

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES ADVERSOS EN
GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
DURANTE LOS AÑOS 2011 - 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Nancy Quispe Catachura

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES ADVERSOS EN GESTANTES CON

AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS

AÑOS 2011 - 2015.

TESIS

Presentado por:


BACH. NANCY QUISPE CATACHURA


Para optar por el título profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por *Unanimidad* ante el siguiente Jurado


.....
Dra. Obstra. Iris Paredes Gonzáles
Presidente


.....
Dra. Obstra. Olga Choque Chura
Secretaria


.....
Mgr. Obstra. Edith Godoy Gonzáles
Miembro

AGRADECIMIENTO

*A mis padres y mis hermanos
por su ayuda, apoyo y
motivación constante.*

*A Dios por su inmensa
misericordia y bendiciones.*

*A mis asesoras por su apoyo y
comprensión.*

DEDICATORIA

*A mí madre, padre y
hermanos*

*A mis docentes por sus sabias
enseñanzas y su paciencia*

*A mis asesoras por su apoyo
incondicional*

*A mis compañeras por su
amistad, ayuda y aliento*

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
CONTENIDO	v
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	01

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	03
1.2 Formulación del problema	05
1.2.1. Problema General	05
1.2.2 Problemas Específicos	05
1.3 Objetivos.....	06
1.3.1. Objetivo general.....	06
1.3.2. Objetivos específicos	06
1.4 Hipótesis	07
1.5 Importancia y justificación.....	07

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	09
2.1.1. A nivel internacional.....	09
2.1.2. A nivel nacional.....	14
2.1.3. A nivel local.....	14
2.2. Base teórica	15
2.3. Definición de términos	23

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación	25
3.2. Diseño de investigación	25
3.3. Población	25
3.3.1. Población.....	25
3.3.2. Muestra.....	26
3.3.3. Variables	27
3.4. Técnicas e instrumentos.....	28
3.5. Procedimiento y análisis.....	29
3.6. Operacionalización de Variables.....	30

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	55
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.-	Total de partos e incidencia de amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	32
TABLA 2.-	Edad materna en hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	34
TABLA 3.-	Paridad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	35
TABLA 4.-	Antecedente de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	36
TABLA 5.-	Tipo de parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	37
TABLA 6.-	Pacientes con anemia en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	38
TABLA 7.-	Hiperémesis gravídica en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	39
TABLA 8.-	Infección del tracto urinario en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	40
TABLA 9.-	Amenaza de parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	42

TABLA 10.-	Tipo de parto del recién nacido por edad gestacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	43
TABLA 11.-	Peso al nacer del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	45
TABLA 12.-	Edad gestacional del recién nacido por examen físico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.	47
TABLA 13.-	Apgar al minuto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	48
TABLA 14.-	Restricción del crecimiento intrauterino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	50
TABLA 15.-	Síndrome de dificultad respiratoria en neonatos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	51
TABLA 16.-	Infecciones neonatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	53
TABLA 18.-	Morbilidad Materna.....	56
TABLA 19.-	Morbilidad Perinatal.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.-	Total de partos e incidencia de amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	33
GRÁFICO 2.-	Infección del tracto urinario en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.	41
GRÁFICO 3.-	Tipo de parto del recién nacido por edad gestacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	44
GRÁFICO 4.-	Peso al nacer del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	46
GRÁFICO 5.-	Apgar al minuto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	49
GRÁFICO 6.-	Síndrome de dificultad respiratoria en neonatos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.....	52
GRÁFICO 7.-	Infecciones neonatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 – 2015.	54

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar cuáles son los resultados maternos y perinatales adversos asociados a gestantes con amenaza de aborto. La investigación es no experimental, retrospectiva, de corte transversal, comparativo y descriptivo analítico. Se estudió a todas las gestantes cuyo parto fue atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015, se comparó las gestantes que presentaron amenaza de aborto durante el embarazo con las gestantes que no la presentaron, se estimó χ^2 y se consideró asociación cuando $p < 0,05$. La información se obtuvo de la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Los resultados indican que la incidencia de amenaza de aborto fue 1,31%, los resultados maternos y perinatales adversos que se asocian a la amenaza de aborto son: Antecedente de aborto con un 39,38% ($p < 0,01$); Terminación por cesárea con 54,87% ($p < 0,05$); Hiperémesis gravídica con 5,31% ($p < 0,01$); Infección del tracto urinario con 37,17% ($p < 0,01$); Amenaza de parto prematuro con 7,08% ($p < 0,01$); Bajo peso al nacer con 8,85% ($p < 0,01$); Restricción del crecimiento intrauterino con 4,46% ($p < 0,01$) y Síndrome de dificultad respiratoria con 3,57% ($p < 0,05$).

Palabras clave: Amenaza de aborto/ Resultados adversos/ Gestantes.

ABSTRACT

The objective was to determine the maternal and perinatal adverse outcomes associated with pregnant women with threatened abortion. Non-experimental, retrospective, cross-sectional and comparative study. We studied all pregnant women whose delivery was attended at the Hipolito Unanue hospital in Tacna during the years 2011 to 2015, compared the pregnant women who presented threat of abortion during pregnancy with pregnant women who did not present it, Chi2 was estimated and considered Association when $p < 0.05$. The information was obtained from the database of the Perinatal Computer System. The results indicate that the incidence of threatened abortion was 1.31% and was associated with a high degree of study ($p < 0.01$), history of abortion ($p < 0.01$), cesarean termination ($p < 0.01$), threatened preterm birth ($p < 0.01$), low birth weight ($p < 0.01$), hypertension ($p < 0.01$), urinary tract infection Intrauterine growth restriction ($p < 0.01$) and respiratory distress syndrome ($p < 0.05$). It is concluded that the threat of abortion is associated with adverse maternal and perinatal outcomes.

Keywords: Threat of abortion / Adverse / Pregnant outcomes.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto es preocupante. Entre el 20 a 25% de las mujeres manifiesta manchado vaginal o un sangrado un poco más abundante al principio del embarazo, que en ocasiones persiste durante varios días o semanas. Cerca de 50% de estos embarazos finalmente termina en aborto, de ahí la importancia de su estudio. Incluso cuando después de una hemorragia durante la primera mitad del embarazo no se produce un aborto, estos fetos tienen mayor riesgo de sufrir parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal. (1)

La amenaza de aborto se define como la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de las 22 semanas de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción.

El presente trabajo titulado “RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES ADVERSOS EN GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2011 - 2015”, surge debido al interés e importancia que tiene la amenaza de aborto ya que se asocia con mayor frecuencia a complicaciones maternas y de sus neonatos, el objetivo del presente

trabajo es determinar cuáles son resultados maternos y perinatales adversos en gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011 - 2015.

El presente estudio está estructurado en 5 capítulos:

El capítulo I: Presenta el planteamiento de estudio, formulación del problema, objetivos y la justificación de esta investigación.

El capítulo II: Tenemos la base teórica y conceptual, donde se expresan los conceptos utilizados en la investigación.

El capítulo III: Se encuentra el marco metodológico de la investigación, técnica de recolección de datos, el procedimiento y análisis de datos.

El capítulo IV: Esta los resultados e interpretación de los datos experimentales, las discusiones, conclusiones, recomendaciones que se otorgan por el presente trabajo.

Finalmente se presenta la bibliografía, que permite sustentar la presente investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La amenaza de aborto es el trastorno en el cual una gestante presenta el riesgo de perder su producto antes de las 22 semanas de gestación, y constituye complicación común que se produce hasta en el 50% de los embarazos y de estos el 30% acaban en aborto espontáneo. (2)

Por ello el periodo perinatal es considerado de gran riesgo para el ser humano debido a la mayor morbilidad y mortalidad en comparación con etapas posteriores de la vida. (2). Se debe considerar que, tanto la madre como su producto, requieren una asistencia obstétrica y neonatal de calidad ante la presencia de factores de riesgo que pueden condicionar resultados adversos.

En el Perú de cada 5 mujeres embarazadas, 1 a 2 presentará sangrado genital en la primera mitad del embarazo. De estas, la mitad tendrá una pérdida reproductiva. Al momento de presentación

es posible verificar si se trata de una gestación potencialmente viable (amenaza de aborto), ó de una gestación no viable (huevo anembrionado o muerte embriofetal), en que el aborto (expulsión de feto y/o placenta) aún no se ha consumado, lo que plantea estrategias de manejo obviamente diferentes. (3).

