además de repercutir sobre su esfera social. Se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral, generalmente mal remunerada. Se desencadenan matrimonios apresurados faltos de compromiso que conllevan a ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos. (20)

En Estados Unidos en un estudio de factores asociados al embarazo y aborto en adolescentes, así como las consecuencias del mismo, se encuentra que sobre todo en menores de 15 años tienen 2.5% más riesgos de morbi-mortalidad tanto materna como fetal, que las madres de 20 a 24 años de edad, sobre todo prematurez ó embarazos prolongados, alteraciones psicológicas, nivel académico más bajo ó que continúan sus estudios posterior al embarazo por consiguiente dependen de sus familiares económicamente. (21)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto espontáneo ocurre entre el 10 y 15% de los embarazos y son debido a falla en el desarrollo del embrión ó muerte fetal in útero. De las causas relacionadas se mencionan que del 50 al 70% son debidos a anomalías cromosómicas, alteraciones del sistema del complemento, infecciones, defectos físicos maternos, factores hormonales, respuestas inmunes, enfermedades sistémicas de las madres como la diabetes y problemas tiroideos.

Esta complicación del embarazo presenta una mortalidad materna del 28.5%, ubicándose dentro de las cuatro primeras causas de mortalidad materna. Se considera que se esto se ve afectado por el grado de educación bajo, que implica no acudir a solicitar atención médica oportunamente ante presencia de manifestaciones graves de complicaciones del embarazo.

El conocimiento de los factores asociados al aborto espontáneo en nuestro medio, ayudarían a prevenirlo así como sus complicaciones. Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el perfil sociodemográfico y los factores de riesgo asociados en un grupo de embarazadas con ó sin aborto espontáneo en el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Fresnillo, Zacatecas en el 2004?

3. JUSTIFICACIÓN

El aborto espontáneo (AE) es la complicación más frecuente del embarazo, ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones, La información del Régimen Obligatorio informa que el porcentaje de abortos espontáneos es alrededor del 17%, La mortalidad por aborto espontáneo reportada en Estados Unidos durante la década 1981-1991 fue del 0.7 por 100,000 abortos espontáneos. (17) En el decenio de 1987-1996 la tasa de mortalidad por aborto en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue del 1.2 por 100,000 nacidos vivos, y de ellos el 28.5% fue por aborto espontáneo. (18)

Esta complicación del embarazo presenta una mortalidad materna del 28.5%, ubicándose dentro de las cuatro primeras causas de mortalidad materna.

El diagnóstico preciso de las necesidades de atención de este grupo de población es indispensable para establecer prioridades en la asignación de recursos, la focalización de las intervenciones, y la mejoría en el sistema de atención. El conocimiento de los factores relacionados al aborto espontáneo ayudará al logro de estos objetivos, para dirigir las actividades preventivas.

Para un sistema de seguridad nacional como el que representa el Seguro Social es factible llevar a cabo registros más precisos y confiables para realizar estadísticas y en base a estas, medidas educacionales y preventivas de abortos, de no realizarse esta investigación continuará la incidencia de abortos y no se reducirá su número, ni sus complicaciones.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

Conocer el perfil sociodemográfico y los factores de riesgo asociados, en un grupo de embarazadas con ó sin aborto espontáneo, en el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Fresnillo, Zacatecas en el año del 2004.

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar si las características sociodemográficas: edad de la entrevistada, lugar de residencia (urbana ó rural), escolaridad de la entrevistada y de la pareja, ocupación, estado civil, se asocian al aborto espontáneo.
- Identificar si las características gineco-obstétricas: inicio de vida sexual, número de embarazos, de partos, de cesáreas, de abortos, malformaciones congénitas en las entrevistadas, malformaciones congénitas en los productos abortados, planificación familiar previa, embarazo actual deseado, antecedentes familiares de aborto en las encuestadas se asocian al aborto espontáneo.
- Identificar si antecedentes de diabetes, hipertensión, hipertiroidismo e hipotiroidismo en las encuestadas y en sus parejas, así como tabaquismo, alcoholismo y drogadicción tanto en las encuestadas y en sus parejas, así como infecciones como varicela y otras en la entrevistada y sus parejas, violencia intrafamiliar, se asocian al aborto espontáneo.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio:

Encuesta comparativa: Observacional, transversal, comparativo, retrospectivo, descriptivo.

5.2 Población de estudio:

Mujeres en edad fértil, con aborto y sin aborto, usuarias de los servicios de salud del IMSS, en la UMF No. 55 y en el HGZ 2 de Fresnillo, Zacatecas de junio a diciembre de 2003.

5.3 Muestreo:

5.3.1 Tipo de muestra:

Muestreo no probabilístico, por conveniencia, de junio a diciembre del 2003, por cada paciente con aborto se incluyó una paciente con embarazo de término del mismo día del aborto.

5.3.2 Tamaño de la muestra:

No se determinó el tamaño de la muestra, al seleccionarse por casos consecutivos durante un lapso de tiempo, por cada aborto un parto de término.

5.4 Criterios de selección:

5.4.1 Criterios de inclusión:

Mujeres con aborto espontáneo y parto normal atendidas en el Hospital General de Zona. No.2 del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Unidad de Medicina Familiar No. 55 de Junio a Diciembre del 2003.

5.4.2 Criterios de exclusión:

Se excluirán a las mujeres que no acepten participar, y a las no derechohabientes.

5.4.3 Criterios de eliminación:

Encuestas incompletas o con datos aberrantes, mujeres adscritas a otras unidades de atención del IMSS.

5.5 Variables a recolectar:

5.5.1 Variable dependiente:

- Aborto espontáneo.

5.5.2 Variables independientes:

- Edad de la entrevistada.
- Inicio de Vida sexual activa de la entrevistada.
- Procedencia (urbana / Rural), de la entrevistada.
- Escolaridad de la entrevistada.
- Ocupación de la entrevistada
- Estado civil de la entrevistada.
- Número de embarazos.
- Número de partos.
- Número de Cesáreas.
- Número de Abortos.
- Malformaciones congénitas en la entrevistada.
- Malformaciones congénitas del producto.
- Planificación familiar previa.
- Embarazo actual deseado.
- Enfermedades de las encuestadas.
- Toxicomanías en las encuestadas.

- Infecciones en las encuestadas.
- Antecedentes familiares de aborto en las encuestadas.
- Escolaridad de la pareja.
- Enfermedades de las parejas.
- Infecciones en las parejas.
- Toxicomanías en las parejas.
- Violencia intrafamiliar.

5.5.3 Operacionalización de variables

Nombre:	ABORTO ESPONTANEO.
Definición conceptual:	El Aborto se define como la pérdida de un feto durante el embarazo por razones naturales generalmente debido a muerte fetal); terminación espontánea de un embarazo antes de que el feto alcance un desarrollo suficiente para sobrevivir (generalmente antes de las 20 semanas) como evento natural y no por medio de un procedimiento o aborto terapéutico o electivo.
Definición operacional.	De acuerdo a los registros del Hospital General de Zona No. 2 y de la Unidad de Medicina Familiar. ó lo que refieran las pacientes al momento de la encuesta.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Con aborto y Sin aborto.

Nombre: EDAD.

Definición Conceptual: Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.

Definición operacional: Años cumplidos de una persona al momento de levantar la encuesta.

Escala: Nominal.

Categorías: <19 años, 19 y más años.

Nombre: INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.

Definición conceptual: Edad de inicio de actividad sexual

Definición operacional: Edad en años cumplidos al tener su primera relación sexual que refiere la paciente.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Menos de 20 años, entre 20 y 40 y mayores de 40.

Nombre: PROCEDENCIA (LUGAR DE RESIDENCIA).

Definición conceptual: Lugar en donde a estado viviendo su tiempo de existencia desde su nacimiento, hasta el momento actual.

Definición operacional: si su lugar es urbano ó rural.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: urbano ó rural.

Nombre: ESCOLARIDAD.

Definición Conceptual: Tiempo durante el cual se asiste a la escuela ó a un centro de enseñanza

Definición operacional: Años cursados hasta el momento de la encuesta.

Escala: Nominal.

Categorías: Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa ó incompleta, preparatoria similar y profesional.

Nombre: OCUPACIÓN DE LA PACIENTE.

Definición conceptual: Actividad remunerada ó no remunerada para realizar alguna actividad.

Definición operacional: Según refiera la participante al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Ama de casa, estudiante, oficina, agricultora., profesional, obrera.

Nombre: ESTADO CIVIL DE LA ENCUESTADA.

Definición conceptual: Actividad civil registrada en relación con la pareja sexual.

Definición operacional: Relación legal establecida en la fecha de la encuesta, de los padres y de la pareja.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Soltera, casada, viuda, divorciada, unión libre.

Nombre: NUMERO DE EMBARAZOS.
Definición conceptual: Número de veces que la mujer se embaraza.
Definición operacional: Cantidad de veces que el útero es ocupado por un feto.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, y más de 7.

Nombre: NUMERO DE PARTOS.
Definición conceptual: Cantidad de partos vaginales, que a tenido la mujer.
Definición operacional: Cantidad de partos vaginales que a tenido la entrevistada hasta el momento en que se realiza la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y más de 6.

Nombre: NUMERO DE CESAREAS.
Definición conceptual: Cantidad de cesáreas que a tenido la mujer.
Definición operacional: Cantidad de cesáreas abdominales que a tenido la entrevistada hasta el momento en que se realiza la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y más de 6.

Nombre: NUMERO DE ABORTOS.
Definición conceptual: Cantidad de abortos que a tenido la mujer.
Definición operacional: Cantidad de abortos que a tenido la entrevistada hasta el momento en que se realiza la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: 1, 2, ó más de 2.

Nombre: MALFORMACIONES CONGENITAS EN MUJERES.

Definición conceptual: deformidades físicas en las mujeres, con embarazos

Definición operacional: aceptar ó negar si hubo malformaciones físicas en las mujeres,
Con embarazos.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Sí ó No.

Nombre: MALFORMACIONES CONGENITAS EN PRODUCTOS.

Definición conceptual: deformidades físicas en los productos del embarazo.

Definición operacional: aceptar ó negar si hubo malformaciones físicas en los fetos.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Sí ó No.

Nombre: MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIA.

Definición conceptual: Método anticonceptivo para el control de la fecundación.

Definición operacional: Según refiera la paciente, que utilizaba antes del embarazo.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: anticonceptivos hormonales, orales, inyectables, DIU,
preservativo, ninguno, billings.

Nombre: EMBARAZO ACTUAL DESEADO.
Definición conceptual: Hijo deseado como producto de la gestación.
Definición operacional: De acuerdo a lo que refiera la participante al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: ENFERMEDADES DE LAS ENCUESTADAS.
Definición Conceptual: Existencia de las enfermedades de larga evolución.
Definición operacional: Presencia de enfermedades crónicas que padece la paciente al momento de levantar la encuesta.
Escala: Nominal.
Categorías: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipotiroidismo e hipertiroidismo.

