

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“FACTORES SOCIOCULTURALES Y GINECO—OBSTETRICOS
ASOCIADOS AL ABORTO EN EL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA PERIODO 2001 — 2005”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Cecilia Vanesa Murillo Carrillo

Para optar el Título Profesional de:

MEDICO CIRUJANO

TACNA — PERU

2006

UNIVERSIDAD NACIONAL "JORGE BASADRE GROHMANN"

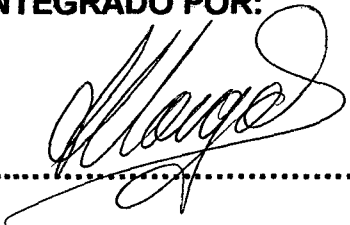
Facultad de Ciencia Médicas

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

**"FACTORES SOCIOCULTURALES Y GINECO-OBSTÉTRICOS
ASOCIADOS AL ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA PERIODO 2001-2005"**

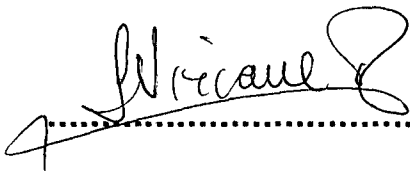
TESIS APROBADA POR EL JURADO INTEGRADO POR:

**MED. JAIME VARGAS ZEBALLOS
PRESIDENTE DEL JURADO**



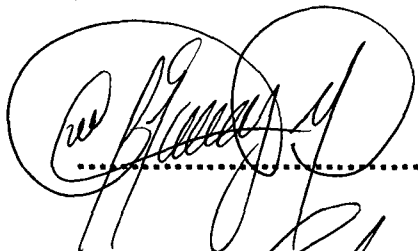
.....

**MED. LETICIA VIZCARRA ROJAS
PRIMER MIEMBRO DEL JURADO**



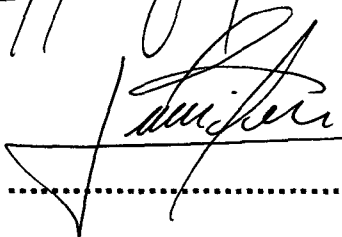
.....

**MED. CLAUDIO RAMIREZ ATENCIO
SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO**



.....

**MED. MARCO NEYRA URQUIZO
DIRECTOR DE TESIS**



.....

“Toda experiencia que nos obliga a mirar el miedo cara a cara, hace crecer nuestra fuerza, nuestro valor y nuestra confianza. Nos permite decir: He sobrevivido a esta experiencia y estoy en capacidad de manejar lo que venga.”

Eleanor Roosevelt

DEDICATORIA

A mis queridos padres por su amor y sacrificio por enseñarme que la Fe en Dios es muy importante para alcanzar los sueños y porque sin ellos esta etapa de mi vida nunca hubiera sido posible.

CONTENIDO

	Pag.
CAPITULO I DEL PROBLEMA.....	3
CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	10
CAPITULO III OBJETIVOS E HIPÓTESIS	26
CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
CAPITULO V RESULTADOS	33
CAPITULO VI DISCUSIÓN	55
CAPITULO VII CONCLUSIONES.....	60
CAPITULO VIII RECOMENDACIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA	63

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar los factores socioculturales y gineco-obstétricos asociados a la presentación de aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El estudio incluyó 19015 gestantes que fueron atendidas en nuestro hospital, se obtuvo la información de la base datos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) del Servicio de Gineco-obstetricia de los años 2001-2005. Se seleccionaron a 2590 pacientes cuyo embarazo terminó en aborto (Grupo de Casos) y 16425 pacientes que continuaron con su embarazo (Grupo Control). Se analizaron las principales características socio-culturales y gineco-obstétricas, y se determinó el riesgo de aborto (Odds Ratio) para cada variable de estudio.

La prevalencia del aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna es 13.6% del total de embarazos. La mayoría de pacientes que presentaron aborto (53.2%) tenían edades comprendidas entre los 20 y 29 años. Y el tipo de aborto que más frecuentemente se presentó fue el Aborto Incompleto: el 73.2% del total.

El estudio pudo demostrar una asociación directa del riesgo de aborto con la edad y paridad de las pacientes, así como la amenaza de aborto y el antecedente de abortos previos. No demostró asociación con otros factores como el estado civil, grado de instrucción, hábito de fumar o controles prenatales.

SUMMARY

The purpose of this study was to identify the sociocultural and gineco-obstetric factors associated to the abortion presentation in the Hospital Hipólito Unanue of Tacna. The study included 19015 pregnancy that were assisted in to hospital, the information of the data base of the Perinatal Informatic System (S.I.P.) it was obtained of the Service of Gyneco-obstetrics of 2001-2005 years. They were selected 2590 patients whose pregnancy finished in abortion (Cases Group) and 16425 patients that continued with its pregnancy (Control Group). the main ones were analyzed characteristic socio-cultural and gineco-obstetric, and the abortion risk was determined (Odds Ratio) for each study variable.

The prevalency of the abortion in Hospital Hipólito Unanue of Tacna is 13.6% of the total of pregnancies. Most of patients that presented abortion (53.2%) they had ages understood between the 20 and 29 years. And the abortion type that more frequently was presented it was the Incomplete Abortion: 73.2% of the total.

The study could demonstrate a direct association of the abortion risk with the age and the patients' parity, as well as the abortion threat and the antecedent of previous abortions. It didn't demonstrate association with other factors like the civil state, instruction grade, habit of smoking or prenatal controls.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1.- INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud reconoce la tasa de mortalidad materna en 163.9 muertes maternas/100 000 nacidos vivos en todo el Perú, y en Tacna 68.2/100 000 nacidos vivos (20). Las principales causas de mortalidad materna en el Perú son la hemorragia en 43%, hipertensión inducida por el embarazo en 20%, infecciones en 12%, y ocupando el cuarto lugar está el aborto con 5% (20).

En el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el aborto en las pacientes hospitalizadas es muy frecuente, razón que motiva la realización del presente trabajo de investigación que busca conocer la prevalencia del aborto en el Hospital Hipólito Unanue, e identificar los principales factores gineco-obstétricos y socio-culturales asociados a la presentación del aborto.

Los hallazgos del presente estudio proporcionaran datos reales relacionados a la presentación de aborto en las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de

Tacna, y permitirán elaborar o mejorar protocolos de atención a las pacientes con riesgo de presentar aborto y así brindar mejor atención a las gestantes que día a día son atendidas en nuestro hospital.

La Organización Mundial de la Salud indica que el aborto es un problema social que cada vez se va incrementando, estimándose que anualmente ocurre en el mundo 600 000 muertes maternas, de las cuales el 90% ocurren en países sub-desarrollados, especialmente en aquellos con escaso acceso a los servicios de salud; siendo la principal causa de morbi-mortalidad materna el aborto practicado en forma insegura (1).