Los resultados desfavorables de la presencia de esta amenaza de aborto durante la gestación van desde la amenaza de parto prematuro en la madre y prematuridad en el recién nacido e inclusive pueden llegar hasta la muerte del neonato, lo cual hace necesario conocer un poco más la realidad de esta situación en las gestantes que se atienden en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los resultados maternos y perinatales adversos en gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011 - 2015?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la incidencia de la amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 - 2015?
2. ¿Cuáles son los resultados maternos adversos en gestantes que presentaron amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 - 2015?
3. ¿Cuáles son los resultados perinatales adversos en gestantes que presentaron amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 - 2015?
4. ¿Existe relación entre edad, paridad, tipo de parto, antecedente de aborto y la presencia de amenaza de aborto?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar cuáles son los resultados maternos y perinatales adversos en gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011 – 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Determinar la incidencia de la amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015.
- b. Identificar los resultados maternos adversos asociados a gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015.
- c. Identificar los resultados perinatales adversos asociados a gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015.
- d. Determinar la asociación entre la edad, paridad, tipo de parto, antecedente de aborto y la presencia de amenaza de aborto.

1.4. Hipótesis

Los resultados maternos y perinatales adversos en gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011-2015 se asocian a mayor morbilidad materno perinatal.

1.5. Importancia y justificación

El presente estudio es importante porque la amenaza de aborto es la causa de complicaciones para la madre y el recién nacido y sirve como un importante punto de referencia y una llamada de atención al servicio de obstetricia para realizar un control prenatal minucioso e identificar los antecedentes de la paciente y los exámenes de laboratorio de rutina, para realizar el manejo adecuado ante una paciente con amenaza de aborto.

Existe una serie de estudios nacionales que han demostrado que la amenaza de aborto genera una serie de complicaciones para la madre, la gestación, así también como para el recién nacido.

Lorenzo Gravis en 1975, en su tesis doctoral presentada en la UNMSM demostró que la amenaza de aborto guarda estrecha

relación con la prematuridad, toxemia, placenta previa, destaca también que el recién nacido presenta mayores complicaciones como ictericia, incompatibilidad y malformaciones congénitas. (4)

Es por ello que es importante establecer cuáles son los resultados adversos que se puede presentar en pacientes que presentaron amenaza de aborto con la finalidad de poder establecer un mejor manejo y priorizar la atención de los pacientes.

Es también importante que la razón de este estudio se basa a la alta incidencia anual de amenaza de abortos registrados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Ahmed S. y cols. en el año 2012, en Buriadah, realizaron un estudio titulado “resultados maternos y neonatales en mujeres con amenaza de aborto”, a través de un diseño de casos y controles retrospectivos en el cual se incluyeron 89 mujeres con amenaza de aborto y 45 mujeres sin este antecedente; observando un incremento significativo de resultados adversos en el grupo expuesto al antecedente de amenaza de aborto ($p < 0.015$); siendo la frecuencia de parto pre término, bajo peso al nacer y ruptura prematura de membranas significativamente superior en el grupo que presento amenaza de aborto (15.7% vs 2.2%, $p = 0.001$), (15.7% vs 2.2%, $p = 0.001$) y (6.7% vs 4.45, $p = 0.016$).

Además, se indica en este estudio que no hubo diferencias significativas en otros resultados del embarazo. (5)

Gallardo y cols., en el año 2012, en Cuba, realizaron un estudio descriptivo de serie de casos relacionado con Bajo Peso al Nacer en 50 gestantes pertenecientes a los años 2008 y 2009, el cual indicó que la amenaza de aborto, así como el antecedente de Bajo Peso al Nacer en partos anteriores, estuvo presente en más del 10% de los casos con Bajo Peso al Nacer. (6)

Dadkhah y cols., en el 2010, en Irán, realizaron un estudio de cohorte prospectivo se realizó en 1000 mujeres embarazadas, 500 mujeres (grupo de casos), tenían antecedentes de sangrado vaginal durante la primera mitad del embarazo y las otras 500 mujeres (grupo control), no tenía esta historia. No hubo diferencias entre los 2 grupos con respecto a la preeclampsia, pequeños para la edad gestacional y los partos por cesárea. (7)

Saraswat y cols., en el 2009 realizó su revisión sistemática sobre efectos de la amenaza de aborto del primer trimestre en los resultados maternos y perinatales, analizó 12 estudios sobre su asociación con parto pretérmino y obtuvo diferentes valores de OR según el estudio analizado, con valores desde 1.5 a 4.5 como máximo.

Saraswat y cols., en el año 2009 realizó la revisión sistemática sobre resultados maternos y perinatales por amenaza de aborto en el primer trimestre del embarazo encontró asociación significativa entre las mujeres con antecedente de hemorragia temprana del embarazo y recién nacidos con puntuación de Apgar < 7 puntos a los 5 minutos después del parto (OR 1,2 IC 95% 1,03 - 1,4) (muestra de 219 casos y 784 controles), así como con una mayor necesidad de ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales (OR 1,12 IC 95% 1,02 – 1,27) (con 644 tratados y 2900 controles).(8)

Bimsara H. y cols, en el 2009 en Sri Lanka, realizaron un estudio titulada “resultados adversos en gestantes y en sus neonatos por haber presentado amenaza de aborto”, dicho estudio incluyó 110 gestantes con amenaza de aborto y 220 sin esta característica. La edad materna media del grupo de estudio

fue 28.8 ± 4.6 y el 62.7% fue nulípara, mientras que el 30.9% múltipara. Respecto a las complicaciones observadas en el primer grupo se detectó prematuridad en 10,9%; pequeño para la edad gestacional en 18,2%; ruptura prematura de membranas en 6,4%; desprendimiento de placenta en 5,5% y extracción manual de placenta en 1,8%.(9)

Davari F. y cols., en el 2008 en Irán, realizaron un estudio de casos y controles con la finalidad de investigar prospectivamente el riesgo de aparición de resultados adversos del embarazo en mujeres que presentaron amenaza de aborto; dicho estudio se realizó en 600 pacientes, de las cuales 150 presentaron amenaza de aborto y 450 no presentaron este antecedente durante la gestación. En comparación con el grupo control, las pacientes con amenaza de aborto fueron significativamente más propensas a tener una pérdida espontánea (42.7%). Respecto a la frecuencia de prematuridad, fue mayor en el grupo con amenaza de aborto, es decir 52,9% frente a 14.7% [Riesgo relativo (RR): 3.6 IC 95% 2.4-4.8]; también fueron más propensos a tener bajo peso al nacer aquellos productos cuyas madres habían cursado con amenaza de aborto: 14,9% en comparación con el 7,1% (RR: 2,1% IC 95% 1.1-3.8). (10)

Wijesiriwardana A. y cols., en el año 2006, en Reino Unido, realizó un estudio sobre “amenaza de aborto y su asociación a resultados neonatales adversos” cuyos casos comprendieron todas las mujeres primigrávidas con sangrado vaginal en el primer trimestre que alumbraron después de 24 semanas de gestación entre 1976 y 2004 y cuyos controles fueron todas las otras mujeres que tuvieron su primer embarazo durante el mismo periodo. Los datos fueron analizados con métodos uni o multivariados, con la finalidad de evaluar la evolución de las gestaciones en mujeres con amenaza de aborto, en 7627 gestantes con amenaza de aborto y 31 633 sin ella. Se observó que las pacientes del primer grupo tuvieron un riesgo mayor de presentar complicaciones del embarazo, complicaciones en el parto y/o complicaciones neonatales; dentro de estas últimas complicaciones se obtuvo que la amenaza de aborto estuvo asociada a parto prematuro y mostrando una frecuencia de 9.7%; también mala presentación fetal, con una frecuencia de 6.3%. No se encontraron diferencias significativas en tasa de muerte fetal, puntuaciones de Apgar menor de 7 a los 5 minutos y bajo peso al nacer entre los dos grupos. (11)

2.1.2. A nivel nacional

Moreno C. y Salazar, en el año 2004, en Lima, realizaron un estudio titulado “complicaciones del embarazo y partos en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el primer trimestre en el Hospital de la Policía Nacional del Perú”, cuyo resultado fue que las gestantes con amenaza de aborto tienen mayor frecuencia a una serie de problemas tales como oligoamnios, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, distocias, etc. (12)

2.1.3. A nivel local

Murillo C. en el año 2006, en Tacna, realizó un estudio titulado “factores socioculturales y gineco-obstetricos asociados al aborto en el hospital Hipólito Unanue de Tacna periodo 2001-2005” el estudio estuvo conformada en grupo control (2590) y grupo de estudio (16425).