Nombre: TOXICOMANÍAS EN LAS ENCUESTADAS.
Definición conceptual: Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que provocan estados agradables ó que suprimen dolor.
Definición operacional: Hábito que refiera la entrevistada de consumir actual o anteriormente sustancias tóxicas.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Tabaquismo, alcoholismo, marihuana, drogas inhalantes, pastillas para dormir.

Nombre: INFECCIONES EN LAS ENCUESTADAS.
Definición conceptual: enfermedad producida por bacterias, virus, hongos, etc.
Definición operacional: enfermedad en la embarazada por bacterias, virus, etc.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Sí ó No.

Nombre: ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABORTO.
Definición conceptual: casos familiares de aborto en la entrevistada
Definición operacional: De acuerdo a lo que refiera la participante al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: ESCOLARIDAD DE LA PAREJA.
Definición Conceptual: Tiempo durante el cual se asiste a la escuela ó a un centro de enseñanza
Definición operacional: Años cursados hasta el momento de la encuesta.
Escala: Nominal.
Categorías: Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa ó incompleta, preparatoria similar y profesional.

Nombre: ENFERMEDADES DE LAS PAREJAS.
Definición Conceptual: Existencia de las enfermedades de larga evolución.
Definición operacional: Presencia de enfermedades crónicas que padece la pareja al momento de levantar la encuesta.
Escala: Nominal.
Categorías: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipotiroidismo e hipertiroidismo.

Nombre: INFECCIONES EN LAS PAREJAS.
Definición conceptual: enfermedad producida por bacterias, virus, hongos, etc.
Definición operacional: enfermedad en la pareja por bacterias, virus, etc.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: TOXICOMANÍAS EN LAS PAREJAS.
Definición conceptual: Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que provocan estados agradables ó que suprimen dolor.
Definición operacional: Hábito que refiera la entrevistada de consumir actual o anteriormente sustancias tóxicas.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Tabaquismo, alcoholismo, marihuana, drogas inhalantes, pastillas para dormir.

Nombre:	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Definición conceptual:	Conducta de la doble moral que conlleva a la violencia física y psicológica
Definición operacional:	Comunicación inadecuada, relaciones interpersonales y celos.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Si ó No.

5.6 Procedimientos para captar la información:

Una vez que fue aceptado el protocolo de estudio, se procedió a captar la información, una parte se extrajo del expediente y otra a través de la entrevista con las pacientes, una vez completada la hoja de recolección de datos, se capturaron en la hoja de cálculo Excel, posteriormente se analizaron los datos con el programa SPSS ver. 10 para realizar estadística descriptiva determinando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje para variables cualitativas. Para determinar asociación de los factores de riesgo se utilizará razón de momios con sus intervalos de confianza en 95%, y la prueba de Chi cuadrada o exacta de Fisher. Para la significancia estadística considerando el valor de $P < 0.05$.

5.7 Consideraciones éticas

El presente estudio no contraviene con las disposiciones emitidas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones hasta Edimburgo Escocia en octubre 2002. Así como las dispuestas por la Ley General de Salud de los Estados Unidos mexicanos. Fue registrado este estudio, ante el Comité Local de Investigación Médica con el número 2003-6510007. Se solicitó el consentimiento informado de las participantes ofreciéndoles la confidencialidad de la información.

6. RESULTADOS.

Se incluyeron 132 mujeres, de las cuales 66 fueron del grupo de embarazadas sin aborto y 66 mujeres embarazadas que presentaron aborto, con un promedio de edad de 29 años, desviación estándar de 7.0 y rango de 15 a 57 años. En cuanto al inicio de vida sexual activa (IVSA) fue similar en ambos grupos con un promedio de edad de 20 años con desviación estándar de 3.8 y rango de 14 a 33 años.

La procedencia del medio urbano, predominó tanto en el grupo de las embarazadas que presentaron aborto con casi el 99% (n = 65); en las que no se presentó el aborto con casi el 88% (n = 58). (Cuadro 1/ Gráfica 1).

El grado escolar de secundaria se encontró con más frecuencia en ambos grupos de forma similar 50% (n = 33) en embarazadas que abortaron y 49% (n = 32) en embarazadas sin aborto, siguiendo la primaria en las del grupo que no abortaron 19.7 (n = 13); y en las que abortaron continua la primaria y preparatoria en forma similar con 39.3% (n = 26). (Cuadro 2 / Gráfica 2).

La ocupación en las embarazadas que abortaron, predominaron las obreras con 45 (68.18%); y en las que no abortaron las amas de casa 41 (62.12%). (Cuadro 3 / Gráfica 3).

Del estado civil la mayoría correspondió al grupo de las unidas, casadas y unión libre, en las embarazadas que abortaron con 55 (83%), y las embarazadas que no abortaron con 62 (94%). (Cuadro 4 / Gráfica 4).

El número de embarazos en las pacientes que abortaron, un 70% (n = 46) cursaban con 1era y 2da gestación, mientras que en las que no abortaron 71.22% (n = 47) era su 1era, 2da y 3era gestación. (Cuadro 5 / Gráfica 5)

En cuanto al número de partos de las pacientes que abortaron, el 75.7% (n = 50) han tenido de 0 a 2 partos, y la que no han abortado 81.8% (n = 54). (Cuadro 6 / Gráfica 6)

Las embarazadas que abortaron, no han tenido cesáreas 55 (77.27%), y las que no abortaron si se les ha realizado la cesárea a 32 (48.4%) (Cuadro 7 / Gráfica 7).

De las embarazadas con aborto, 60 (91%) han tenido un aborto y 6 (9%) han tenido dos abortos (Cuadro 8 / Gráfica 8).

Las malformaciones congénitas de las encuestadas y de los productos, en ambos grupos 1 (1.52%) las presentaron. (Cuadro 9 y 10 / Gráfica 9 y 10).

La planificación familiar previa en las pacientes con aborto, casi la mitad no llevó método 31 (46.97%) y 15 (22.73%) uso dispositivo intrauterino (DIU), de las que no abortaron 40 (60.6%) uso DIU. (Cuadro 11 / Gráfica 11).

En cuanto a embarazo actual, si es deseado en las pacientes con aborto el 72.73% (n = 48) y en las pacientes sin aborto sólo 1.52% (n = 1) (Cuadro 12 / Gráfica 12).

La mayoría de las encuestadas de ambos grupos, no presentan enfermedades crónicas 64 (96.9%) de las que si abortaron, y 61 (92.4%) de las que no abortaron. (Cuadro 13 / Gráfica 13).

La mayoría de las encuestadas de ambos grupos, no ingerían medicamentos ni tóxicos con 89.4% (n = 59) en las que si abortaron, y 81.82% (n = 54) de las que no abortaron. (Cuadro 14 / Gráfica 14).

Las encuestadas no presentaron infecciones durante su embarazo 87.88% (n = 58) de las que si abortaron, y 84.85% (n = 56). (Cuadro 15 / Gráfica 15).

El tener antecedentes heredo familiares de aborto el 25.76% con 17 (25.76%) de las pacientes con aborto. (Cuadro 16 / Gráfica 16).

La escolaridad de la pareja predominó en ambos grupos la secundaria con 34 (51.52%) en las pacientes con aborto y 33 (50%) en las pacientes sin aborto. (Cuadro 17 / Gráfica 17).

La pareja de las encuestadas en ambos grupos no presentaban enfermedades crónicas ni infecciosas 63 (95.44%). (Cuadro 18 y 19 / Gráfica 18 y 19).

Las toxicomanías positivas en la pareja del grupo de las que abortaron fue del 19.7% (n = 13), y de las que no abortaron el 45.45% (n = 30). (Cuadro 20 / Grafica 20)

La violencia intrafamiliar fue similar en ambos grupos con 4 (6.06%). (Cuadro 21 / Grafica 21).

De los factores asociados con significancia estadística para aborto espontáneo fue la residencia urbana con Razón de Momios (RM) de 8.97, con intervalo de confianza del 95% (IC95% de 1.08-196.86, con un valor $p = 0.016$); la escolaridad menor de secundaria con RM 2.65 (IC95% de 1.13-6.25, $p = 0.01$); la ocupación trabajadora RM 5.58 (IC95% 2.45-12.88, $p < 0.01$) (Cuadro 22).

De los factores de riesgo asociados pero sin significancia estadística fueron el estado civil no unidas (solteras ó separadas), con RM de 3.10 (IC95% de 0.84-12.34, $p = 0.05$). (Cuadro 22).

Factores protectores para aborto la utilización de un método anticonceptivo previo DIU con RM 0.13 (IC95% 0.05-0.34, $p < 0.001$); preservativo RM 0.21 (IC95% 0.05-0.91, $p = 0.01$). (Cuadro 23)

Haber tenido más de 3 embarazos RM de 3.66 (IC95% 1.32 -10.52, $p = 0.005$) (Cuadro 23). Toxicomanías positivas en la pareja RM de 3.40 (IC95% 1.47- 7.97, $p = 0.01$) (Cuadro 25).

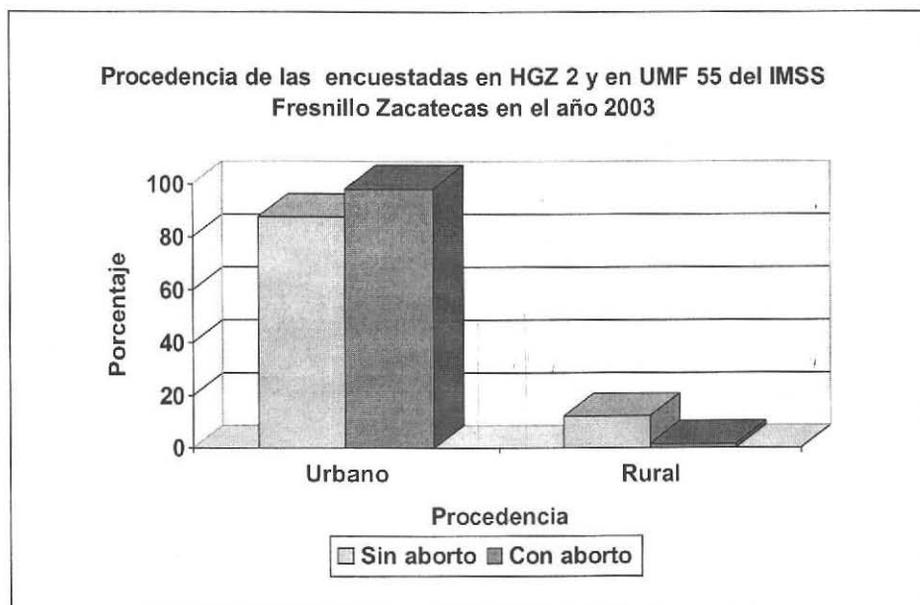
Cuadro 1

Procedencia de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

PROCEDENCIA	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Urbana	58	87.8	65	98.4
Rural	8	12.2	1	1.6
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Grafica 1



Fuente: Cuadro 1.