En nuestro departamento, algunos trabajos reportan la frecuencia del aborto de 8.9% a 15.1% del total de embarazos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (4,5). Comprendiéndose que de cada 10 embarazos, al menos uno de ellos terminará en aborto.

El presente trabajo aborda un problema de interés, pretende determinar la prevalencia e identificar los principales factores socioculturales y gineco-obstétricos asociados a la presentación de aborto en las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna. Esperamos que los resultados obtenidos del presente estudio, nos permita la toma de decisiones para mejorar la atención a las gestantes con riesgo de presentar Aborto y contribuir a disminuir la prevalencia del aborto en nuestra comunidad.

1.2.- EL PROBLEMA

1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existen factores socio-culturales y gineco-obstétricos que incrementan el riesgo de aborto en las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna?

1.2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- **ÁREA GENERAL:** Ciencias de la Salud
- **ÁREA ESPECÍFICA** Medicina Humana
- **ESPECIALIDAD** Obstetricia
- **LÍNEA O TÓPICO** Aborto

Cuando se analiza con profundidad los aspectos biológicos, sociales y emocionales que rodean al aborto, siempre se concluye como el fracaso de una de las más trascendentes y asombrosas funciones del ser humano. En este sentido, la pérdida del embarazo en sus etapas tempranas, tiene connotaciones muy importantes desde el punto de vista personal y medico-social, ya que genera, no sólo una condición de duelo en la mujer, sino que, puede ser la causa de complicaciones graves que comprometan la función reproductora e incluso determinar la muerte materna. La salud de las embarazadas es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Sin embargo, en el Perú, el 4.2% de muertes maternas son causadas por aborto, con una elevada

tasa de presentación en las adolescentes (1, 12). Estas cifras son dramáticas, siendo el aborto un problema no bien estudiado en nuestra población.

La UNICEF estimó que en 1990 se practicaron alrededor de 100,000 abortos clandestinos diariamente en todo el mundo, de los que cada año mueren entre 150,000 a 200,000 mujeres como consecuencia (2). Desde la perspectiva nacional, el aborto es un problema de salud pública que requiere ser enfrentado por el Sector Salud por una parte y por la sociedad por la otra. La importancia del estudio del aborto ha sido destacada tanto por investigadores individuales como por instituciones internacionales, como la OMS. En algunos trabajos internacionales recientes, se señala que el aborto está tan extendido en muchos países, y que se le ha calificado de epidemia mundial (1,3).

La frecuencia del aborto en nuestro departamento es elevado, los trabajos reportan una frecuencia entre 8.9% y 15.1% del total de embarazos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (4,5). La Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud (MINSA), reconoce al Aborto como la principal causa de morbilidad registrada en los servicios de hospitalización en Tacna con una frecuencia de hasta el 6.8%. (16)

El presente trabajo pretende identificar aquellas características socioculturales y gineco-obstétricos que incrementarían el riesgo de aborto en las apacientes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Conocer las causas o factores que influyen en la presentación del aborto en las pacientes que acuden a nuestros establecimientos de salud, nos permitiría implementar protocolos de atención

dirigida a brindar una atención más orientada para evitar el aborto y otras complicaciones maternas asociadas.

1.2.3 INTERROGANTES BÁSICAS DEL PROBLEMA

1. ¿Cuál es la frecuencia del aborto en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?
2. ¿Cuáles son los principales antecedentes gineco-obstétricos que incrementan el riesgo de aborto en las pacientes hospitalizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna?
3. ¿Existen factores socioculturales que aumentan el riesgo de aborto en las pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?
4. ¿Cuál es el tipo de aborto más frecuente en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?

1.3.- ANTECEDENTES

1.3.1 LOCALES

Son pocos los estudios que han investigado la prevalencia y factores asociados a la presentación de aborto en nuestro departamento. En esos pocos estudios se encuentra el trabajo del Med. Parisuaña Ccapa, en su "Estudio del aborto en Tacna" (1994), quien reporta una frecuencia del 8.99% en los embarazos registrados durante ese año, encontrando que el

56.6% de las pacientes que abortaron tenían edades comprendidas entre 20 a 29 años (4).

La Obst. Mamani en otro trabajo similar, encontró que la incidencia de abortos en el Hospital Unanue de Tacna en el año 2000 fue del 15.1% del total de embarazos. El 29.1% de pacientes estudiadas tenían edades comprendidas entre 20 y 24 años. La mayoría de las pacientes (60.4%) eran convivientes y el 79.5% no tenían controles prenatales. El tipo de aborto mas frecuente fue el aborto incompleto en el 76% del total de casos. En cuanto a patologías asociadas el 28% de las pacientes presentaba anemia y solo un 3% otras infecciones como infección urinaria. El 33% de las pacientes presentó retención de restos. (5)

Los Med. Neyra y García en su trabajo titulado "Aborto en adolescentes del Hospital Hipólito Unanue" 1996-1997, encontraron que el 97.5% de los casos tenían una edad comprendida entre los 15-19 años, el 75% de las pacientes estudiadas cursaban estudios secundarios. El 90% eran primigestas y la mayoría no tenían controles prenatales. (6)

La Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud-Tacna, reconoce que el embarazo terminado en Aborto es la principal causa de morbilidad registrada en los servicios de hospitalización del departamento de Tacna en los años 2002-2003, con una frecuencia anual de 560 y 555 pacientes/año, que representaron el 6.8% y 4.9% respectivamente (16).

1.3.2 NACIONALES

En el Hospital de Moquegua, la incidencia de abortos fue 11.18% del total de embarazos controlados en el centro hospitalario, el 48.7% de las pacientes se encontraban entre los 25 y 34 años. El 48.15% de la pacientes que presentaron aborto eran casadas y el 61% analfabetas. El aborto incompleto fue la modalidad más frecuente con un 78.1% de los casos de aborto. El 80.6% de las pacientes no tuvieron controles prenatales (7).

La Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, reconoce al embarazo terminado en Aborto como la principal causa de morbilidad registrada en los servicios de hospitalización en todo el país. En los años 2002 y 2003 se atendieron 23737 y 32641 casos de abortos en los hospitales del Ministerio de Salud, que representaron una frecuencia del 4.1% y 4.9% respectivamente (16).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCIÓN AL ABORTO

La reproducción es una de las funciones más ineficaces del ser humano, ya que aproximadamente el 50 a 75 % de los embarazos se pierden en forma de aborto espontáneo (1). La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación (2). Quince al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. Las anomalías en el crecimiento y desarrollo del embrión son las causas más frecuentes de pérdida de la gestación tanto subclínica como clínicamente reconocibles.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: "la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos". Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20-22 semanas. (9) Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos.(10) Se denomina aborto temprano al que

ocurre antes de la 12^o semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación. (9)

El aborto puede ser espontáneo o inducido (provocado). El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo. Según la más reciente literatura, aproximadamente el 30% de los embarazos termina en aborto. Este por ciento incluye los llamados embarazos "bioquímicos", detectados midiendo la β -HCG. Estos se interrumpen antes de culminar la 5^a semana, cuando la mujer no presenta todavía sintomatología gravídica ni son visibles los signos ecográficos del embarazo. (17)