Como resultado fue que el riesgo de aborto se asocia directamente con la edad de las pacientes, teniendo como resultado 2.31 y su valor $P= 0.000001$. Asimismo también la paridad (multíparas y gran múltiples) se asocia directamente con el aborto con un valor $p=0.000001$. (13)

2.2 Base teórica

AMENAZA DE ABORTO

DEFINICIÓN

Presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas más o menos dolorosas en una gestación intrauterina, antes de las 22 semanas, y sin presencia de modificaciones cervicales. (28)

ABORTO

1. DEFINICION

Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso menor de 500gr. (28)

2. CLASIFICACION DE ABORTO

2.1 *Aborto inevitable:* Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.

2.2 *Aborto completo:* Es la eliminación total del contenido uterino.

2.3 *Aborto incompleto:* Es la eliminación parcial del contenido uterino.

2.4 *Aborto retenido o diferido:* Es cuando el embrión muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.

3. ETIOLOGÍA:

- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormonal.
- Enfermedades intercurrentes.

El aborto es la interrupción espontánea del embarazo antes de la viabilidad fetal, es decir antes que el feto alcance el grado de desarrollo y maduración que le permita vivir independientemente de su madre. (14,15)

Las causas más frecuentes de los abortos espontáneos, y por tanto de amenaza de aborto son:

- a) Causas genéticas en mujeres mayores de 40 años, la mayoría se produce antes de las 8 semanas de amenorrea.
- b) Defectos en la implantación que suele ocurrir cuando no existe un endometrio adecuado.
- c) Defectos en la fertilización, se producen en su mayoría por una mayor dotación cromosómica producida por poliespermia.
- d) Anomalías anatómicas y malformaciones uterinas, los miomas submucosos o intramurales de gran tamaño. Pueden ser causa

de aborto a través de una alteración de la irrigación del endometrio o por reacción inflamatoria en el sitio de implantación.

- e) Causas inmunológicas; el endometrio comparado con otras mucosas tiene características muy peculiares, tolera la presencia de antígenos que son extraños al huésped como son los espermatozoides y el embrión. Sin embargo, tiene resistencia contra microorganismos u otro tipo de antígenos patógenos.(14)

Cerca del 80% de las pérdidas espontáneas del embarazo se produce durante el primer trimestre de la gestación. El diagnóstico de aborto espontáneo es fundamentalmente clínico, con apoyo de la ultrasonografía.

Se describen clásicamente varias etapas en la evolución del aborto espontáneo, la más importante para este estudio y razón fundamental del presente trabajo es la amenaza de aborto, la cual se produce en 30 a 40% de todos los embarazos y se define como la presencia de contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, acompañado de sangrado escaso y oscuro. En el tacto vaginal no se aprecian modificaciones cervicales y el útero es de un tamaño acorde al tiempo de amenorrea. (15,16)

A la exploración física el abdomen no suele ser hipersensible y el cuello uterino se encuentra cerrado. Se puede ver que la hemorragia proviene de la boca del cuello, y que no hay hipersensibilidad al mover el cuello uterino o los anexos. Aunque la mayoría de las pacientes experimentan la hemorragia entre la 8° y la 10° semana de gestación; la pérdida real suele producirse antes de la 8° semana. Solo 3.2% de las pacientes experimentan pérdida del embarazo después de la 8° semanas de gestación (17).

A la especuloscopia, descartadas las lesiones de cuello que pueden provocar sangrado (ectropión, pólipos, miomas endocervicales, cervicitis, etc.) se observa salida de sangre a través del orificio cervical externo. Al tacto vaginal, el útero se aprecia de tamaño adecuado a la edad gestacional y no se detectan modificaciones del cuello uterino. (18)

El pronóstico respecto a la continuación del embarazo en presencia de sangrado y dolor es malo ya que hay riesgo aumentado de parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte perinatal, pero no de malformaciones congénitas y/o cromosomopatías (17).

Aproximadamente el 20% de las mujeres embarazadas experimentan algún tipo de sangrado vaginal, con o sin embarazos abdominales durante el primer trimestre del embarazo, lo que constituye una amenaza de aborto. Sin embargo, la mayoría de estos embarazos finalizan con o sin tratamiento; el aborto espontáneo ocurre en menos del 30% de las mujeres que experimentan sangrado vaginal durante el embarazo. (17)

Por lo general, la causa de los abortos espontáneos es la muerte fetal, que particularmente es el resultado de una anomalía cromosómica o del desarrollo del feto. Otras causas potenciales son: la infección, los defectos anatómicos de la madre, los factores endocrinos e inmunológicos y una enfermedad sistémica materna (19)

Se calcula que el 50% de todos los óvulos fertilizados abortan espontáneamente antes del conocimiento del embarazo por parte de la mujer. Además de los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente el 10% y se presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas de gestación.

Resultados Perinatales

El periodo perinatal es considerado de gran riesgo para el ser humano debido a la mayor morbilidad y mortalidad en comparación con etapas posteriores de la vida. (20)

Se debe considerar que, tanto la madre como su producto, requieren una asistencia obstétrica y neonatal de calidad ante la presencia de factores de riesgo que pueden condicionar resultados adversos, dentro de ellos los perinatales. (21)

Si bien los estudios científicos incluyen diversos resultados perinatales adversos consideramos:

- Prematuridad
- Bajo peso al nacer (BPN)
- Apgar menor de 7 a los 5 minutos de nacimiento
- Pequeño para la edad gestacional (PEG).

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días \pm 15 días.(22,23). Como parece razonable, cuanto menor sea el tiempo del embarazo, los resultados adversos que derivan de la inmadurez del recién nacido van siendo mayores, por ello, es de vital importancia reconocer todas aquellas situaciones que nos puedan aumentar el riesgo de tener un niño prematuro. (23)

En relación al peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud. El BPN, < 2 500 g de peso, es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal. La repercusión negativa del bajo peso se extiende habitualmente más allá del período perinatal, de la niñez y puede llegar hasta la edad adulta. (24)

En lo que se refiere al test de Apgar, es un examen clínico de neonatología empleado en la recepción pediátrica, donde se realiza una prueba medida en 5 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica del estado general del neonato después del parto.

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer.

La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. (25) Además, el test de Apgar menor de 7 a los 5 minutos del parto, podemos tomarlo como marcador indirecto de la morbilidad neonatal. (21)

En cuanto a la condición de pequeño para la edad gestacional (PEG), la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a aquellos cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 (p10) por género al nacer, para la edad gestacional. (26)

La identificación de los niños PEG es importante porque presentan un mayor riesgo de morbimortalidad que en niños adecuados para la edad gestacional. Los RN PEG tienen 5 veces más probabilidad de morir en el período neonatal y 4,7 veces más probabilidad de morir en su primer año de vida. (26)

Además, el test de Apgar menor de 7 a los 5 minutos del parto, podemos tomarlo como marcador indirecto de la morbilidad neonatal. (23)

2.3 Definición de Términos

Aborto habitual

Cuando una misma paciente tiene antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos. (27)

Parto eutócico

Parto que cursa con normalidad

Amenaza de parto prematuro

Se define como las contracciones que ocurren a esta edad gestacional y que se acompañan de cambios cervicales. (27)

Parto prematuro

Trabajo de parto que se inicia antes de cumplir con 37 semanas

Sufrimiento fetal

Consiste en la alteración del bienestar del producto de la concepción por un hecho desfavorable en su ambiente vital. (27)

Muerte neonatal

Se define como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida.(27)

Prematuridad

Condición del neonato por el cual el nacimiento se produce antes de que se cumplan las 37 semanas de edad gestacional.

Depresión al nacer

Condición del neonato por el cual el puntaje de la valoración apgar es inferior a 7 puntos a los 5 minutos después del parto.