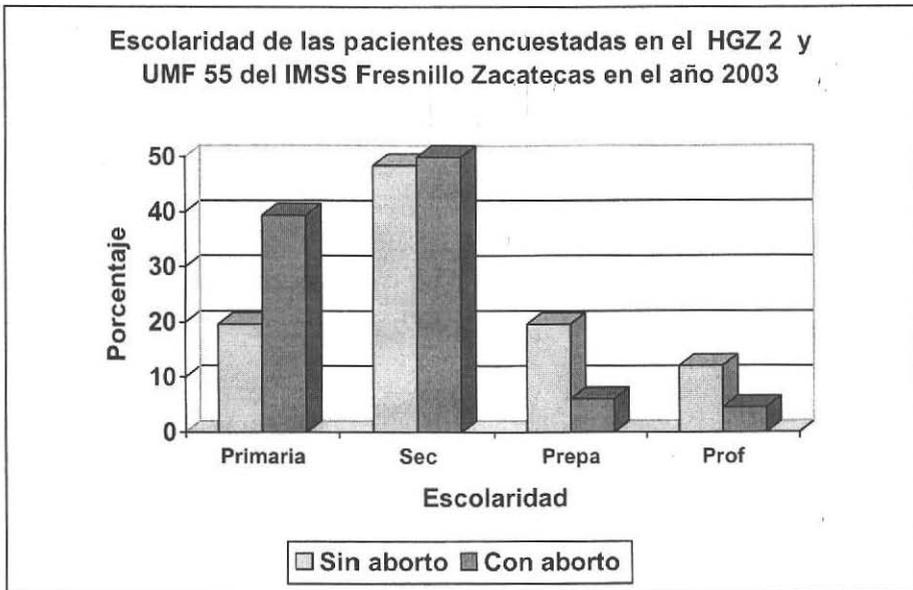
Cuadro 2.

Escolaridad de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003

ESCOLARIDAD	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Primaria	13	19.7	26	39.39
Secundaria	32	48.48	33	50.00
Preparatoria	13	19.7	4	6.06
Profesional	8	12.12	3	4.55
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Grafica 2.



Fuente: Cuadro2.

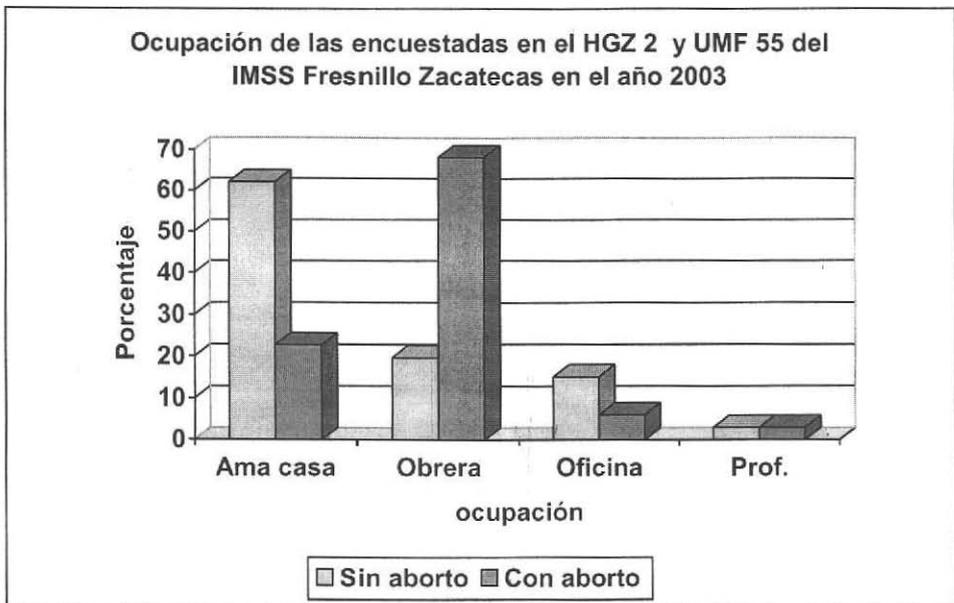
Cuadro 3.

Ocupación de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

OCUPACION	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Ama de casa	41	62.12	15	22.73
Obrera	13	19.70	45	68.18
Oficina	10	15.15	4	6.06
Profesionista	2	3.03	2	3.03
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Grafica 3.



Fuente: Cuadro3.

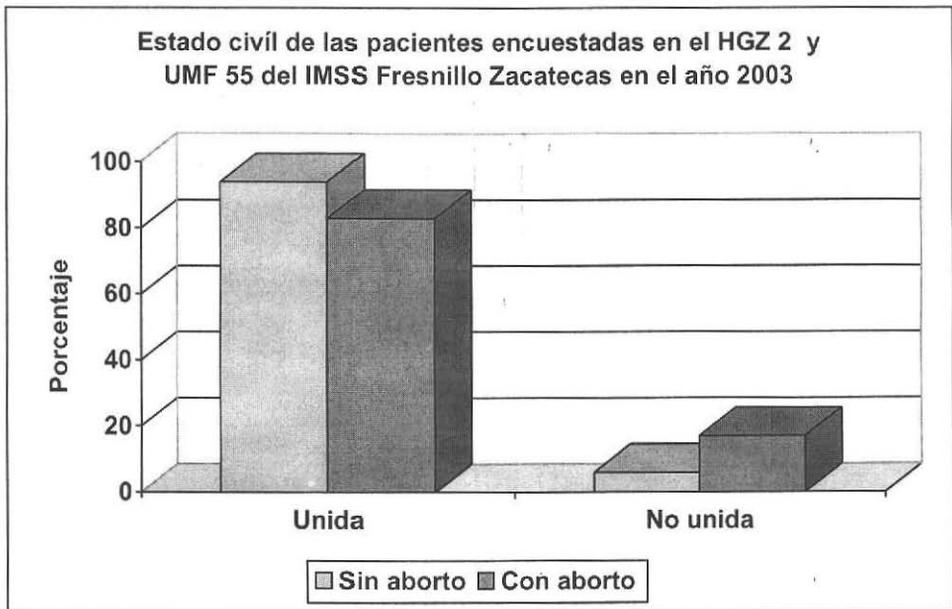
Cuadro 4.

Estado civil de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESTADO CIVIL	SIN ABORTOS		CON ABORTOS	
	No.	%	No.	%
Unida	62	94.0	55	83.0
No unida	4	6.0	11	17.0
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Grafica 4.



Fuente: Cuadro 4.

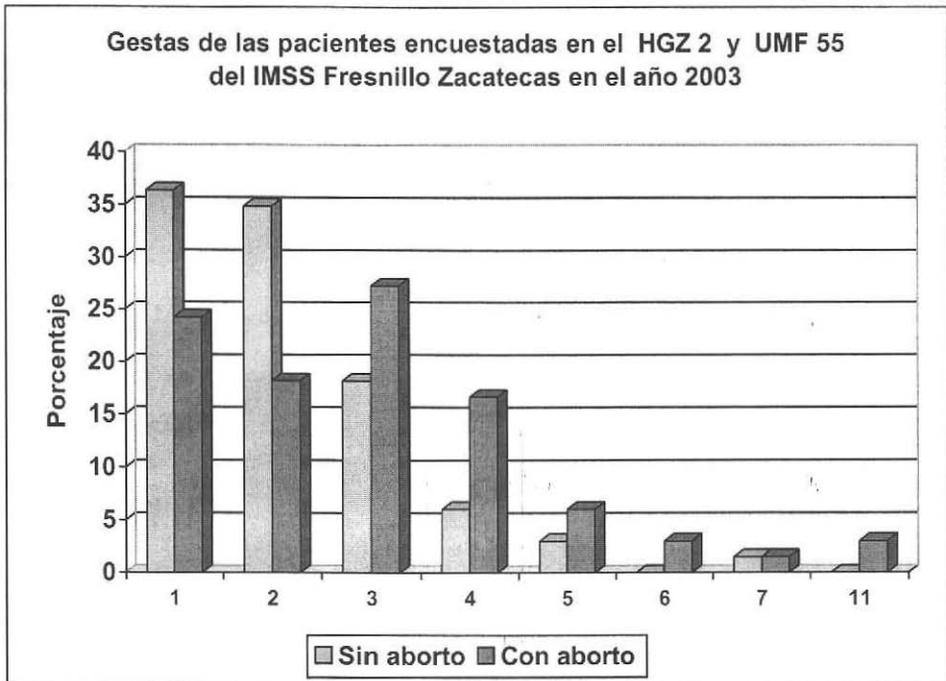
Cuadro 5.

Gestas de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

GESTAS	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
1	24	36.37	16	24.24
2	23	34.85	12	18.18
3	12	18.18	18	27.28
4	4	6.06	11	16.67
5	2	3.03	4	6.06
6	0	0.0	2	3.03
7	1	1.51	1	1.51
11	0	0.0	2	3.03
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Grafica 5.



Fuente: Cuadro 5.

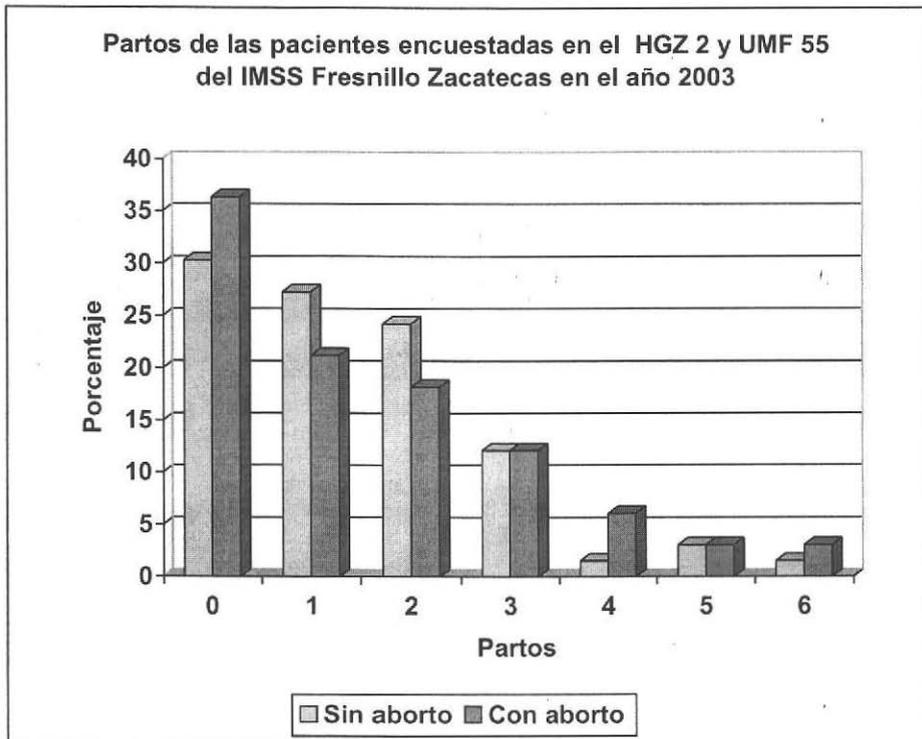
Cuadro 6.