El riesgo de que un embarazo termine en aborto espontáneo parece aumentar después de cada fracaso reproductivo, aun si el 90% de las mujeres con aborto espontáneo esporádico posee un embarazo normal en el intento sucesivo. El riesgo de aborto varía del 14 al 17% después del primer fracaso reproductivo y es del 38% después de dos abortos consecutivos. (18)

El episodio abortivo aislado se define "esporádico". Dos episodios abortivos son definidos "repetidos", tres o más son llamados "recurrentes" y se estima que cerca del uno por ciento de las parejas esté afectado de él. (17) El aborto espontáneo es definido "pre-embrional" si tiene lugar antes de la 5^a semana, "embrional" si ocurre entre la 6^a y la 9^a semana y "fetal" si sucede a partir de la 10^a semana hasta 25 semanas y cinco días (180^o día de amenorrea por la actual legislación italiana). (18)

Se denomina pérdida recurrente del embarazo a la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos. Este término ha reemplazado al de aborto habitual.(11) La pérdida recurrente del embarazo se clasifica como primaria si la paciente nunca ha

tenido un fruto viable, o secundaria si la madre ha tenido un bebé antes de las pérdidas consecutivas del embarazo. En la actualidad, cuando una paciente ha presentado dos abortos consecutivos espontáneos, se inicia la investigación como pérdida recurrente del embarazo debido a que la frecuencia de hallazgos anormales es similar a la que se encuentra cuando se investigan las pacientes después de haber presentado tres o más abortos.

2.2 FACTORES CAUSALES

Muchas son los factores causales de los abortos; las más comunes son las anomalías cromosómicas, estas cuentan con el 50% de los casos que se producen en el primer trimestre, si el aborto se produce más tarde hay también una tasa alta de anomalías cromosómicas, 30% en el segundo trimestre y 5% en el tercer trimestre.

Se conoce la relación entre la edad materna y la anomalía cromosómica, hay un aumento claro en la frecuencia de trisomías principalmente debido a la edad materna, muchos de esos embarazos terminan en abortos tempranos y contribuyen, en forma importante al índice elevado de interrupciones espontáneas en esa población de pacientes.

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y a anomalías morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60% de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías y un cuarto son monosomías X. (11)

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anomalías cromosómicas disminuye a aproximadamente 5%. Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anomalías anatómicas del aparato genital materno (útero unicorno, útero bicorno, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares, renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, listeriosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma hominis*; factores inmunológicos tales como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo; y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre.(10)

Muchas son las causas de abortos las más comunes son las anomalías cromosómicas, estas cuentan con el 50% de los casos que se producen en el primer trimestre, si el aborto se produce más tarde hay también una tasa alta de anomalías cromosómicas, 30% en el segundo trimestre y 5% en el tercer trimestre. La mayoría de las anomalías cromosómicas encontradas en los abortos espontáneos son las trisomías autosómicas (50% de los especímenes), en el cariotipo la que se ve con más frecuencia en el abortos es 45 XO, la gran mayoría de esas anomalías genéticas son fenómenos espontáneos aislados. Se conoce bien la relación entre la edad materna y la anomalía cromosómica, hay un aumento claro en la frecuencia

de trisomías principalmente 13, 14, 15, 21 y 22 debido a la edad materna, muchos de esos embarazos terminan en abortos. (17)

Causas anatómicas. Se estiman ser causantes de abortos recurrentes en el 15% de los casos o anomalías en la circulación como puede ocurrir en presencia de fibromiomas, pólipos y sinequias uterinas (síndrome de Asherman). Las anomalías del útero pueden producir abortos a repetición, pueden ser congénitas o adquiridas, la congénita más común suele ser el útero doble, el segundo tipo de anomalías congénitas se presenta por la exposición in útero a dietilestilbestrol (DES). La secuela incluye cuello uterino anormal, útero hipoplásico o en forma de T y pólipos tubarios. Entre las anomalías uterinas adquiridas se encuentran fibromiomas, sinequias uterinas. La localización y tamaño del mioma es importante como factor pronóstico para el aborto, siendo los submucosos los más peligrosos para el aborto temprano. (10)

Causas endócrinas. El defecto de la fase lútea es el factor endócrino más común relacionado con la interrupción recurrente del embarazo, que colleva a un efecto inadecuado de la progesterona sobre el endometrio ya que la producción de esta es necesaria para conservar el endometrio y permitir que el embarazo progrese. La progesterona es producida inicialmente por el cuerpo lúteo del embarazo hasta 7-10 semanas de gestación, luego de 8-10 semanas la fuente primaria de progesterona cambia de cuerpo lúteo del ovario a la placenta. Si la cantidad es inadecuada o no es suficientemente activa a nivel endometrial, podrían producirse interrupciones recurrentes del embarazo, esta clase de eventualidad se presenta al principio del embarazo, pudiendo relacionarse con sangrado prolongado en forma de goteo. Se calcula que la frecuencia del defecto es de 35% en los abortos a repetición. (10)

La forma de diagnosticar la deficiencia es mediante la biopsia de endometrio obtenida dos a tres días antes de la menstruación esperada. El diagnóstico se establece cuando el desarrollo histológico de la muestra de la biopsia antecede a la fecha menstrual por un lapso superior a 48 horas. Se propuso utilizar los niveles séricos de progesterona durante los días 19, 21 y 24 de la fase lútea, si la progesterona total es menor de 15 ng/ml se sospecha una fase lútea inadecuada. (18)

Causas inmunológicas. Estas causas no son muy comprendidas, las teorías propuestas por las autoridades en este campo están constantemente evolucionando y las mayorías han probado estar incorrectas o incompletas. Las enfermedades autoinmunes juegan un papel en más del 10% de los abortos recurrentes, varios anticuerpos se han relacionados con abortos recurrentes como los anticuerpos contra algunos fosfolípidos, en especial lupus anticoagulantes y anticardiolipinas. (10)

El síndrome Antifosfolípidos (APS) está clásicamente relacionada con abortos recurrentes. Está asociada a pérdidas de embarazos en el primer trimestre, trombosis placentaria y placentas pequeñas, la interrupción de la circulación al feto podría ser la razón para las pérdidas fetales.