Bajo peso al nacer

Condición del neonato por el cual nace con un peso inferior a 2500 gramos.

Pequeño para la edad gestacional

Recién nacido cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 por género al nacer, para la edad gestacional.

Resultados adversos

Se refiere a una patología o una complicación. (27)

Perinatales

Perinatal es un concepto básicamente de la medicina y se aplica a todo aquello relacionado con la salud del recién nacido, valorándolo desde el momento de la gestación hasta sus primeros meses de vida. (29)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La investigación es no experimental, porque se obtienen datos directamente de la realidad sin manipular la variable. (30)

3.2. Diseño de investigación

El presente trabajo de investigación es retrospectivo, de corte transversal, comparativo y descriptivo analítico. (30)

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población:

Todas aquellas gestantes cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011 - 2015. Que fueron 17286 gestantes.

3.3.2. Muestra

La muestra estará conformada por dos grupos:

GRUPO ESTUDIO: Todas las gestantes que cursaron con amenaza de aborto cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011 a 2015. Que fueron 226 gestantes con amenaza de aborto.

GRUPO CONTROL: Todas las gestantes que no cursaron con amenaza de aborto cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011 a 2015. Que fueron 17060 gestantes sin amenaza de aborto.

Unidad de análisis. - Gestante cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue con amenaza de aborto, durante los años 2011 a 2015.

CRITERIOS DE INCLUSION

Historia clínica de gestantes hospitalizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, ingresada al Sistema Informático Perinatal.

Gestante cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Historia clínica extraviada.

Historia clínica que cursaron con amenaza de aborto y cuya gestación terminó en aborto.

3.3.3. Variables

Variable Independiente

Amenaza de aborto

Variable Dependiente

Resultados maternos y perinatales adversos

- **Maternos**

Amenaza de parto prematuro

Antecedente de aborto

Anemia

Infección del tracto urinario

Parto prematuro

- **Perinatales**

Sufrimiento fetal

Prematuridad

Síndrome de deficiencia respiratoria

Depresión al nacer

Bajo peso al nacer

Restricción del crecimiento intrauterino

- **Variables intervinientes**

Edad

Paridad

Antecedente de Aborto

Tipo de parto

3.4. Técnicas e instrumentos

Técnica. - se utilizó la técnica de análisis documental la cual se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas de la base de datos de Sistema Informático Perinatal del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Instrumento. – La historia clínica materna y perinatal del Sistema Informático Perinatal.

3.5. Procedimiento y análisis

Se obtuvo el permiso del Hospital Hipólito Unanue de Tacna por medio de una solicitud para búsqueda de información del trabajo de Investigación. Con el permiso otorgado, se acudió al archivo informático de Gineco- Obstetricia y se solicitó la revisión de las historias clínicas de mujeres con y sin diagnóstico de amenaza de aborto que ocurrieron en el periodo de estudio. Las historias se evaluaron según el cumplimiento de los criterios de selección.

Se recogió los datos pertinentes correspondientes a las variables de estudio, las cuales se incorporaron en una nueva base de datos, la misma que constó de tres partes: datos generales, datos de la variable independiente y datos de la variable dependiente.

Finalmente se procedió a realizar el análisis respectivo. Posteriormente se elaboró los resultados, discusión y conclusiones respectivos. Para el análisis estadístico se utilizó tablas con números absolutos y relativos comparando el grupo estudio con el grupo control y se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar su asociación estadística, considerando asociación significativa cuando la "p" fue mayor de 0,05.

3.6. Operacionalización De Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
Variable independiente: Amenaza de aborto		Amenaza de aborto	Si – No	Nominal
Variable dependiente	Maternos	Amenaza de parto prematuro	Si – No	Nominal
		Parto prematuro	Si – No	Nominal
		Antecedente de aborto	Si – No	Nominal
		Anemia	Si – No	Nominal
		Bacteriuria asintomática	Si – No	Nominal
	Perinatales	Sufrimiento fetal	Si – No	Nominal
		Prematuridad	Si – No	Nominal
		Síndrome de deficiencia respiratoria	Si – No	Nominal
		Depresión al nacer	Si – No	Nominal
		Bajo peso al nacer	Si – No	Nominal
		pequeño para la edad gestacional	Si – No	Nominal
Variables intervinientes		Paridad	Si – No	Nominal
		Edad	Si - No	Nominal
		Antecedente de Aborto	Si – No	Nominal
		Tipo de Parto	Si – No	Nominal

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1

**TOTAL DE PARTOS E INCIDENCIA DE AMENAZA DE ABORTO EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS
2011 – 2015.**

AÑO	TOTAL DE PARTOS	AMENAZA DE ABORTO	INCIDENCIA
2011	3399	26	0,76
2012	3527	28	0,79
2013	3542	67	1,89
2014	3308	62	1,87
2015	3510	43	1,23
TOTAL	17286	226	1,31

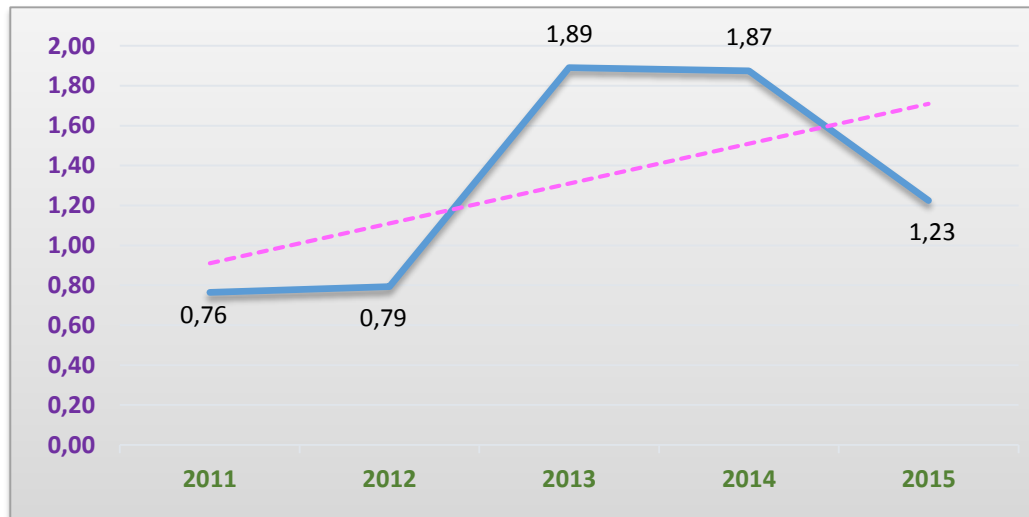
FUENTE: Historia clínica del Sistema Informático Perinatal - Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 1 podemos observar que la incidencia de amenaza de aborto en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fue de 1,31%, siendo la incidencia más alta en el año 2013 con el 1,89% seguido del 2014 con el 1,87%, siendo el año con menor incidencia el 2011 con 0,76%

Gráfico 1

TOTAL DE PARTOS E INCIDENCIA DE AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.



FUENTE: Tabla 1

Tabla 2

**EDAD MATERNA EN HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

EDAD MATERNA	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
10 a 17 años	7	3,10	978	5,73	2,88	0,24
18 a 34 años	184	81,42	13497	79,11		
35 a mas	35	15,49	2585	15,15		
TOTAL	226	100	17060	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informatico Perinatal - Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la tabla 2 observamos que el 81,42% de las gestantes con amenaza de aborto presentaron una edad entre 18 y 34 años, seguido del 15,49% de ellas con edad de 35 años a más y solo el 3,10% presentaron edades entre 10 a 17 años. El grupo de gestantes sin amenaza de aborto presento 79,11% con edades entre 18 y 34 años, seguido del 15,15% con edad de 35 años a más y solo el 5,73% presenta edades entre 10 a 17 años. No existe asociación entre la edad materna y la presencia de amenaza de aborto (p=0,24).

Tabla 3
PARIDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.