Partos de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

PARTOS	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
0	20	30.30	24	36.36
1	18	27.28	14	21.21
2	16	24.24	12	18.18
3	8	12.12	8	12.12
4	1	1.51	4	6.06
5	2	3.03	2	3.03
6 y +	1	1.51	2	3.03
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Grafica 6.



Fuente: Cuadro 6.

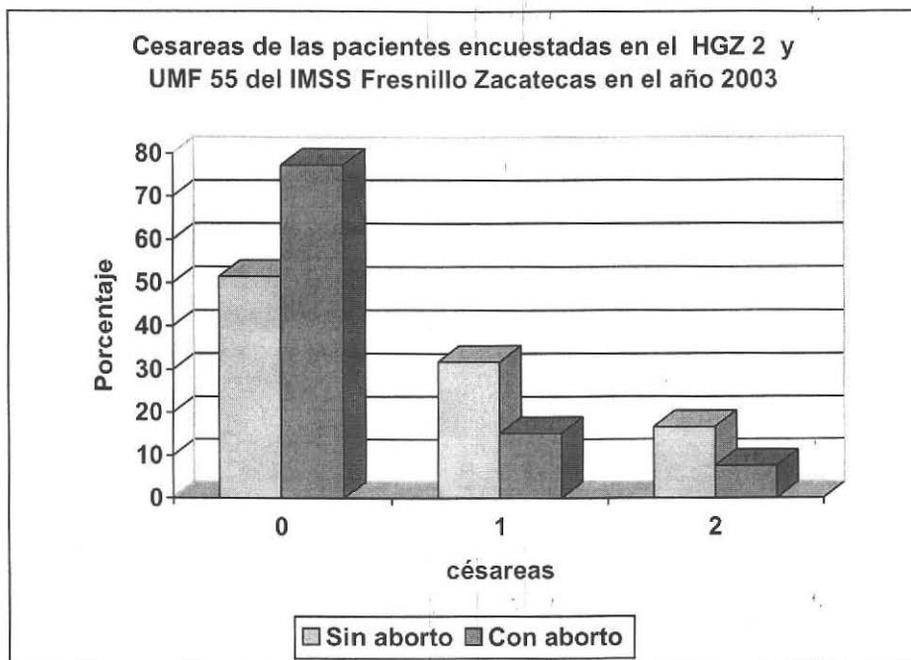
Cuadro 7.

Cesáreas de la encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

CESÁREAS	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
0	34	51.52	51	77.27
1	21	31.82	10	15.15
2 y +	11	16.66	5	7.57
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 7.



Fuente: Cuadro 7.

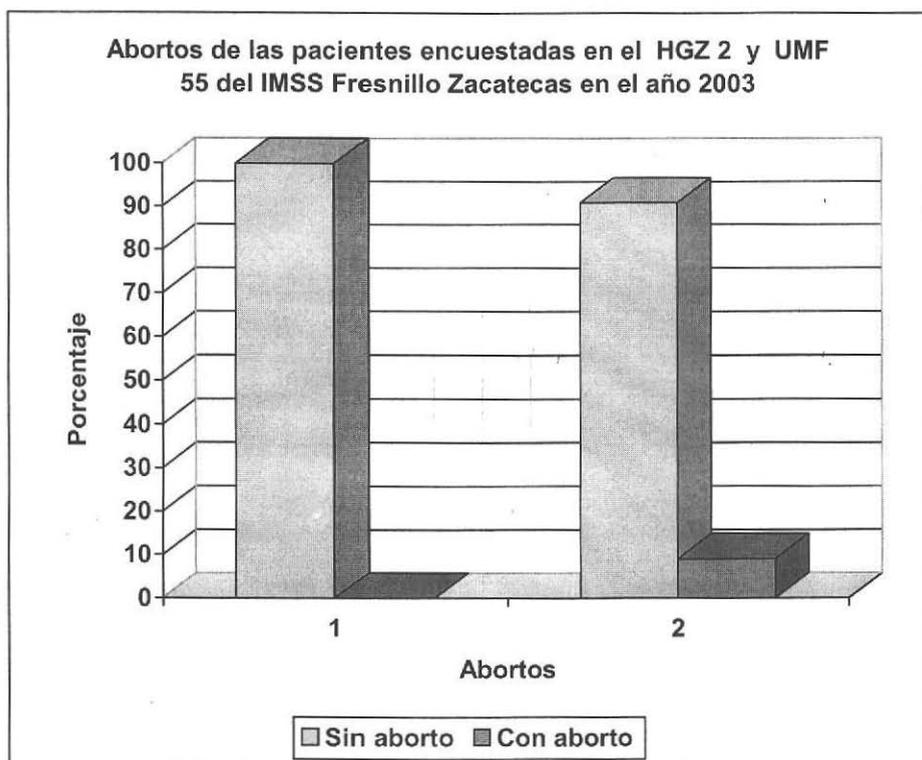
Cuadro 8.

Abortos de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ABORTOS	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
1	66	100.0	60	90.91
2	0	0.0	6	9.09
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 8.



Fuente: Cuadro 8.

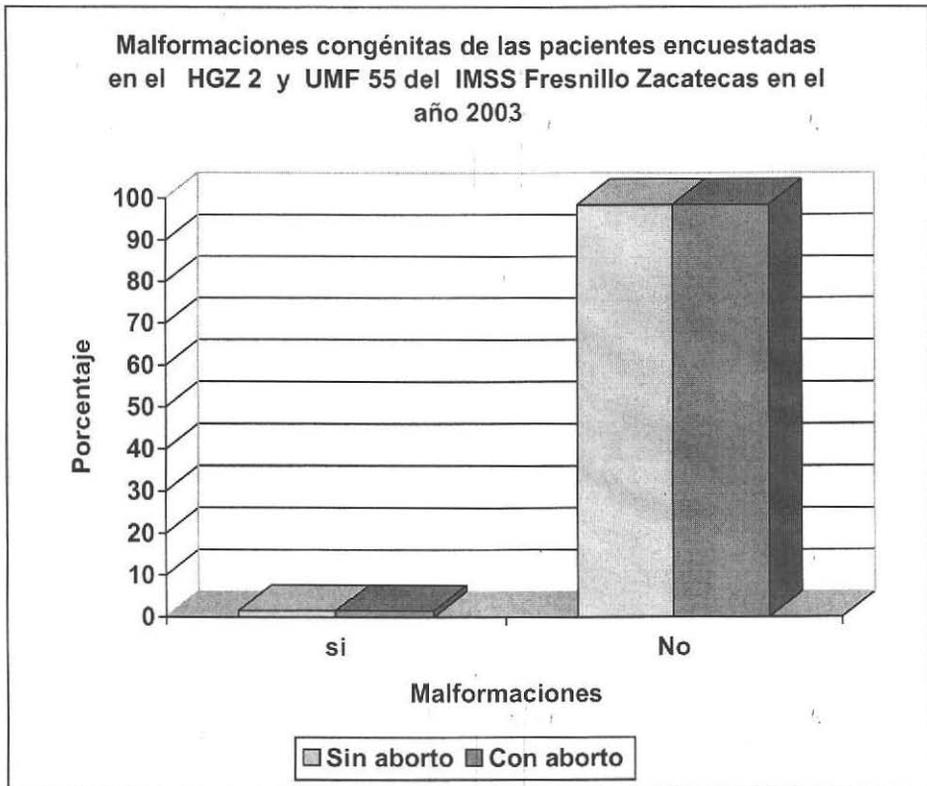
Cuadro 9.

Malformaciones congénitas de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Si	1	1.52	1	1.52
No	65	98.48	65	98.48
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 9.



Fuente: Cuadro 9.

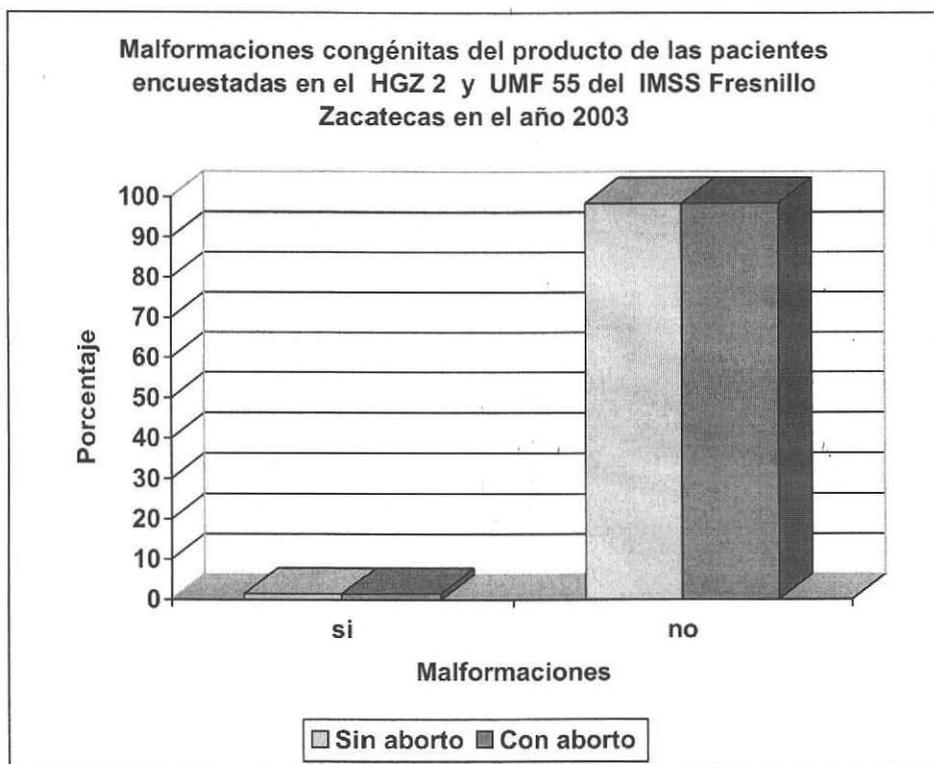
Cuadro 10.

Malformaciones congénitas del producto de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003

MALFORMACIONES EN LOS PRODUCTOS	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Si	1	1.52	1	1.52
No	65	98.48	65	98.48
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 10.