Otras causas que pueden contribuir a los abortos son: la edad materna, hay aumento del riesgo cuando aumenta la edad materna, para mujeres de menos de 35 años la tasa de abortos es de 6.4% para 35-40 años es de 14.7% y sobre los 40 años es de 23.1%. (10,18)

Enfermedad materna debilitante compromete la función reproductiva ya sea, a través de una disfunción anovulatoria o un desorden inmunológico. Las mujeres con Diabetes Mellitus insulino dependiente que tienen poco control, tienen una tasa alta de abortos espontáneos mientras que las controladas no tienen un aumento el la

tasa. El tabaco está asociado a un aumento de abortos cromosómicamente normales implicando un efecto directo en el feto en el 30-50% de los casos, aún después de corregir el factor socioeconómico. (10)

Toxinas industriales y ambientales asociadas con abortos incluyen el arsénico, benceno, óxido etileno, formaldehído y el plomo. Hay interés con relación a los gases anestésicos y abortos cuyos hallazgos en la literatura hacen prudente evitar exposiciones intensas. Las radiaciones durante estudios diagnósticos con un total de exposición de menos de 10 rads se cree que confiere un pequeño aumento en el riesgo de abortos espontáneos. El aborto es común y puede ser causado por muchas causas. Afortunadamente, hay cerca de un 90% de probabilidad de que el próximo embarazo siguiente a un aborto sea normal, pacientes que tienen abortos recurrentes pueden ser tratadas exitosamente y ser capaz de llevar un embarazo al término.

2.3 CUADRO CLÍNICO

En las primeras etapas del aborto espontáneo, el síntoma más común es una pérdida de sangre por la vagina. La sangre puede ser de color rojo brillante si es reciente, u oscura si ha sido retenida en la vagina durante algunas horas. Si el embrión no ha sido eliminado se trata de una amenaza de aborto y el embarazo todavía no se puede salvar. Si el trastorno continuo puede aparecer un dolor intermitente, a intervalos regulares, como pequeños dolores de parto. Ello significa que la amenaza de aborto puede convertirse en aborto inevitable si el embrión se desprende. En esta etapa la pérdida de sangre también puede aumentar, tanto más intensamente cuanto más avanzada este la gestación. (17)

En una mujer en edad reproductiva con vida sexual activa que presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor hipogástrico intermitente y sangrado, después de retraso menstrual o amenorrea, o en quien se ha hecho previamente el diagnóstico de embarazo, hay que sospechar amenaza de aborto.

2.4 DIAGNOSTICO:

2.4.1 EVALUACIÓN CLÍNICA

La base principal para el manejo del aborto es su diagnóstico. Desde hace 20 años se dispone de tecnología que facilita el diagnóstico temprano del embarazo, lo que ha permitido avances en el manejo de la amenaza de aborto y del aborto espontáneo y en los cuidados prenatales. La ultrasonografía y la prueba de gonadotropina coriónica (hCG) facilitan el diagnóstico y el manejo de pacientes con un embarazo anormal.

En contraste con los embriólogos, que fechan los eventos desde el momento de la fertilización, los clínicos convencionales calculan la duración del embarazo desde el primer día de la última menstruación (FUM). Este cálculo esta basado en un ciclo "ideal" de 28 días en el que la fertilización ocurre al 14º día del ciclo. Se debe considerar que sólo el 15% de las mujeres en edad reproductiva tienen ciclos de 28 días, otros factores de confusión clínica son las irregularidades menstruales y el uso de anticonceptivos.(10)

En un estudio sobre amenorrea y síntomas sugestivos de embarazo, se determinó que una combinación de síntomas es más predictiva que la amenorrea sola, aunque el médico depende actualmente poco de estos síntomas para hacer el diagnóstico temprano de embarazo.(11) Los datos sugestivos de embarazo a la exploración física, tanto uterinos como mamarios, tienen especificidad entre el 70 a 90%, pero una sensibilidad baja, del 18 al 56%.²² Se considera que el 25% de las pacientes embarazadas sangran durante el primer trimestre del embarazo, constituyendo una amenaza de aborto.(13)

Las pacientes con aborto espontáneo temprano pueden presentar sangrado transvaginal, dolor abdominal o bien estar asintomáticas. A la exploración física presentan un útero de menor tamaño que el que debería corresponder al periodo de la amenorrea y en el caso de sangrado activo los productos de la concepción pueden ser evidentes en el canal cervical o en la vagina. En pacientes con embarazos mayores, se encuentra la misma sintomatología, pero de mayor intensidad y las modificaciones cervicales son habitualmente más evidentes. En las pacientes asintomáticas o con poca sintomatología y en aquellas con embarazos pequeños, la valoración ultrasonográfica es indispensable.

2.4.2 EVALUACIÓN HORMONAL

Al implantarse el blastocisto, el sincitiotrofoblasto inicia la producción de hGC. Las concentraciones de esta gonadotropina en suero aumentan durante las primeras seis semanas del embarazo, con elevaciones al doble (100% de incremento) aproximadamente cada 1.3 a 2 días. (14) Posteriormente, sus concentraciones continúan incrementándose hasta alcanzar el pico máximo alrededor de las 9 a 10

semanas de la gestación, siendo en este momento de aproximadamente 50,000 mIU/ml, con un rango de 20,000 a 200,000 mIU/ml. Después de las diez semanas de gestación y durante el segundo y tercer trimestres, las concentraciones de hCG comienzan a descender gradualmente. (15) Debido a que la hGC en orina es muy estable y que sus concentraciones son semejantes a las de la sangre, la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y la evolución del embarazo temprano normal o anormal. (16) Las pruebas urinarias modernas, incluyendo las de uso casero, están basadas en anticuerpos monoclonales contra la subunidad- β de la hGC. Estas pruebas detectan concentraciones tan bajas como de 25 a 50 mIU/ml, manifestando su positividad con un cambio de color típico, detectando embarazos después de 3 ó 4 días de implantación y con un porcentaje de positividad cercano al 98% a los 7 días de implantación. Los resultados son altamente confiables en manos experimentadas (17).

2.4.3 VALORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA

Las pacientes con sangrado transvaginal y amenorrea son tributarias de ultrasonido; durante el embarazo temprano la ultrasonografía vaginal tiene ventajas sobre el ultrasonido abdominal. La primera estructura visible por ultrasonido es el saco gestacional, que aparece como una estructura esférica anecoica rodeada inicialmente por un engrosamiento de la decidua y más tarde por una sombra brillante hiperecoica (doble anillo), también conocida como el doble signo decidual. El saco gestacional es generalmente visible por ultrasonido transvaginal alrededor de las 4.5 a 5 semanas de gestación (19) y crece aproximadamente 1 mm por día. El doble signo decidual aparece habitualmente a las 5.5 ó 6 semanas de gestación. El saco puede ser visualizado en presencia de

concentraciones de la subunidad- β de hGC tan bajas como de 800 mIU/ml y debe ser identificable por ultrasonografistas experimentados cuando las concentraciones son mayores o iguales a 2,000 mIU/ml.³¹

La primera estructura visible dentro del saco gestacional es el saco vitelino, el cual puede ser identificado entre las 5-6 semanas de gestación, persistiendo hasta alrededor de las 10 semanas de gestación. La primera imagen transvaginal del embrión aparece a las 6 semanas de gestación como una estructura hiperecoica lineal. En un embarazo normal, el embrión crece aproximadamente 1 mm por día. A los 49 días de gestación, cuando la longitud mayor es de 7 mm, el embrión aparece en forma de arco debido a su postura xifótica. Alrededor de los 58 días de gestación, el crecimiento y la extensión de la cabeza permite la medición de la longitud cráneo-caudal. Con ultrasonografía transvaginal, los movimientos cardiacos pueden en ocasiones visualizarse en un embrión de 2 a 3 mm y son invariablemente detectables en un embarazo normal cuando la longitud del embrión es de 5 mm. (17)