PARIDAD	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
0	102	45,13	7624	44,69	0,05	0,98
1 a 3	116	51,33	8863	51,95		
4 a mas	8	3,54	573	3,36		
TOTAL	226	100	17060	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informático Perinatal - Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la Tabla 3 observamos que el 51,33% de las gestantes con amenaza de aborto presentaron de 1 a 3 hijos, seguido del 45,13% de ellas 0 hijos y solo el 3,54% presentaron de 4 hijos a más. El grupo de gestantes sin amenaza de aborto, el 51,95% de ellas tienen de 1 a 3 hijos, seguido del 44,69% de ellas sin hijos y solo 3,36% presentaron de 4 a más hijos. Estadísticamente no existe asociación entre la paridad y la presencia de amenaza de aborto (p=0,98).

Tabla 4
ANTECEDENTE DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.

ANTECEDENTE DE ABORTO	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	89	39,38	4394	25,76	21,55	0,000003
NO	137	60,62	12666	74,24		
TOTAL	226	100	17060	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informático Perinatal - Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la tabla 4 observamos que el 60,62% de las gestantes con amenaza de aborto no presentaron antecedente de aborto y el 39,38% si presentaron. El grupo de gestantes sin amenaza de aborto el 74,24% no presentaron antecedente de aborto y el 25,76% si presentaron. Encontramos que existe asociación entre el antecedente de aborto y la presencia de amenaza de aborto ($p=0,000003$).

Tabla 5

**TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

TIPO DE PARTO	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
PARTO VAGINAL	102	45,13	9316	54,61	8,07	0,004
CESAREA	124	54,87	7744	45,39		
TOTAL	226	100	17060	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informatico Perinatal - Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

En la tabla 5 observamos que de las gestantes con amenaza de aborto el 54,87% presentaron parto por cesárea y el 45,13% parto vaginal. El grupo de gestantes sin amenaza de aborto encontramos que el 54,61% parto vaginal y el 45,39% de ellas parto por cesárea. Encontrándose que existe asociación entre ambas condiciones: tipo de parto y presencia de amenaza de aborto ($p=0,004$).

Tabla 6

PACIENTES CON ANEMIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.

ANEMIA	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	65	28	4003	23,50	3,48	0,06
NO	161	72	13057	76,50		
TOTAL	226	100	17060	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informático Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la Tabla 6 observamos que el 72% de las gestantes con amenaza de aborto no presentaron anemia y el 28% si lo presentaron. En el grupo de gestantes sin amenaza de aborto el 76,50% no presentaron anemia y el 23,50 de ellas si presentaron. No existe asociación entre la anemia y la presencia de amenaza de aborto (p=0,06).

Tabla 7

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		x ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	12	5,31	70	0,41	113,4	0,00
NO	214	94,69	16990	99,59		
TOTAL	226	100	17060	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informativo Perinatal - Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la Tabla 7 observamos que el 94,69% de las gestantes con amenaza de aborto no presentaron hiperémesis gravídica y el 5.31% si presentaron. En el grupo de gestantes sin amenaza de aborto el 99.59% no presentaron hiperémesis gravídica y 0,41% si presentaron. Se encontró que existe asociación estadística entre la hiperémesis gravídica y la presencia de amenaza de aborto (p=0,00).

Tabla 8

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

ITU	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	84	37,17	3938	23,08	24,78	0,000000 6
NO	142	62,83	13122	76,92		
TOTAL	226	100	17060	100		

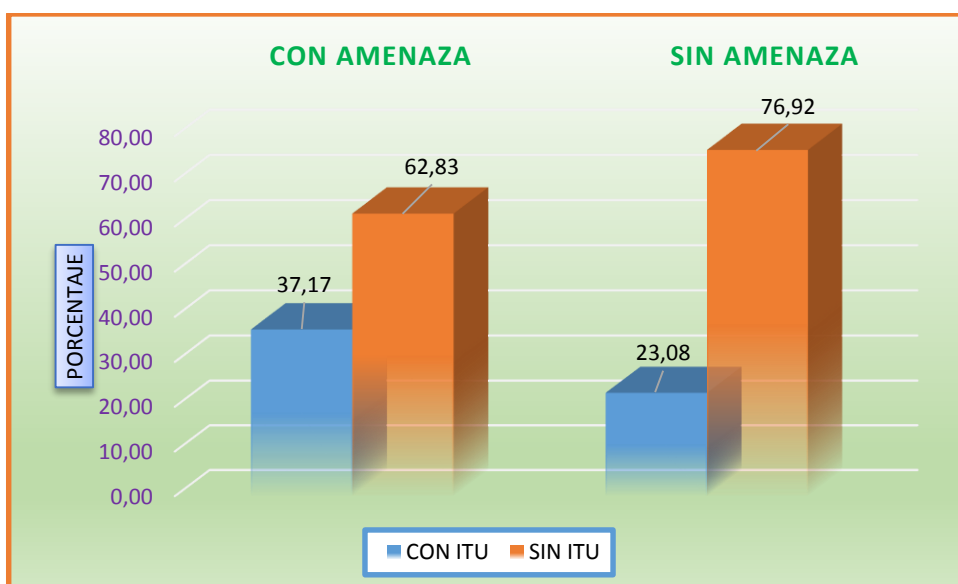
FUENTE: Historia clínica del Sistema Informatico Perinatal - Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la Tabla 8 observamos que el 62,83% de las gestantes con amenaza de aborto no presentaron Infección del Tracto Urinario y el 37,17% si presentaron. En el grupo de gestantes sin amenaza de aborto el 76,92% no presentaron Infección del tracto urinario y el 23,08% de ellas si presentaron. Existe asociación entre la Infección del Tracto Urinario y la presencia de amenaza de aborto (p=0,0000006).

Gráfico 2

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**



FUENTE: Tabla 8

Tabla 9

**AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

AMENAZA DE PARTO PREMATURO	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	16	7,08	504	2,95	13,01	0,00031
NO	210	92,92	16556	97,05		
TOTAL	226	100	17060	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informativo Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la Tabla 9 observamos que el 92,92% de las gestantes con amenaza de aborto no presentaron amenaza de parto prematuro y el 7.08% si presentaron. El en grupo de gestantes sin amenaza de aborto el 97,05% no presentaron amenaza de parto prematuro y el 9,95% de ellas si lo presentaron. Existe asociación entre la amenaza de parto prematuro y la presencia de amenaza de aborto ($p=0,0000006$).

Tabla 10

**TIPO DE PARTO DEL RECIEN NACIDO POR EDAD GESTACIONAL
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
LOS AÑOS 2011 – 2015.**

TIPO DE PARTO DEL RECIEN NACIDO POR EDAD GESTACIONAL	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
Prematuro	22	9,73	1104	6,47	5,53	0,06
A termino	204	90,27	15825	92,76		
Post maduro	0	0,00	131	0,77		
TOTAL	226	100	17060	100		

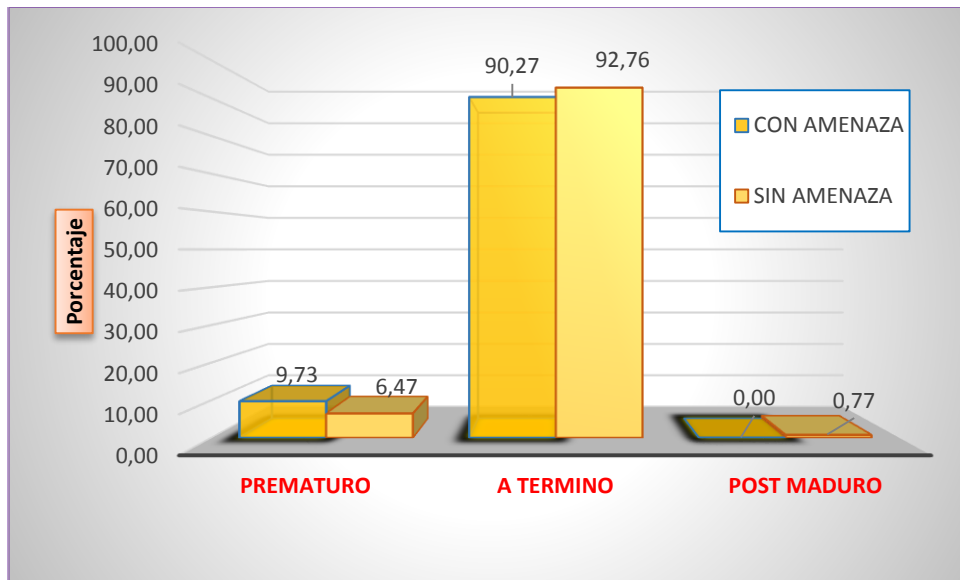
FUENTE: Historia clínica del Sistema Informatico Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la Tabla 10 observamos que el 90,27% de las gestantes con amenaza de aborto presentaron parto a término, seguido de 9,73% parto prematuro y solo 0,0 % parto post maduro. En el grupo de las gestantes sin amenaza de aborto el 92,76% presentaron parto a término, seguido de 6,47% parto prematuro y solo el 0,77% de ellas parto pos maduro. No existe asociación entre tipo de parto por edad gestacional y la presencia de amenaza de aborto (p=0,06).