Fuente: Cuadro 10.

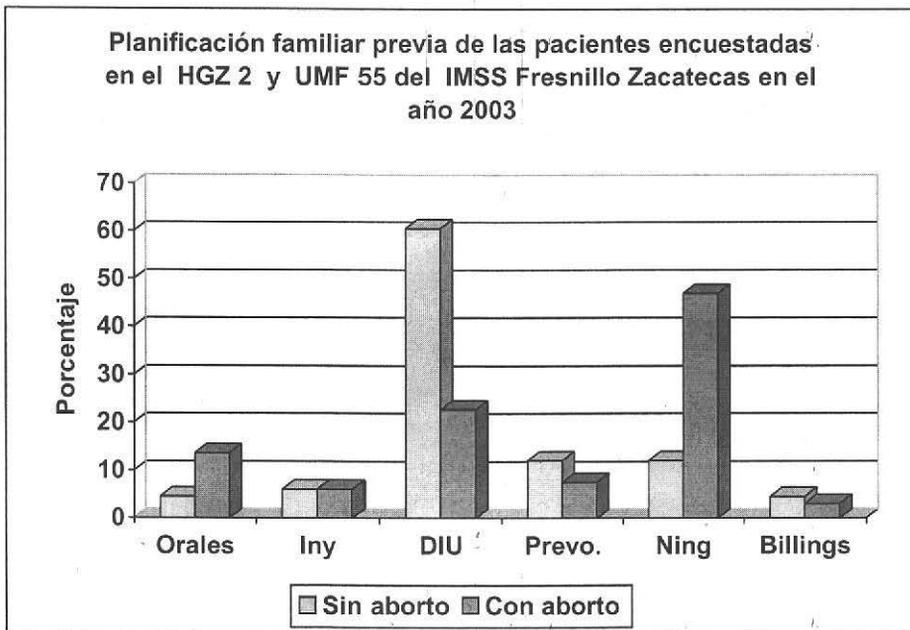
Cuadro 11.

Planificación familiar previa de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIA	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Orales	3	4.55	9	13.64
Inyectables	4	6.06	4	6.06
DIU	40	60.60	15	22.73
Preservativo	8	12.12	5	7.57
Ninguno	8	12.12	31	46.97
Billings	3	4.55	2	3.03
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 11.



Fuente: Cuadro 11.

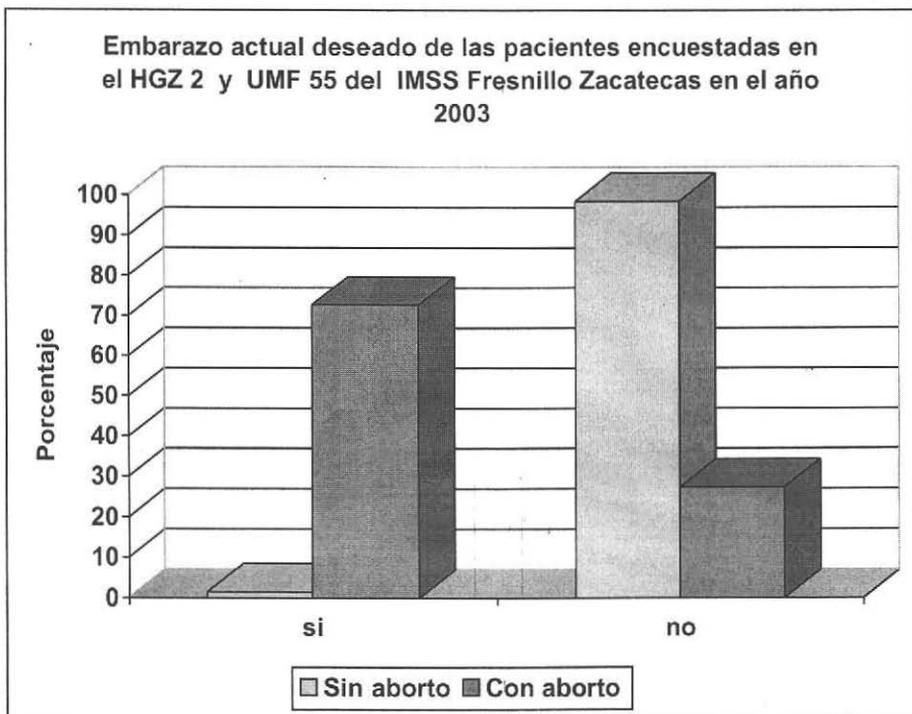
Cuadro 12.

Embarazo actual deseado de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

EMBARAZO ACTUAL DESEADO	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Si	1	1.52	48	72.73
No	65	98.48	18	27.27
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 12.



Fuente: Cuadro 12.

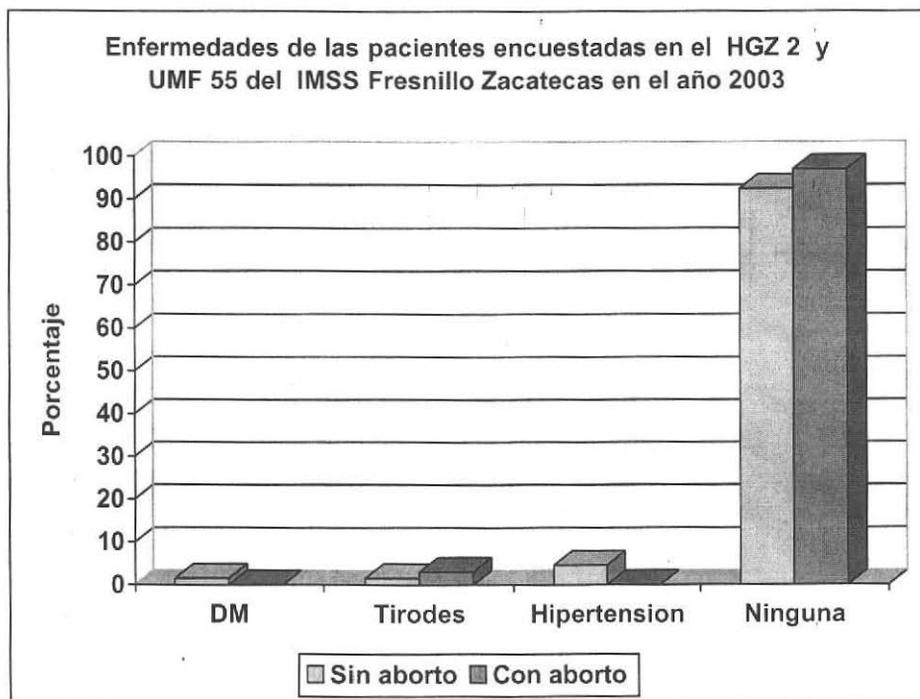
Cuadro 13.

Enfermedades de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ENFERMEDADES	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Diabetes mellitus	1	1.52	0	0.0
Tiroides y otras	1	1.52	2	3.03
Hipertensión	3	4.54	0	0.0
Ninguna	61	92.42	64	96.97
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 13.



Fuente: Cuadro 13.

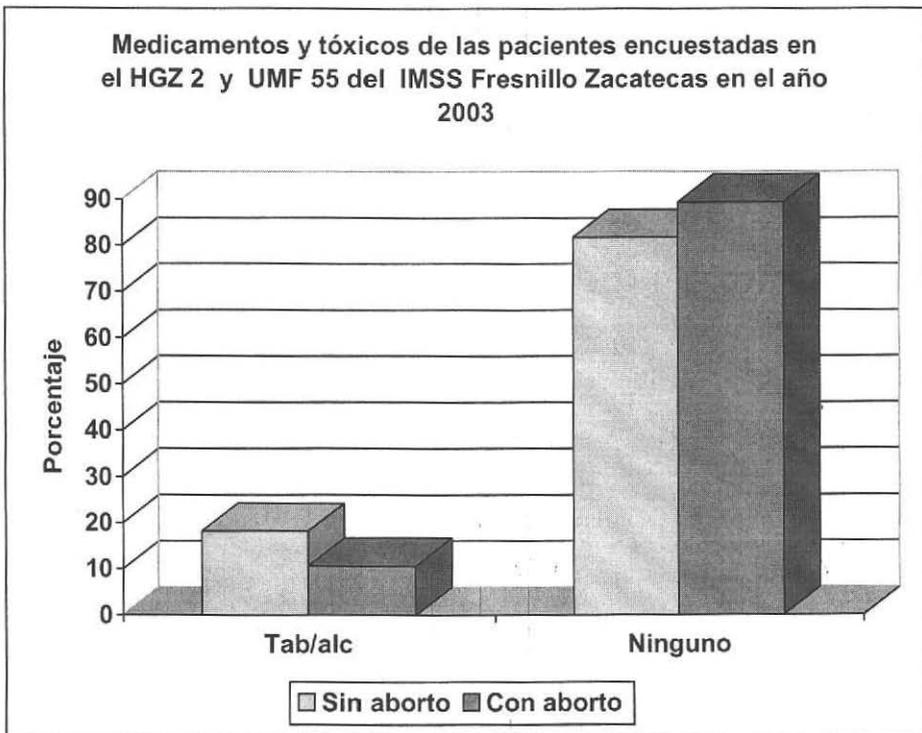
Cuadro 14.

Medicamentos y tóxicos de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

MEDICAMENTOS Y TÓXICOS	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Tabaco, alcohol, otros	12	18.18	7	10.60
Ninguno	54	81.82	59	89.40
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 14.



Fuente: Cuadro 14.

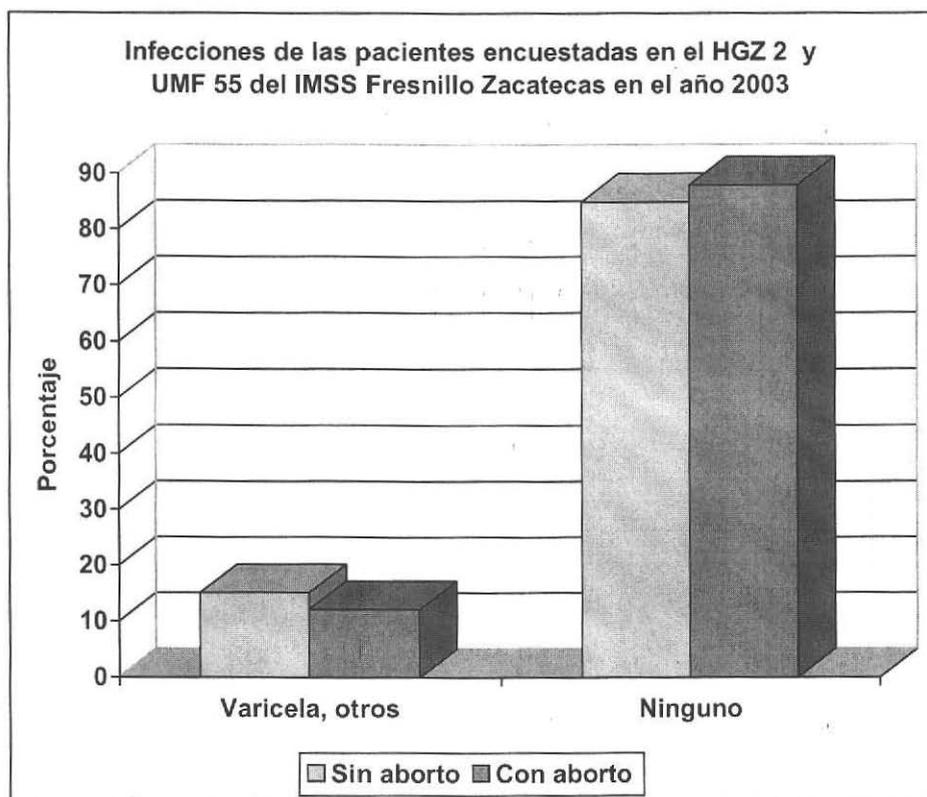
Cuadro 15.