El diagnóstico ultrasonográfico de la falla de un embarazo temprano, depende básicamente de la ausencia de los signos específicos esperados para un embarazo normal. Con ultrasonido endovaginal, la presencia de un saco gestacional con un diámetro promedio igual o mayor de 8 mm, sin un saco de yolk, o igual o mayor de 12 mm sin un embrión, indica invariablemente que se trata de un embarazo anormal.⁽¹⁵⁾ Cuando el tamaño del polo embrionario excede de 5 mm por ultrasonido endovaginal, la ausencia de actividad cardiaca es diagnóstico de muerte embrionaria; la confirmación del diagnóstico, mediante la repetición del ultrasonido unos días más tarde, es prudente cuando la paciente tiene alguna

duda acerca de la evolución del embarazo. Las determinaciones de hGC tienen poco valor, ya que esta gonadotropina refleja actividad trofoblástica, la que puede estar presente o ausente en casos de muerte embrionaria.

En los embarazos pequeños asintomáticos o que cursan con poca sintomatología, el ultrasonido habitualmente muestra una cavidad uterina ocupada, con un patrón de densidades no homogéneas o con ecos mixtos en su interior.

Con el desarrollo del inmunoanálisis, que permite la identificación temprana de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana, se cuenta hoy con un instrumento muy sensible y específico tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y manejo de las complicaciones del embarazo temprano. La gonadotropina coriónica humana (hCG) se puede detectar en la sangre materna desde 7-10 días después de la fertilización y guarda relación directa con el crecimiento trofoblástico. En condiciones normales se encuentra una duplicación de la concentración de hCG en el suero materno cada 48-72 horas. Cuando los niveles de la hormona no ascienden adecuadamente, la curva se aplana, o los niveles descienden antes de la octava semana de gestación, puede inferirse un embarazo de mal pronóstico o no viable. (12)

Por otra parte, los estudios ecográficos con equipos de alta resolución, permiten visualizar por vía transabdominal y transvaginal el saco gestacional a las cuatro y cinco semanas de amenorrea (tres semanas postconcepción) como un espacio lleno de líquido apenas medible (dos mm de diámetro). A la sexta semana aparece el reborde trofoblástico y a la séptima semana de gestación se puede observar la actividad cardíaca del embrión, lo cual comprueba la vitalidad del fruto

de la concepción. Estas pruebas han cambiado la forma de interpretar el cuadro clínico, la evolución de la amenaza de aborto y el diagnóstico del embrión no viable, del aborto y del embarazo ectópico. (10)

2.5 TIPOS DE ABORTO

Desde el punto de vista clínico el aborto se clasifica de la siguiente forma (9, 10)

2.5.1 AMENAZA DE ABORTO

La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica. El tratamiento es el reposo absoluto en cama, con sedación según el estado de ansiedad de la paciente. También pueden utilizarse analgésicos antiespasmódicos para aliviar el dolor. En los embarazos tempranos es importante definir el pronóstico del embarazo, si existe embrión y si está vivo. El estudio ecográfico es una ayuda invaluable para precisar el diagnóstico. (9)

Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continua su curso.

2.5.2 ABORTO EN CURSO

Se define como aborto en curso al cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento y dilatación cervicales y sangrado de origen uterino. Las membranas ovulares se encuentran íntegras. El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o la revisión uterina. (10)

2.5.3 ABORTO RETENIDO

En estos casos el embrión muere o se desprende pero queda retenido dentro del útero. Debe sospecharse cuando el útero no aumenta de tamaño, los síntomas y signos del embarazo disminuyen hasta desaparecer y el control ecográfico visualiza embrión sin actividad cardíaca, con distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y, en embarazos del segundo trimestre, cabalgamiento de los huesos del cráneo. El advenimiento de la ecografía permite el diagnóstico de la muerte embrionaria y de la muerte fetal en forma precoz; por esta razón, para el manejo clínico no tiene lugar en la actualidad el considerar aborto retenido solamente a aquel que tiene tres o más semanas de muerte intrauterina.

El tratamiento del aborto retenido depende de la edad gestacional y tamaño uterino. En embarazos tempranos consiste en la evacuación del útero mediante dilatación y legrado. En gestaciones avanzadas (mayores de doce semanas) debe llevarse a cabo la maduración cervical con prostaglandinas y la inducción con oxitocina. (10)

2.5.4 ABORTO INCOMPLETO

Se denomina aborto incompleto al cuadro clínico caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción. Cuando queda retenida la placenta el tratamiento consiste en completar el aborto por medio del legrado o la revisión uterina. La pérdida del líquido amniótico ya configura un cuadro de aborto incompleto; sin embargo, se utiliza el término de aborto inevitable cuando las contracciones uterinas son más enérgicas, el cuello sufre borramiento y dilatación, las membranas están rotas y se palpan a través del cuello las partes fetales (15,17).

2.5.5 ABORTO COMPLETO

Se denomina aborto completo a la situación en la cual hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares. Desde el punto de vista clínico se identifica porque desaparece el dolor y el sangrado activo después de la expulsión de todo el producto de la concepción. Puede persistir un sangrado escaso por algún tiempo. (11)

2.6 COMPLICACIONES

El sangrado es la complicación más frecuente del aborto; acompaña también a la amenaza de aborto, caracterizándose en este caso por ser escaso, de color rojo o café oscuro y acompañado frecuentemente de dolor. Cuando este sangrado se torna abundante, con o sin coágulos de diferente tamaño y la paciente presenta modificaciones cervicales tales como acortamiento o permeabilidad cervical, se

considera que se está iniciando la etapa de aborto en evolución, causando alarma en la mujer y siendo el motivo de la consulta médica.

En grandes series se ha demostrado que menos del 1% de las mujeres requieren legrado uterino de urgencia debido a un sangrado considerable (15). Los síntomas y signos asociados a la hipovolemia severa incluyen hipotensión arterial, taquicardia, hiperventilación, inquietud, confusión progresiva, somnolencia o estupor. La hipovolemia severa constituye una urgencia médica que requiere la inmediata reposición del volumen y la evacuación uterina mediante legrado uterino instrumental.

El dolor se puede considerar como una complicación del aborto. Este síntoma se deriva de la estimulación nociva sensorial, incluyendo temor y ansiedad. Variaciones individuales y culturales afectan el umbral al dolor, al igual que la experiencia y la expresión del dolor. Algunas mujeres pueden tener sentimientos de culpa por el aborto, lo que provoca dolor emocional provocando mayor expresión al dolor (16).