Gráfico 3

**TIPO DE PARTO DEL RECIEN NACIDO POR EDAD GESTACIONAL
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
LOS AÑOS 2011 – 2015.**



FUENTE: Tabla 10

Tabla 11

**PESO AL NACER DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

PESO AL NACER	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	Nº	%	Nº	%		
< 2500 g.	20	8,85	819	4,80	8,83	0,01
2500 a 3999	178	78,76	13625	79,87		
4000 a más	28	12,39	2616	15,33		
TOTAL	226	100	17060	100		

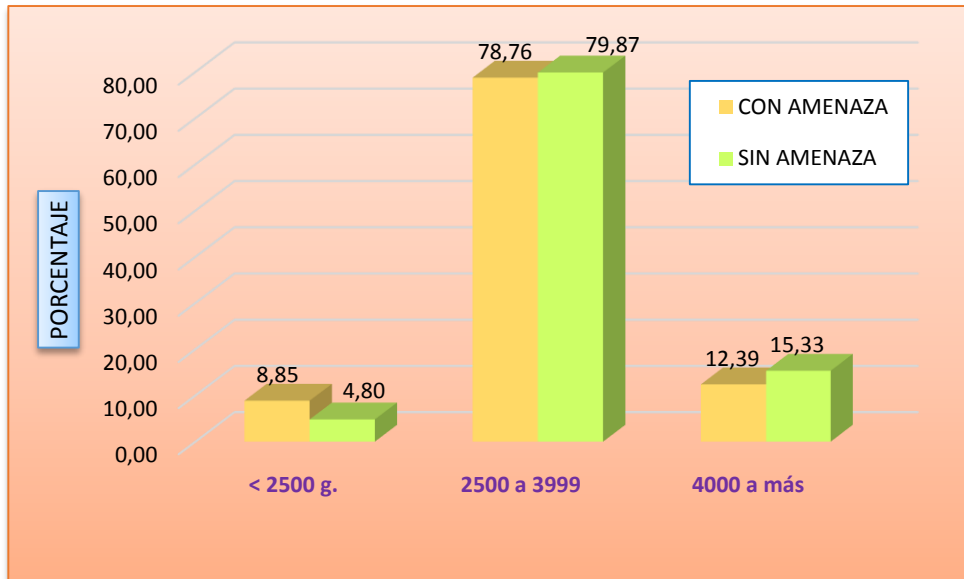
FUENTE: Historia clínica del Sistema Informativo Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la Tabla 11 observamos que el 78,76% de las gestantes con amenaza de aborto presentaron un peso al nacer de 2500 a 3999 gramos, seguido del 12,39% de ellas un peso de 4000 a más y solo el 8,85 de ellas un peso menor a 2500 gramos. De las gestantes sin amenaza de aborto el 79,87% un peso de 2500 a 3999 gramos, seguido del 15,33% de ellas un peso de 4000 a más y solo el 4,8% de ellas un peso menor de 2500 gramos. Existe asociación entre el peso al nacer y la presencia de amenaza de aborto (p=0,01).

Gráfico 4

**PESO AL NACER DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**



FUENTE: Tabla 11

Tabla 12

**EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO POR EXAMEN FÍSICO
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
LOS AÑOS 2011 – 2015.**

EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO POR EXAMEN FISICO	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
Prematuro	18	8,04	906	5,36	3,40	0,18
A termino	206	91,96	15985	94,51		
Post maduro	0	0,00	23	0,14		
TOTAL	224	100	16914	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informatico Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la tabla 12 observamos que el 91,96% de las gestantes con amenaza de aborto presentaron edad por examen físico a término, seguido del 8,4% de ellas prematuro y el 0% de ellas pos maduro. En el grupo de las pacientes sin amenaza de aborto el 94.51% presentaron edad por examen físico a término, seguido del 5,36% de ellas prematuro y solo el 0,14% de ellas pos maduro. No existe asociación entre edad gestacional por examen físico y la presencia de amenaza de aborto (p=0,18).

Tabla 13

**APGAR AL MINUTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

APGAR AL MINUTO	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
< 4	3	1,34	207	1,22	0,15	0,93
4 a 6	6	2,68	524	3,10		
7 a 10	215	95,98	16183	95,68		
TOTAL	224	100	16914	100		

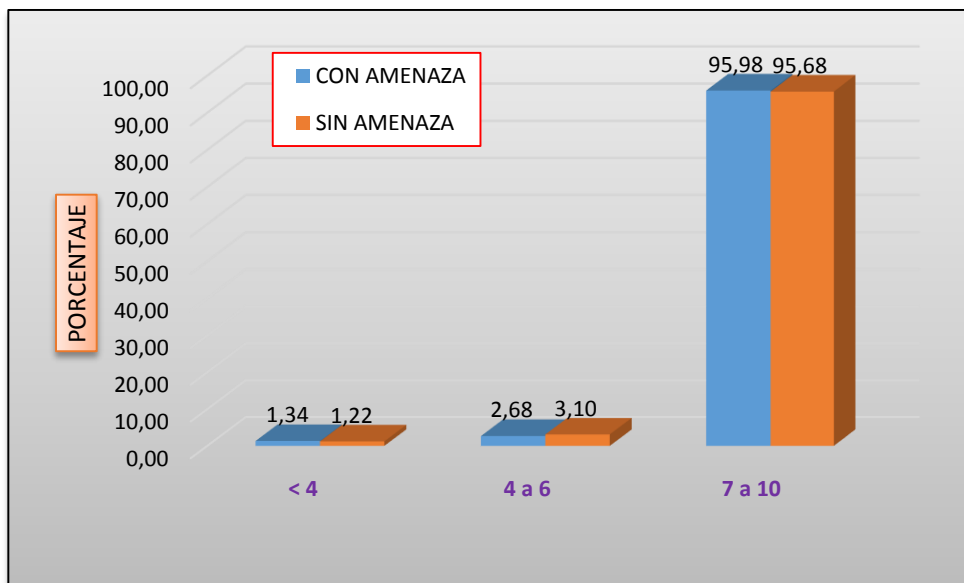
FUENTE: Historia clínica del Sistema Informático Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACION

Según la tabla 13 observamos que el 95,98% de las pacientes con amenaza de aborto presentaron apgar de 7 a 10 al minuto, seguido del 2,68% de ellas de 4 a 6 al minuto y solo el 1,34% de ellas menor a 4 al minuto. En el grupo de las gestantes sin amenaza de aborto el 95,68% presentaron apgar de 7 a 10 al minuto, seguido del 3,10% de ellas de 4 a 6 al minuto y solo el 1,22% de ellas menor a 4 al minuto. No existe asociación entre apgar al minuto y la presencia de amenaza de aborto (p=0,93).

Gráfico 5

APGAR AL MINUTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.



FUENTE: Tabla 13

Tabla 14

**RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

RCIU	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		x ²	p
	N°	%		%		
SI	10	4,46	240	1,42	14,24	0,0001
NO	214	95,54	16674	98,58		
TOTAL	224	100	16914	100		

FUENTE: Historia clínica del Sistema Informático Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la tabla 14 observamos que el 95,54% de las pacientes con amenaza de aborto no presentaron restricción de crecimiento intrauterino y el 4,46% de ellas si presentaron. En el grupo de las gestantes sin amenaza aborto el 98,58% no presentaron restricción de crecimiento intrauterino y el 1,42% de ellas si presentaron. Existe asociación entre el retardo del crecimiento intrauterino y la presencia de amenaza de aborto (p=0,0001).