Infecciones de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

INFECCIONES	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Varicela, otros	10	15.15	8	12.12
Ninguno	56	84.85	58	87.88
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 15.



Fuente: Cuadro 15.

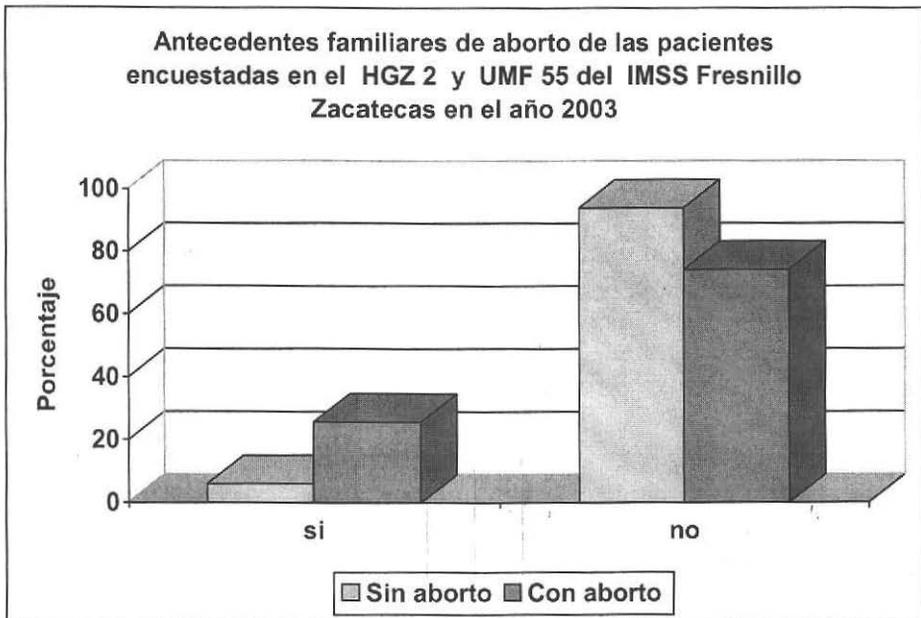
Cuadro 16.

Antecedentes familiares de aborto de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABORTO	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Si	4	6.06	17	25.76
No	62	93.94	49	74.24
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 16.



Fuente: Cuadro 16.

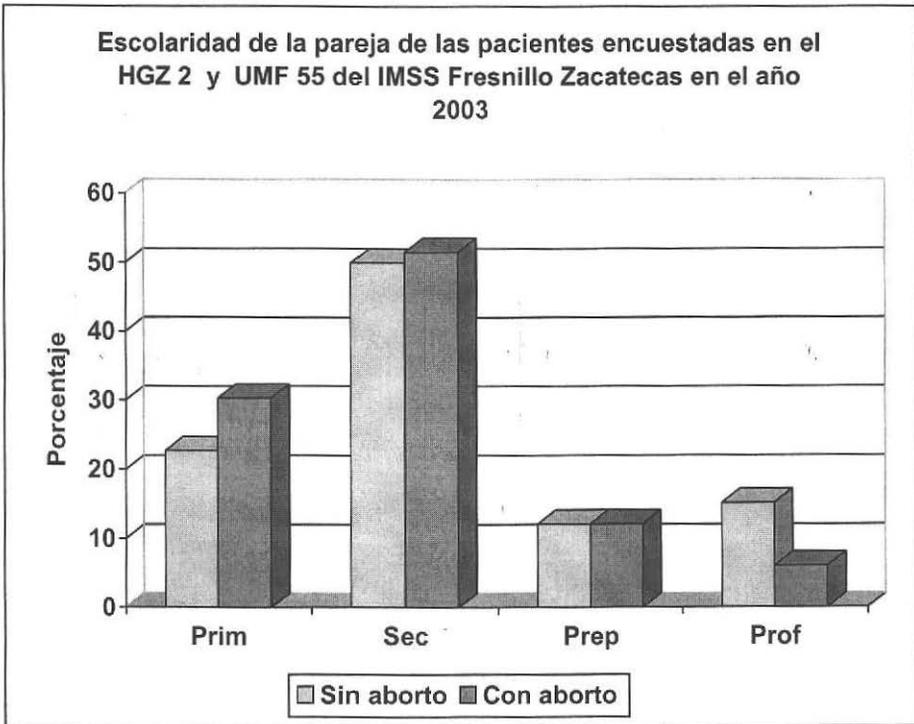
Cuadro 17.

Escolaridad de la pareja de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESCOLARIDAD DE LA PAREJA	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Primaria	15	22.73	20	30.30
Secundaria	33	50.00	34	51.52
Preparatoria	8	12.12	8	12.12
Profesional	10	15.15	4	6.06
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: Encuestas.

Gráfica 17.



Fuente: Cuadro 17.

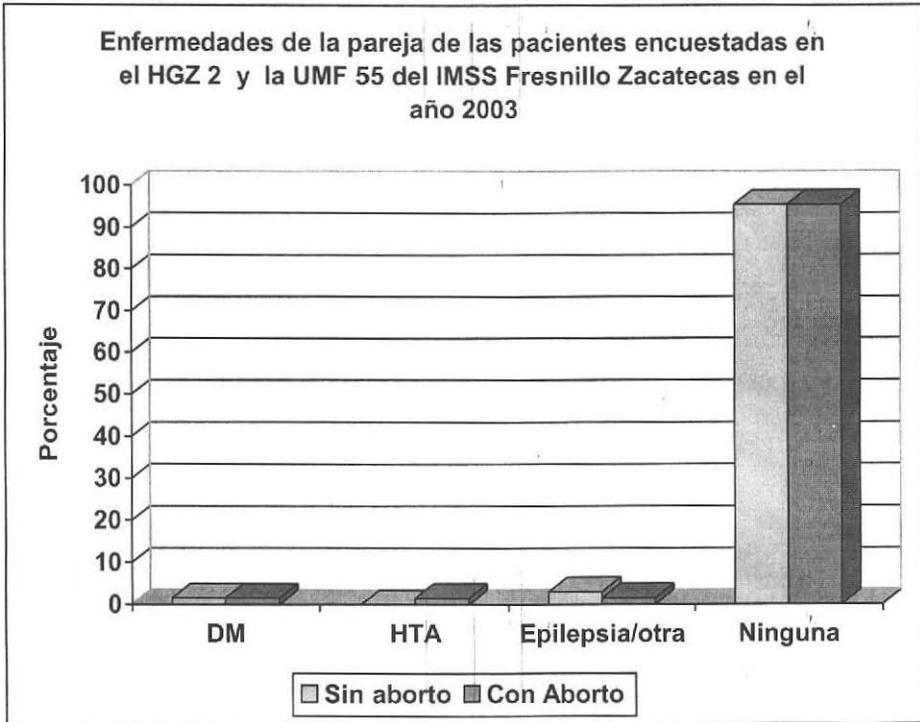
Cuadro 18.

Enfermedades de la pareja de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ENFERMEDADES DE LA PAREJA	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Diabetes mellitus	1	1.52	1	1.52
Hipertensión arterial	0	0.0	1	1.52
Epilepsia y otras	2	3.03	1	1.52
Ninguna	63	95.44	63	95.44
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfica 18.



Fuente: Cuadro 18.

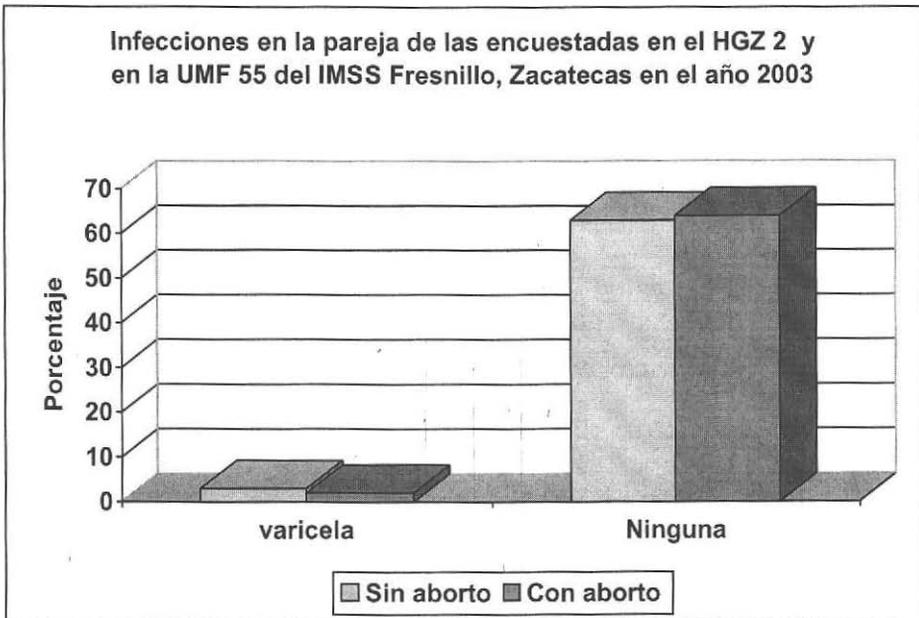
Cuadro 19.

Infecciones en la pareja de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

INFECCIONES EN LA PAREJA	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Varicela, otros	3	4.55	2	3.03
Ninguna	63	95.45	64	96.97
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: encuestas

Grafica 19.



Fuente: Cuadro 19.