La infección es otra de las complicaciones que acompaña al aborto;(18) se presenta habitualmente después de la evacuación uterina. Esta complicación generalmente no requiere hospitalización y puede ser manejada ambulatoriamente con antibióticos; su sintomatología es pobre, con fiebre discreta y dolor a la palpación del útero y anexos.

Otra de las complicaciones frecuentemente olvidada por el médico son las psicológicas. Es indudable que la pérdida de la gestación y el aborto pueden ser una experiencia traumática para la pareja y potencialmente causar depresión y ansiedad.
(18)

CAPITULO III

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores de riesgo para la presentación del aborto en las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el periodo 2001-2005.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la frecuencia del aborto en las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2001-2005.
- Identificar los principales antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que incrementan el riesgo de presentar aborto.
- Determinar si factores socio-culturales como la edad, el estado civil y el grado de instrucción de las pacientes aumentan el riesgo de aborto.

- **Determinar el tipo de aborto que se presenta con más frecuencia en las pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.**

3.3.- HIPÓTESIS

Existen factores gineco-obstétricos y socioculturales que aumentan el riesgo de aborto en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente Estudio es de tipo Retrospectivo, Analítico de casos y controles.

- **Retrospectivo:** se recolectaron información de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) de las pacientes que fueron atendidas por aborto en el Servicio de Gineco-obstetricia durante el periodo 2001-2005.
- **Analítico de Casos y Controles:** se describen datos obtenidos de la información de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el estudio dividió a las pacientes en dos grupos: un grupo conformado por las pacientes que presentaron aborto que fueron los casos y otro grupo conformado por las demás pacientes cuyo embarazo continuó sin aborto quienes conformaron el grupo control.

4.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Las pacientes consideradas para el estudio fueron todas las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue. La información requerida se obtuvo de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) de los años 2001-2005, esta base de datos considera información general de las pacientes, antecedentes obstétricos, patologías asociadas, controles prenatales e información del parto, cesárea o aborto.

Se seleccionaron las pacientes en dos grupos: el Grupo De Casos quedó conformado por aquellas pacientes hospitalizadas por presentar algún tipo de aborto y el grupo Control fue conformado por las gestantes hospitalizadas para atención del parto, cesárea o enfermedad obstétrica que no fuera el aborto.

Con los casos y controles identificados, se procedió a recabar la información requerida de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) de los años 2001-2005 del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La base de datos nos permitió manejar la información de 19015 pacientes que conformaron el estudio.

4.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La información obtenida del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.), luego de ordenada nos permitió construir una base de datos usando el programa Excel XP de Windows.

Para el análisis de la información de los casos y controles se utilizó el Software estadístico SPSS v. 12.0, se procedió a realizar el análisis estadístico respectivo utilizando pruebas como el Odds Ratio para determinar el riesgo de aborto que presentaba cada variable de estudio al comparar los casos y controles, el Intervalo de confianza contratado fue del 95%, se utilizó la prueba chi cuadrado para determinar la asociación entre las variables de estudio y el aborto, y finalmente el índice de confiabilidad considerado para nuestra investigación fue >95% ($p < 0.05$).

4.4.- POBLACIÓN, CASOS Y CONTROLES

La población estuvo conformada por todas las pacientes y/o gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de Enero 2001 hasta Diciembre 2005, para la atención del parto, cesárea, aborto u otra patología asociada al embarazo. La población total quedó conformada por 19015 pacientes y todas formaron parte del estudio.

Del total de 19015 pacientes, se dividieron en dos grupos: el Grupo de Casos quedó conformado por 2590 pacientes hospitalizadas para la atención del aborto o sus complicaciones, y el grupo Control por 16425 gestantes hospitalizadas para la atención del parto, cesárea u otra enfermedad que no fuera el aborto. Finalmente la relación de casos y controles fue de 01 caso por cada 6.3 controles.

4.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en este estudio a todas las pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Paciente hospitalizada en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el periodo 2001-2005 para la atención del aborto, parto u otra patología obstétrica.
- La información de las pacientes deberán constar en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) de los años 2001-2005 del Hospital Hipólito Unanue De Tacna.
- Grupo de Casos: quedo conformado por 2590 pacientes (gestación menor de 22 semanas, calculada por Fecha de Ultima Menstruación, control ecográfico precoz o cuyo producto sea menor de 500 gr. de peso) que fueron atendidas para atención del aborto o sus complicaciones.
- Grupo Control: conformado por 16425 pacientes que fueran atendidas para asistencia del parto u otra patología obstétrica en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el periodo 2001-2005.

4.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes atendidas fuera del tiempo de estudio o que no fuera hospitalizada.
- Pacientes cuya información solicitada no se encuentre en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) o esté incompleta

4.7.- VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variable independiente: Factores socioculturales y Obstétricos
- Variable dependiente: Presentación de aborto

4.7.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	FUENTE
A. FACTORES MATERNAS GENERALES	Edad	Cuantitativo	Discontinuo	Años	S.I.P.
	Estado civil	Cualitativo	Nominal	1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera 4. Otro	S.I.P.
	Grado de instrucción	Cualitativo	Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	S.I.P.
B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Numero de partos previos	Cuantitativo	Discontinuo	1. Ninguno 2. 1 3. 2 4. 3 ó más	S.I.P.
	Abortos previos	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No ¿Cuántos?	S.I.P.
	Tipo de Aborto Previo	Cualitativo	Nominal	1. Incompleto 2. Completo 3. Frustrado 4. Séptico 5. Otro	S.I.P.
	Controles prenatales	Cuantitativo	Discontinuo	1. Ninguno 2. 1-3 3. 4-6 4. 7 ó más	S.I.P.
C. DE LA GESTACIÓN O ABORTO ACTUAL	Amenaza de aborto	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	S.I.P.
	Enfermedades concomitantes al embarazo	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	S.I.P.
	Tipo de aborto	Cualitativo	Nominal	1. Incompleto 2. Completo 3. Frustrado 4. Séptico 5. Otro	S.I.P.