Tabla 15

**SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NEONATOS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
LOS AÑOS 2011 – 2015.**

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	8	3,57	272	1,61	5,30	0,02
NO	216	96,43	16642	98,39		
TOTAL	224	100	16914	100		

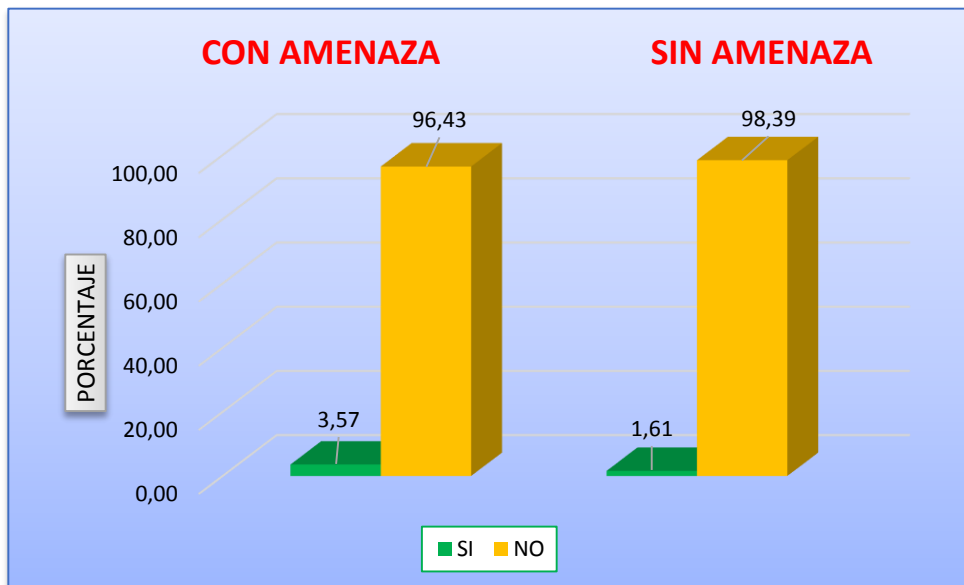
FUENTE: Historia clínica del Sistema Informático Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la tabla 15 observamos que el 96,43% de las gestantes con amenaza de aborto no presentaron síndrome de dificultad respiratoria y el 3,57% de ellas si presentaron. En cuanto al grupo de las gestantes sin amenaza de aborto el 98,39% no presentaron síndrome de dificultad respiratoria y el 1,61% de ellas si presentaron. Existe asociación entre síndrome de dificultad respiratoria y la presencia de amenaza de aborto ($p=0,02$).

Gráfico 6

**SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NEONATOS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
LOS AÑOS 2011 – 2015.**



FUENTE: Tabla 15

Tabla 16

**INFECCIONES NEONATALES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**

INFECCIONES	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		X ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	9	4,02	423	2,50	2,07	0,15
NO	215	95,98	16491	97,50		
TOTAL	224	100	16914	100		

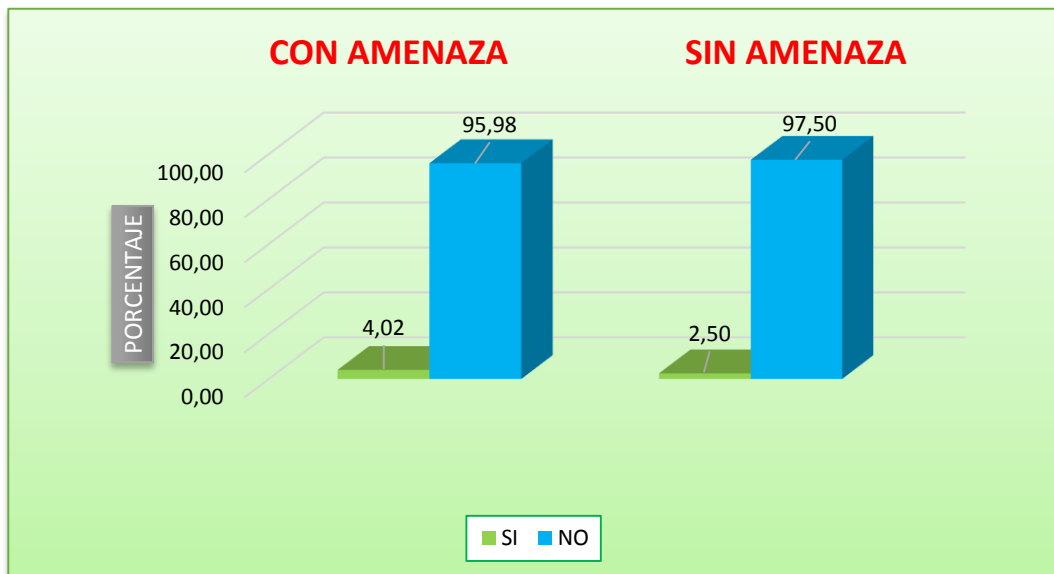
FUENTE: Historia clínica del Sistema Informativo Perinatal – Versión 3.0

INTERPRETACIÓN

Según la tabla 16 observamos que el 95,98% de las gestantes con amenaza de aborto no presentaron infecciones y el 4,02% de ellas si presentaron. En el grupo de las gestantes sin amenaza de aborto el 97,50% no presentaron infecciones y el 2,50% de ellas si presentaron. No existe asociación entre infecciones y la presencia de amenaza de aborto ($p=0,15$).

Gráfica 7

**INFECCIONES NEONATALES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2011 – 2015.**



FUENTE: Tabla 16

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

PRUEBA DE HIPOTESIS

Ho: Los resultados maternos y perinatales adversos en gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011-2015 no se asocian a mayor morbilidad materno y perinatal.

H1: Los resultados maternos y perinatales adversos en gestantes con amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011-2015; se asocian a mayor morbilidad materno y perinatal.

MORBILIDAD MATERNA

TABLA 18

	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	101	44,69	4302	25,22	4403	25,47
NO	125	55,31	12758	74,78	12883	74,53
TOTAL	226	100	17060	100	17286	100

$X^2 = 44,56$

$P = 0,000$

MORBILIDAD PERINATAL

TABLA 19

	CON AMENAZA		SIN AMENAZA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	60	26,55	3589	21,04	3589	21,04
NO	166	73,45	13471	78,96	13471	78,96
TOTAL	226	100	17060	100	17060	100

$X^2= 4,07$

$P=0,04$

INTERPRETACIÓN:

- ✓ En la tabla 18 se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la asociación entre la variable morbilidad materna y amenaza de aborto. La prueba resultó significativa porque la probabilidad es menor a 0,05 ($P=0,000$), por lo que se sostiene que la morbilidad materna se asocia con la amenaza de aborto.

- ✓ En la tabla 19 se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la asociación entre la variable morbilidad perinatal y amenaza de aborto. La prueba resultó significativa porque la probabilidad es menor a 0,05 ($P=0,04$), por lo que se sostiene que la morbilidad perinatal se asocia con la amenaza de aborto.

DISCUSIÓN

La razón fundamental que motivo el presente estudio fue identificar las complicaciones obstétricas durante el embarazo en pacientes que cursaron amenaza de aborto, constituyéndose un factor importante para el posterior desarrollo y evolución de dichas complicaciones. Asimismo, pudimos identificar factores de riesgo relacionados a la amenaza de aborto, cuyo control podría disminuir la incidencia de dicha patología.

Asimismo en la variable edad la constante $P > 0.05$ demostrando que no se encuentra asociación entre la variable edad con la presencia de amenaza de aborto. Comparando con otro trabajo realizado por Binsara y Cols en el 2009 demostró que la edad materna se asocia a la amenaza de aborto con un 62.7% a comparación de su grupo control 30.9% de edades entre 35 años a más.

En cuanto al antecedente de amenaza de aborto, se halló que las gestantes con amenaza de aborto tuvieron antecedente de aborto 3 veces más que las pacientes sin amenaza de aborto. Lo que nos indica que se repite la probabilidad de abortos recurrentes, esto debe merecer otros estudios.

En el trabajo de Davari y cols en Iran 2006 realizo un estudio prospectivo donde demuestra que las pacientes con antecedente de aborto están más propensas a tener un aborto espontaneo.

En cuanto al tipo de parto las pacientes con amenaza de aborto tuvieron mayor probabilidad de presentar parto por cesárea dos veces más que en las gestantes sin amenaza de aborto. Esto se debe a que se adicionan a otras patologías durante el embarazo que merecen terminar por cesárea.