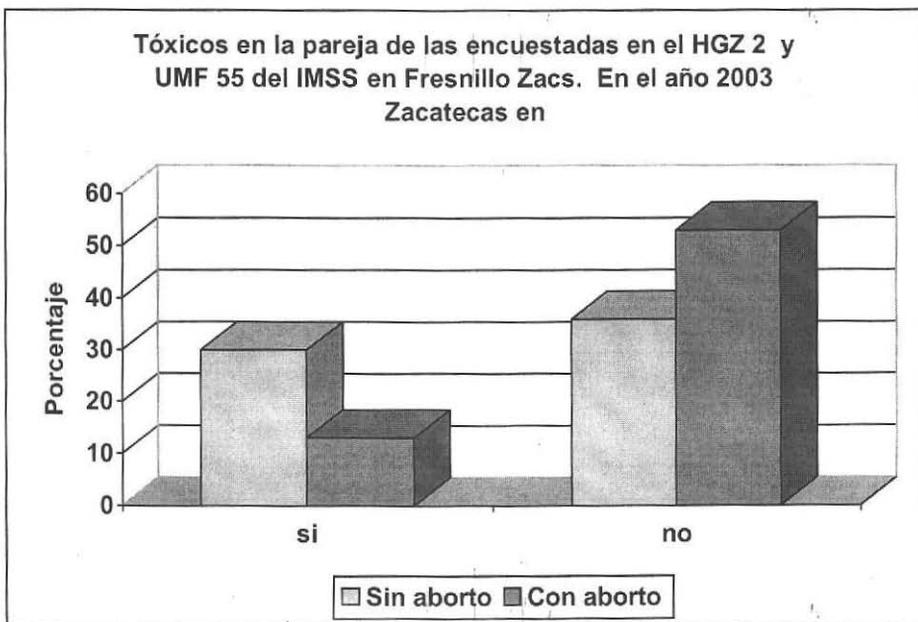
Cuadro 20.

Tóxicos en la pareja de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

TÓXICOS EN LA PAREJA	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Si	30	45.45	13	19.70
No	36	54.55	53	80.30
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: encuestas

Gráfica 20.



Fuente: Cuadro 20.

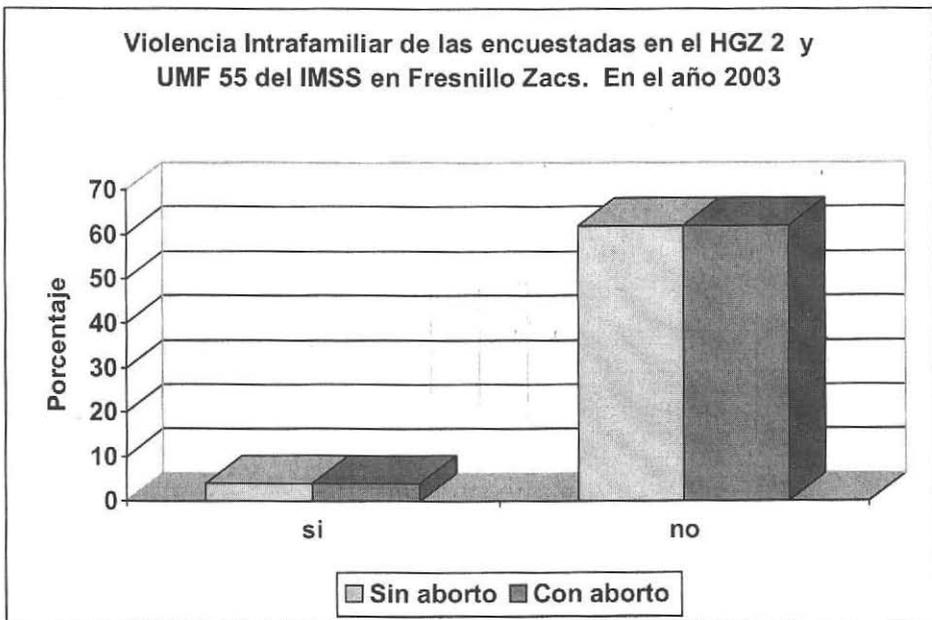
Cuadro 21.

Violencia intrafamiliar de las encuestadas en HGZ 2 y UMF 55 del IMSS en Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

VIOLENCIA INtraFAMILIAR	SIN ABORTOS		CON ABORTO	
	No.	%	No.	%
Si	4	6.06	4	6.06
No	62	93.94	62	93.94
TOTAL	66	100.0	66	100.0

Fuente de información: encuestas.

Gráfica 21.



Fuente: Cuadro 21.

Cuadro 22.

Factores asociados a aborto espontáneo en pacientes estudiadas del HGZ 2 y de la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

Factores	Sin aborto	Con aborto	RM	IC95%	P
Residencia					
Rural	8	1	1.0	---	---
Urbana	58	65	8.97	1.08-196.86	0.01*
Edo. Civil					
Unida	62	55	1.0	---	---
No Unida	4	11	3.10	0.84-12.34	0.05
Edad					
Menor 19 años	5	1	1.0	---	---
Mayor de 19	54	51	4.72	0.51-110.55	0.127
Escolaridad					
Alta	53	40	1.0	---	---
Baja	13	26	2.65	1.13-6.25	0.013
Ocupación					
Ama de casa	41	15	1.0	---	---
Trabajadora	25	51	5.58	2.45-12.88	<0.01
Violencia IF**					
No	62	62	1.0	---	---
Si	4	4	1.0	0.20-5.03	<0.01

Fuente de información: Encuestas.

* Prueba exacta de Fisher, resto X^2 .

** Intrafamiliar.

Cuadro 23.

Factores Gineco- obstétricos asociados a aborto espontáneo pacientes estudiadas del HGZ 2 y de la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en al año 2003.

Factores	Sin aborto	Con aborto	RM	IC95%	P
IVSA *					
> 14 años	62	64	1.0	---	---
< 14 años	4	2	0.48	0.06-3.23	0.340**
Embarazos					
3 ó menos	59	46	1.0	---	---
4 ó más	7	20	3.66	1.32-10.52	0.005
Partos					
< 3	54	50	1.0	---	---
3 ó más	12	16	1.44	0.57-3.63	0.394
Cesáreas					
< 2	55	61	1.0	---	---
2 ó más	11	5	0.41	0.12-1.39	0.109
PF Previa***					
Sin PF	11	33	1.0	---	---
DIU****	40	15	0.13	0.05-0.34	<0.001
Hormonales	7	13	0.62	0.17-2.35	0.409
Preservativo	8	5	0.21	0.05-0.91	0.01

Fuente de información: Encuestas.

* Inicio vida sexual activa.

** Prueba Exacta de Fisher, resto X^2 .

***Planificación familiar.

**** Dispositivo intrauterino.

Cuadro 24.

Factores asociados con patologías aborto espontáneo pacientes estudiadas del HGZ 2 y de la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en al año 2003.

Factores	Sin aborto	Con aborto	RM	IC 95%	P
Malformaciones Congénitas en la encuestada					
No	65	65	1.0	---	---
Si	1	1	1.0	0.0-37.50	0.751*
Malformaciones congénitas en el producto					
No	65	65	1.0	---	---
Si	1	1	1.0	0.0-37.50	0.751*
Enfermedades crónicas					
No	61	64	1.0	---	---
Si	5	2	0.38	0.05-2.34	0.220*
Medicamentos					
No	54	59	1.0	---	---
Si	12	7	0.53	0.17-1.60	0.215
Infecciones					
No	56	58	1.0	---	---
Si	10	8	0.77	0.29-2.32	0.611

Fuente de información: Encuestas.

* Prueba exacta de Fisher, resto X^2 .

Cuadro 25.

Factores asociados con las parejas de las pacientes con aborto espontáneo pacientes estudiadas del HGZ 2 y de la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

Factores	Sin aborto	Con aborto	RM	IC95%	P
Escolaridad					
Alta	15	20	1.0	---	---
Bajo	51	46	0.68	0.29-1.58	0.324
Enfermedades					
No	63	63	1.0	---	---
Si	3	3	1.0	0.15-6.51	0.659*
Infecciones					
No	63	64	1.0	---	---
Si	3	2	1.52	0.20-13.56	0.500*
Toxicomanías					
No	36	53	1.0	---	---
Si	30	13	3.40	1.47-7.97	0.001

Fuente: Encuestas.

*Prueba exacta de Fisher, resto X^2 .

7. DISCUSION:

Los resultados del presente estudio muestran el perfil sociodemográfico del aborto espontáneo que nos muestra que en mujeres con edad mayor 19 años se presenta casi cinco veces más, tal vez se pueda explicar por el mayor número de embarazos que se presenta a estas edades.

En cuanto al inicio de vida sexual activa (IVSA) fue similar en ambos grupos con un promedio de edad de 20 años.

En la residencia urbana se asocio casi nueve veces más. A pesar de que existen centros de salud más cerca y en nuestro caso particular de los derechohabientes su atención esta asegurada sin ningún costo. Por otro lado puede influir a una mayor exposición al ritmo de vida, exposición a contaminantes del medio urbano cotidianamente.

La escolaridad de primaria y menos fue dos veces y media más, que las de escolaridad mayor, podría ser porque también es menor la percepción de los signos de alarma de la complicación de un embarazo y no acuden oportunamente a recibir atención médica oportunamente.

También se presentó el aborto en casi seis veces más en las mujeres trabajadoras, podría ser el resultado de mayor actividad física, considerando el tiempo laboral más el que debe realizar en su hogar con las labores diarias.

El aborto se presentó tres veces más en mujeres solteras y separadas, esto puede deberse a que sin el apoyo de la pareja, al igual que la escolaridad no acuden oportunamente a recibir atención médica oportunamente.

Las mujeres con más de cuatro embarazos tuvieron una asociación cerca de cuatro veces más, esto es explicable por una mayor exposición para presentar un aborto.

La mayoría de las encuestadas, presento sus abortos sin cesáreas, se considera que por ser los productos muy pequeños (aborto espontáneo), no hubo necesidad de cesárea.

La mayor parte de las encuestadas, solo había tenido un aborto, y solo algunas presentaban 2, se considera que por la edad de las mujeres, ya que el promedio de edad, fue de 20 años.

En este estudio, no se encontraron malformaciones en las mujeres, que pudieran condicionar a aborto espontáneo.

No hubo malformaciones congénitas en los productos, que repitieran en los siguientes abortos.

Las pacientes que abortaron, la mayoría no usaban métodos anticonceptivos, y el siguiente método en registrarse fue el DIU, pero en las que no abortaron el 61%, usaban el DIU, por lo que no es concluyente el uso del DIU, como condicionante de aborto espontáneo.

La mayoría de las mujeres que abortaron, si deseaban tener pronto otro embarazo, se pudiera suponer que ya no querrían tener por lo pronto otro embarazo.

Se creía que las mujeres con enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial y los problemas tiroideos, iban a presentar abortos espontáneos, y lo que se encontró, fue que la gran mayoría estaba sana.

Se presuponía que las mujeres que ingerían alcohol, fumaban y tomaban medicamentos sin prescripción medica, abortaban más, y se encontró que solo el 11% de las que abortaron, lo hacían.

Se pensaba que las mujeres con infecciones exantemáticas virales, presentarían más abortos, y se encontró que la mayoría de las que abortaron, no tenían antecedentes de infecciones virales.

Se encontró que en las que abortaron, el 26%, tenían antecedentes familiares de abortos, por lo que se cree, tienen componente hereditario.

Las parejas de las que abortaron, tuvieron nivel de educación secundaria, por lo tanto no es por ignorancia el problema del aborto espontáneo.

Las parejas, tampoco reportaron enfermedades que influyeran en el aborto.

No se reportaron infecciones virales que influyeran en el aborto, en las parejas de las mujeres encuestadas.

Solo el 20% de las que abortaron, reportaron el uso de tóxicos en su pareja (alcohol y tabaco).

La mayoría de las encuestadas, no reportaron violencia intrafamiliar, como causal de abortos espontáneos.

8. CONCLUSIONES.

El perfil sociodemográfico y los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo fueron: edad mayor de 19 años, la residencia urbana, la escolaridad baja (secundaria ó menos), ser trabajadora, ser soltera ó separada, tener más de 4 embarazos, y que la pareja presente toxicomanías. Como factores protectores la utilización de algún método anticonceptivo.

Problemas metodológicos que se encontraron: En los expedientes médicos, no hay los suficientes datos, para conocer los factores de riesgo, relacionados con el aborto espontáneo, además, falta de corroborar factor genético, solo se pregunto malformaciones físicas aparentes.

Nuevas líneas de investigación: debería existir un formato, para registro de factores de riesgo probables, tanto en el expediente del hospital, como en el de consulta externa de medicina familiar, de esta manera se pudiera tener la información para realizar el análisis de los casos y ver el impacto psicológico del aborto espontáneo.

Propuestas de solución al problema detectado: Considero necesario, difundir estos resultados, en el primer nivel de atención, ya que es en donde se pueden realizar, los programas preventivos, y de educación.

Mi punto de vista medico familiar: consiste en elaborar un formato específico para registrar factores de riesgo para aborto espontáneo, y documentar en el expediente medico, el resultado de esto, da a conocer que el medico familiar, es el responsable de corregir los factores de riesgo modificables, y dar seguimiento a los no modificables, el manejo del aborto, es responsabilidad del ginecólogo, pero las medidas preventivas para los factores de riesgo, encontrados en este estudio, son para la aplicación en el primer nivel de atención. Estos factores encontrados en el estudio, deben orientar la actitud del Medico Familiar,

hacia las parejas con antecedentes de abortos, y hacia las familias de las mismas, ya que la mujer después de un aborto, presenta un síndrome que consiste en complicaciones físicas, emocionales y espirituales, estos efectos del aborto, incluyen: sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis, y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas, aparece el bebe abortado, como lo imagina la mujer, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etc., Además si se logra disminuir el miedo, la frustración y el estrés, las funciones inmunológicas y reproductivas mejorarán y mayores serán las oportunidades de lograr un embarazo exitoso.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roy MK. Aborto recurrente, factores epidemiológicos. *Clínicas obstétricas y ginecológicas* 1994; 3:571-709.
2. Cabezas GE, Langer-Glass A, Álvarez VL, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Sal púb Méx* 1998; 40:265-71.
3. Guzmán SA, González MJ, Castañeda AI, Villa VF. Inmunopatología del aborto temprano: lo actual. *Ginecol Obstet Méx* 1997; 65:262-65.
4. Ribas Seix I. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos de primer trimestre. *Prog Diag Prenat* 2002; 14(4):152-6.
5. Guerreiro A.M, Villaescusa R, Morera L.M. Alteraciones del sistema del complemento en el aborto. *Rev cubana Hematol Inmunol* 1998; 14(3):133-6.
6. Thomas M, Harrer JH, Wagener DR, Rabin Bs, Gill TJ. III HLA sharing and spontaneous abortion in humans. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 1 51: 1053-1057.
7. Beer AE, Queberman JF, Ayers JWT, y cols. Major histocompatibility complex antigens, maternal and paternal immune responses and chronic habitual abortions in humans. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141: 987-990.
8. Gutiérrez G, Dagnino R, Mintz G. HLA-A, B, C antigens are expressed on nonvillous trophoblast of the early human placenta. *J Inmuno* 1981; 127: 2614-2617.
9. Plachot M, Junca AM, Madelbaum J. Chromosome investigations in early life II. Human preimplantation embryos. *Hum Reprod* 1987; 2:29-35.
10. Redman CWG. HLA-DR antigen on human trophoblast. A review. *Am J Reprod Inmuno.* 1983; 3:175-187.
11. Balasch J, Ercillis G, Vanrell JA, y col. Effects of HLA antibodies on pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 5:444-447.

12. Sargent IL, Wilkins T, Redman CWG. Maternal immune response to the fetus in early pregnancy and recurrence miscarriage. *Lancet* 1988; 2: 1099-1107.
13. Daya S, Clarck DA, Devlin C, Jarrell J: Pregnancy outcome in women with systemic lupus erythermotosus. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 686-690.
14. Gimovsky MK, Monntoro M, Pal RH. Pregnancy outcome in women with systemic lupus erythermotosus. *Obstet Gynecol* 1984; 63:686-690.
15. Heinonen PK, Saarikoski S, Pystyne P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982; 61: 157-1160.
16. Sistema Único de Información del IMSS, 31 y 32. 1997-2002.
17. Saraiya M, Green CA, Berg CJ, Hopkins FW, Koonin LM, Atrash HK. Spontaneous abortion-related deaths among women in the United States 1981-1999. *Obstet Gynecol* 1999;94:172-6.
18. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Cardona-Pérez JA, Madrazo-Navarro M. Mortalidad materna por aborto en el Instituto Mexicano del seguro social (1987 a 1996). *Rev Med IMSS* 1999;37(1):73-9.
19. Montero VA, Matamala RP, Valenzuela BM. Servicio e Instituto de Obstetricia y Ginecología Universidad Austral de Chile Hospital Clínico Regional de Valdivia. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto- Juvenil del 5 al 8 de octubre 1999. Tema: Principales características bio-psicosocial, del embarazo y parto en adolescentes. <http://www.cemera.cl/viextra.contribuciones.doc>.
20. Ortigosa CE, Padilla JP, López OR. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México* 2002, (70): 28-35.

21. Louriel L.M, Ph. D, Bartolome S. Examining Adolescent pregnancy, department of Human Development and family science winter 1988, College of Human Ecology, Ohio State University.

www.hec.ohio-state.edu/famlife/bulletin/volume.3/bull34pd.pdf.

10. ANEXOS

10.1 Hoja de recolección de datos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55

“FACTORES DE RIESGO EN EL ABORTO ESPONTÁNEO”

Folio: _____

NOMBRE: _____

Nº DE AFILIACIÓN: _____

DOMICILIO Y TELÉFONO: _____

CONSULTORIO Y TURNO
EN U.M.F. 55: _____

FECHA DE ABORTO (S) _____

1.- RESIDENCIA

(1) Urbana (2) Rural

2.- ESTADO CIVIL

(1) Soltera (2) Casada (3) Divorciada (4) Unión Libre
(5) Viuda

3.- EDAD _____

4.- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA _____

5.- ESCOLARIDAD

(1) Primaria Incompleta	(2) Primaria completa	(3) Secundaria Incompleta	(4) Secundaria completa
(5) Preparatoria Incompleta	(6) Preparatoria completa	(7) Profesional	(8) Analfabeta

6.- OCUPACIÓN

- (1) Ama de casa (2) Obrera (3) Oficinista (4) Comerciante
(5) Profesionalista

7.- EMBARAZO _____

8.- PARTOS _____

9.- CESÁREAS _____

10.- N° DE ABORTOS _____

11.- MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN EL EMBARAZO

- (1) Si (2) No

12.- MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN LOS PRODUCTOS

- (1) Si (2) No

13.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIA

- (1) Orales (2) Inyectables (3) DIU. (4) Preservativo
(5) Ninguno (6) Bilings

14.- EMBARAZO ACTUAL DESEADO

- (1) Si (2) No

15.- PESO DE LA ENCUESTADA _____

16.- TALLA DE LA ENCUESTADA _____

17.- ENFERMEDADES DE LA ENCUESTADA

- (1) Diabetes (2) Enf. Tiroideas (3) Hipertensión (4) Enf. Auto-
(5) Cardiopatías (6) Otras (7) Ninguna inmunes

18.- MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO

- (1) Alcohol (2) Tabaco (3) Cafeína (4) Antiepilépticos
(5) Antidepresivos (6) Otros (7) Ninguna

19.- INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO

- (1) rubéola (2) Varicela (3) Herpes (4) Estreptococo
(5) Toxoplasmosis (6) Otros (7) Ninguna

20.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABORTO ESPONTÁNEO

- (1) Si (2) No

21.- EXPOSICIÓN AL PLOMO

- (1) Si (2) No

22.- EXPOSICIÓN A SOLVENTES

(1) Si (2) No

23.- EDAD DEL ESPOSO O PAREJA SEXUAL _____

24.- ESCOLARIDAD DE SU PAREJA

(1) Primaria Incompleta	(2) Primaria completa	(3) Secundaria Incompleta	(4) Secundaria completa
(5) Preparatoria Incompleta	(6) Preparatoria completa	(7) Profesional	(8) Analfabeta

25.- ENFERMEDADES DEL ESPOSO

(1) diabetes (2) Hipertensión (3) Epilepsia (4) Cardiopatía
(5) Otras (6) Ninguno

26.- INFECCIONES DEL ESPOSO

(1) Rubéola (2) Sífilis (3) Varicela (4) Gonorrea
(5) Sida (6) Otras (7) Ninguna

27.- TOXICOMANIAS EN EL ESPOSO

(1) Si (2) No

28.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

(1) Si (2) No

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

10.2 Hoja de Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación titulado: "Perfil sociodemográfico y factores de riesgo detectados en embarazadas con ó sin aborto espontáneo" registrado ante el Comité local de Investigación Médica con el número 2003-651-0007 el objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo que ocasionan el aborto espontáneo en las mujeres derechohabientes del H.G.Z. No. 2 y la U.M.F. No. 55 del Instituto mexicano del Seguro Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en proporcionar información acerca de las causas que se consideren como causales del aborto.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que solamente consisten en el estudio de las causas del aborto.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación ó con mi tratamiento.

Entiendo que considero el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones ó publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, sin hacerme cambiar de parecer a mi permanencia en el mismo.

Fresnillo, Zacs. a _____ de _____ del 200__.

Nombre y firma del paciente

Dr. José Luís Escobar Galván
Investigador principal

Testigo

Testigo