En cuanto a las patologías maternas podemos resaltar que la infección de tracto urinario fue más frecuente en las gestantes con amenaza se abortó, podemos decir que la infección es un resultado adverso.

Asimismo también la hiperémesis gravídica fue otra variable importante porque un gran porcentaje lo presentaron las gestantes con amenaza de aborto que las pacientes sin amenaza de aborto.

Y la amenaza de parto prematuro fue otra variable importante ya que se presentó más en las pacientes con amenaza de aborto entonces la amenaza de aborto es un factor de riesgo para el parto prematuro. Diferentes autores encontraron asociación entre amenaza de aborto y parto prematuro como Ahmed (5) en Arabia Saudita en el año 2012, Saraswat (8) en 12 estudios revisados, Bimsara (9) en Sri Lanka, Davani (10) en Irán y Wijesiriwardana (11) en el Reino Unido.

En este estudio los resultados perinatales adversos que se asociaron a amenaza de aborto fueron el bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, síndrome de dificultad respiratoria y la muerte neonatal.

La asociación entre gestantes que presentaron amenaza de aborto y bajo peso al nacer también fueron encontrados por Ahmed (5) en Arabia Saudita, Gallardo (6) en Cuba y Davani (10) en Irán. Contrariamente Wijesiriwardana (11) en el Reino Unido no encontró esta asociación entre amenaza de aborto y la presencia de bajo peso al nacer.

Bimsara (9) en Sri Lanka al igual que nuestro estudio, también encontró asociación con retardo de crecimiento intrauterino. Contrariamente Dadkhah (7) en Irán no encontró asociación con crecimiento intrauterino restringido.

Finalmente podemos mencionar que en el hospital Hipólito Unanue de Tacna la incidencia de amenaza de aborto se está incrementando y se asocia a mayor morbilidad materna y perinatal.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que:

1. La incidencia de amenaza de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna para los años 2011 a 2015 fue de 1,31%, el mismo que se ha incrementado de 0,76% a 1,23%.
2. Los resultados maternos adversos que se asociaron significativamente a gestantes con amenaza de aborto fueron: infección del tracto urinario (37,17%), hiperémesis gravídica (5,31%) y amenaza de parto prematuro (7,08%).
3. Los resultados perinatales adversos que se asociaron significativamente a gestantes con amenaza de aborto fueron: bajo peso al nacer (8,85%), restricción del crecimiento intrauterino (4,46%) y síndrome de dificultad respiratoria (3,57%).
4. Los factores de riesgo que se asociaron a amenaza de aborto fueron: antecedente de aborto (39,38%) y tipo de parto (54,87%).

RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados en el presente estudio nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

- Se debe implementar un sistema de monitoreo para el mejor manejo de las guías clínicas en pacientes con amenaza de aborto.
- Que el servicio de obstetricia - planificación familiar brinde orientación y consejería a aquellas pacientes que presentaron amenaza de aborto con un material específico para que haya una mayor comprensión por parte de la usuaria.
- Realizar un estudio prospectivo de las gestantes con amenaza de aborto durante el embarazo, este estudio nos permitirá identificar los factores de riesgo más influyente en la presentación de amenaza de aborto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schorge J., Schaffer J., Halvorson L., Hoffman B., Bradshaw K., Cunningham F. Williams GINECOLOGÍA. Vol 1. México: McGraw Hill; 2009.
2. MEDLINE.Enciclopedia Medica - 2007 Dr.Adolfo de la Peña Llerand
3. Arias F: Pérdida precoz del embarazo. Es: Arias F. Guía práctica de embarazo y parto de alto riesgo. Mosby Year Book, St. Louis, 1993. pp 55-70.)
4. Izaguirre Jorge. El problema del aborto en el hospital central de las fuerzas policiales. Tesis de bachiller de la Universidad Mayor de San Marcos, 1973.
5. Ahmed S, Alsammani M, Al-Sheeha M. Resultado del embarazo en mujeres con aborto espontáneo amenazado: un estudio de un año. Mat Soc Med, 2012; 24 (1): 26-28.
6. Gallardo L., Velásquez E., Morales E. Bajo Peso al Nacer. Factores de riesgo y calidad de la atención Prenatal. Buenaventura. 2008-2009. Redalyc. 2012; 18(2): 1-17.

7. Dadhkhah F, Kashanian M, Eliasi G. Una comparación entre el resultado del embarazo en mujeres con o sin amenaza de aborto, 2010; 86 (3): 193 - 196.
8. Saraswat L., Bhattacharya S., Maheshwari A., Bhattacharya S. Resultados maternos y perinatales en mujeres con amenaza de aborto en el primer trimestre: una revisión sistemática. BJOG. 2009; 117: 245 - 257.
9. Bimsara H, Pubudu A, Perera A. Un estudio de control de casos sobre el efecto del aborto espontáneo amenazado sobre los resultados seleccionados del embarazo. Sri Lanka Revista de Obstetricia y Ginecología. 2009; 31: 34-38.
10. Davari F, Shariat M, Kaveh M, Ebrahimi M. Jalalvand S. Aborto amenazado: un factor de riesgo para los resultados de embarazo pobres. Acta Med Iran .2008; 46 (4): 314 - 320.
11. Wijesiriwardana A, Bhattacharya S, Shetty A, Smith N, Bhattacharya S. Resultado obstétrico en mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre. Obstet Gynecol. 2006; 107: 557 - 62.
12. Cristina Anet Moreno Sandoval y Mirian Rosa Salazar Sánchez, complicaciones del embarazo y parto en pacientes que cursaron

amenaza de aborto en el primer trimestre Hospital Central de la
Policia Nacional del Perú - julio 2000 – junio 2003

13. Murillo Carrillo Cecilia, factores socioculturales y gineco-
obstetricos asociados al aborto en el Hospital Hipólito Unanue de
Tacna Periodo 2001 -2005
14. Gravis Lorenzo. Pronóstico y tratamiento de la amenaza de aborto
del hospital médico naval. Tesis doctoral, 1976
15. Ophelan A César. Pronostico de la gestante que curso con
amenaza de aborto Hospital Central número 2. Tesis de Bachiller
de la Universidad Mayor de San Marcos 1974.
16. Nelson. Tratado de Pediatría. España.2000
17. Villasante W, Lam N, Ojeda Elva. Factores de riesgo del parto pre
terminó. Revista de la sociedad peruana de Ginecología y
Obstetricia. Abril 2001. Vol. 47 N°2 Pag. 112-116
18. Schwarcz Ricardo. Obstetricia. Editorial el Ateneo.Buenos
aires.1996
19. Williams. Obstetricia. Editorial Médica Panamericana.Madrid –
España.2002
20. Delgado A, Ortiz M, Fernández L, Arroyo L. Morbilidad en
neonatos a término relacionada con la vía de nacimiento. Ginecol
Obstet Mex 2007; 75(8):471-76.

21. Castan B. Fiebre intraparto y resultados neonatales adversos. [Tesis de maestría]. Facultad de Medicina, Universidad Zaragoza; 2012.
22. Rellan S., García C., Paz M. El recién nacido prematuro. AEP. 2008; 8(1):68-77.
23. Gutiérrez S. Evolución gestacional de las metrorragias del primer trimestre. [Trabajo de Investigación de ciencias de la salud]. España: Universidad de Valladolid. Facultad de medicina; 2012.
24. García L. Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer. RCSP. 2012; 38(2):238- 245.
25. Universidad Francisco Marroquín, Facultad de medicina. Test de Apgar. [Internet]. Guatemala (Guatemala): Universidad; 2008. [citado el 6 de enero 2014]. Disponible en: http://medicina.ufm.edu/index.php/Test_de_Apgar
26. Boguszewski MC. Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional. Rev Chil Pediatr. 2012; 83(6):620-634.
27. Ganson Purcell Jr., MD, FACOG, FACPE Amenaza de aborto definición – última revisión Agosto 2007
28. Iambrou NC, Morse AN, Wallach EE Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia. 2001 Marban libros.

29. Luis Cabero Roura, D. Saldivar Rodriguez – 2007, Obstetricia y medicina materno-fetal
30. Dr. Hernández Sampieri, Dr. Fernández Collado y Dra. Baptista Lucio – Metodología de la Investigación cuarta edición. Mexico del 2006.