S.I.P.: Sistema Informático Perinatal del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna

CAPITULO V

RESULTADOS

CUADRO 01

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LA FRECUENCIA POR AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005

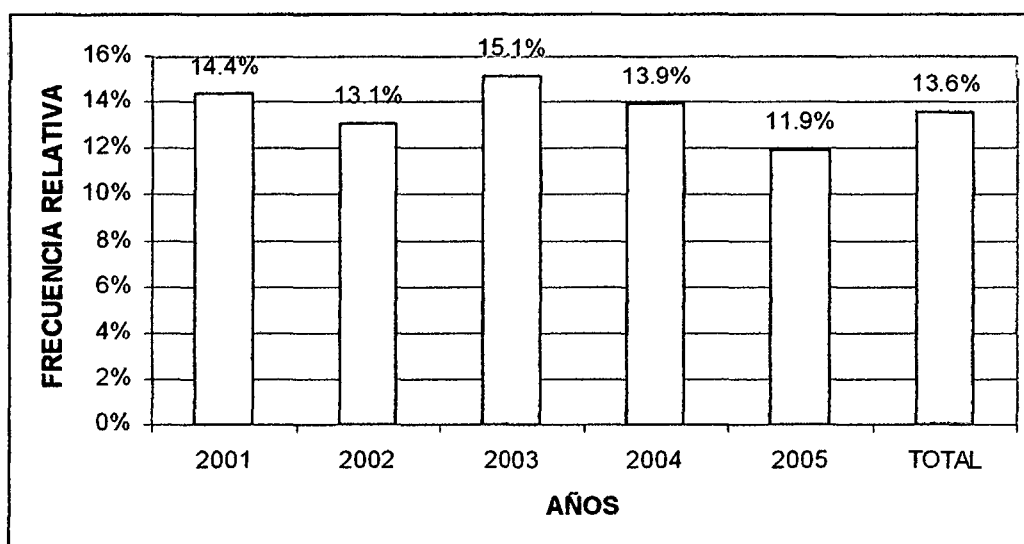
AÑOS	CASOS	CONTROLES	TOTAL	PREVALENCIA
2001	460	2739	3199	14.4%
2002	487	3219	3706	13.1%
2003	576	3239	3815	15.1%
2004	566	3506	4072	13.9%
2005	501	3722	4223	11.9%
2001-2005	2590	16425	19015	13.6%

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Durante los cinco años de estudio se atendieron 19015 gestantes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2590 pacientes presentaron aborto (casos) y 16425 gestantes continuaron con un embarazo normal (controles). En el año 2001 la prevalencia del aborto fue el 14.4% de todos los embarazos y progresivamente esta cifra fue disminuyendo hasta 11.9% en el 2005, representando una prevalencia del 13.6% del total de embarazos atendidos en este hospital durante los años de estudio

GRAFICO 01

**PREVALENCIA DEL ABORTO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2001-2005**



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 02

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN SU GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005**

EDAD (años)	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
<15	10	0.4%	109	0.7%	0.58	0.30-1.11	>0.05
15-19	289	11.2%	2702	16.5%	0.63	0.56-0.73	<0.000001
20-24	723	27.9%	5224	31.8%	0.83	0.76-0.91	<0.0001
25-29	656	25.3%	4028	24.5%	1.04	0.95-1.15	>0.05
30-34	481	18.6%	2730	16.6%	1.14	1.03-1.27	<0.05
35-39	308	11.9%	1285	7.8%	1.59	1.39-1.81	<0.000001
>39	123	4.8%	347	2.1%	2.31	1.87-2.85	<0.000001
TOTAL	2590	100.0%	16425	100%			

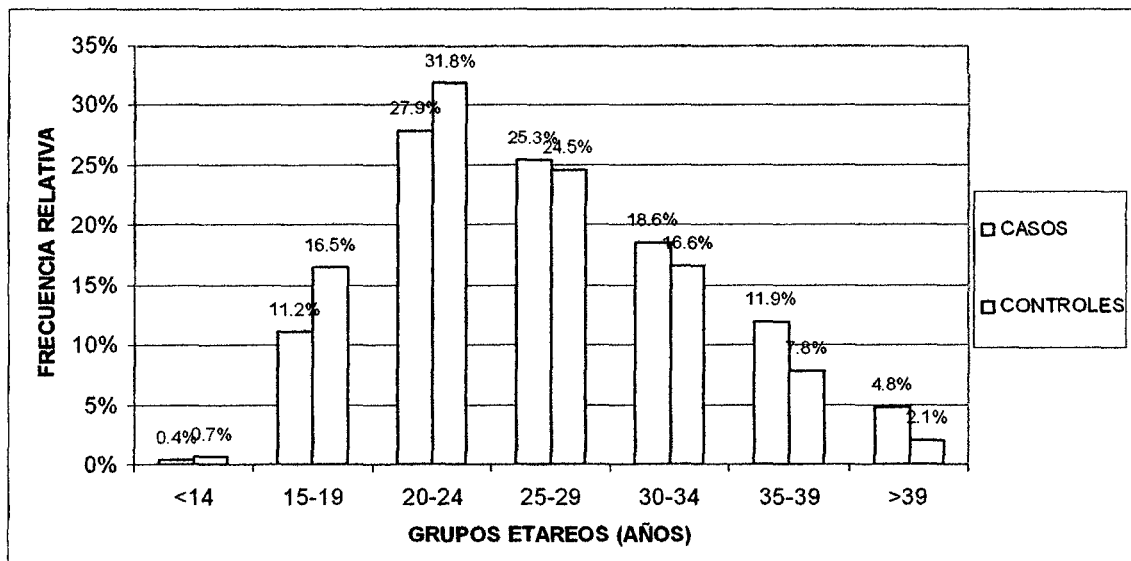
O.R. = Odds Ratio
I.C. = Intervalo De Confianza
p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El grupo etáreo más representado fue el de 20-24 años con una frecuencia del 27.9% para el grupo de casos y 31.8% para el grupo control. El cuadro también presenta la posibilidad o riesgo de aborto (Odds ratio) según los grupos etareos, evidenciando un incremento del riesgo a partir del grupo de 35-39 años con O.R.=1.59, y para el grupo de >39 años O.R.=2.31, en ambos casos el resultado fue de alta significancia estadística (p<0.000001).

GRAFICO 02

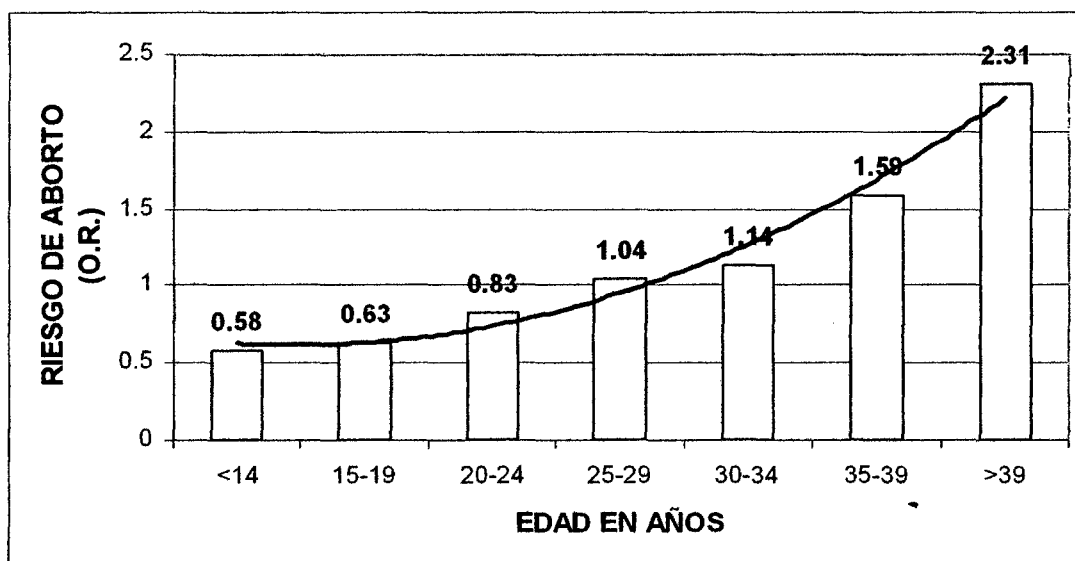
FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN SU GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRAFICO 03

**RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO) SEGÚN LOS GRUPOS ETÁREOS DE LAS
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA 2001-2005**



O.R. = Odds Ratio

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 03

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTE SEGÚN SU ESTADO CIVIL
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL PERIODO 2001-2005**

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
SIN DATO	3	0.12	8	0.05			
CASADA	539	20.81	3251	19.79	1.06	0.96-1.18	>0.05
CONVIVIENTE	1555	60.04	10501	63.93	0.84	0.78-0.92	<0.0005
SOLTERAS**	493	19.03	2665	16.22	1.21	1.09-1.35	<0.001
TOTAL	2590	100.00	16425	100.00			

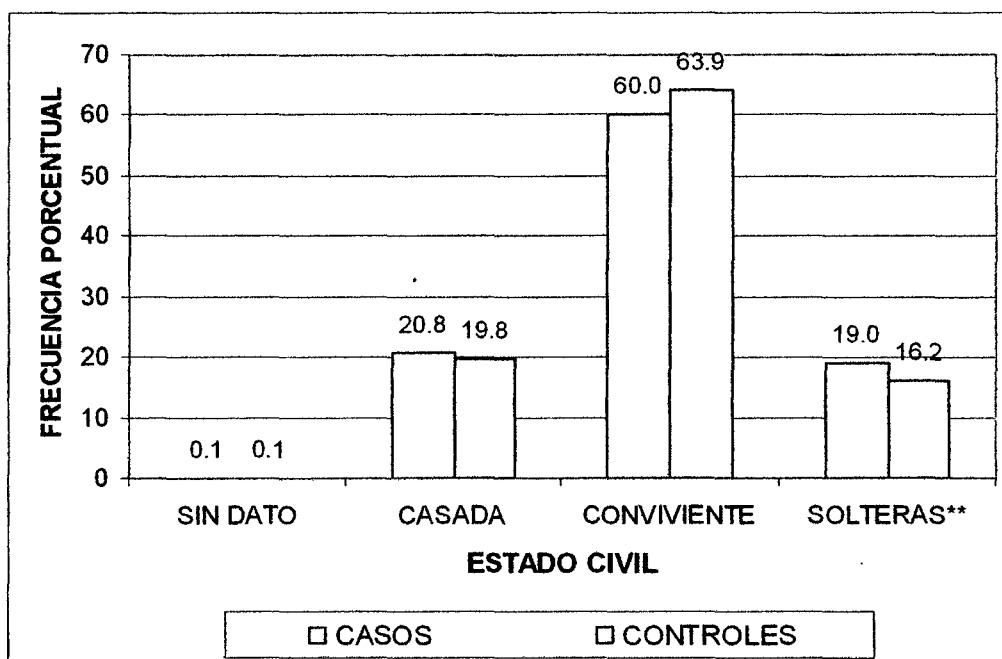
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia
 ** = Solteras, Separadas y Viudas

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro presenta la frecuencia de las pacientes y riesgo de aborto según el estado civil, se encontró que la frecuencia porcentual fue similar en el grupo de casos y grupo control. La mayoría de casos y controles fueron convivientes en 60.0% y 63.9% respectivamente. Las casadas, convivientes y solteras presentan un O.R. alrededor de 1 (1.06, 0.84 y 1.21), por lo tanto el estado civil no se presenta como factor de riesgo asociado al aborto.

GRAFICO 04

FRECUENCIA DE LAS PACIENTE SEGÚN SU ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2001-2005



SOLTERAS** = Solteras, Separadas y Viudas

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 04

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	P
	Nº	%	Nº	%			
ANALFABETA	19	0.7%	143	0.9%	0.84	0.52-1.36	<0.05
PRIMARIA	416	16.1%	2508	15.3%	1.06	0.95-1.19	<0.05
SECUNDARIA	1610	62.2%	10143	61.8%	1.02	0.93-1.11	<0.05
SUPERIOR	545	21.0%	3086	18.8%	1.15	1.04-1.28	<0.01
TOTAL	2590	100.0%	16425	100.0%			

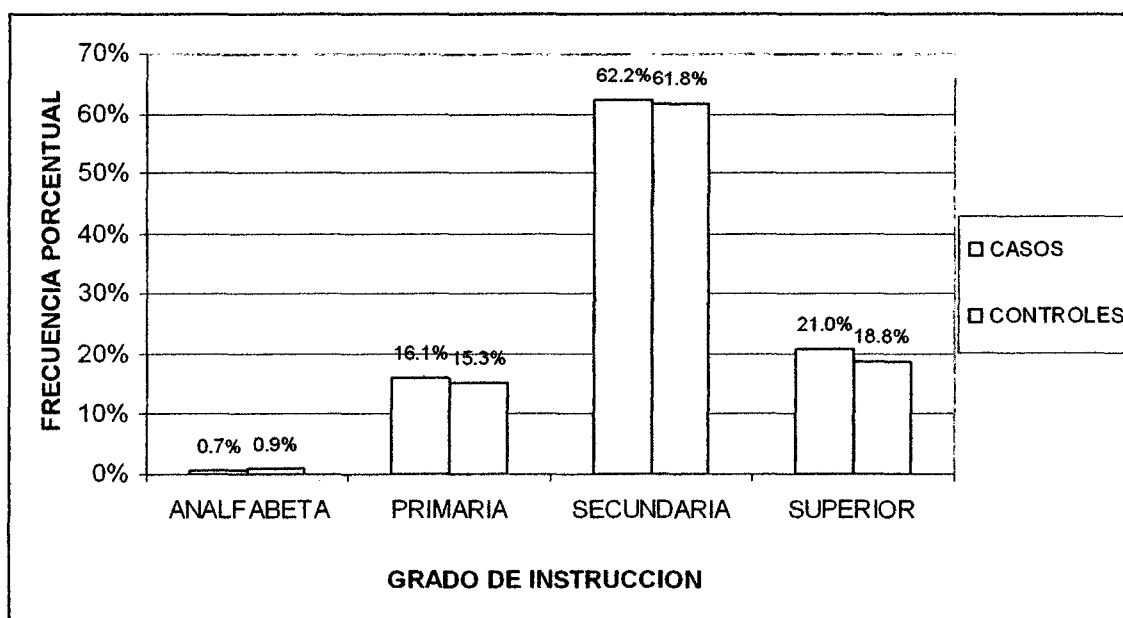
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro nos presenta la distribución de pacientes según el grado de instrucción, en ambos grupos la mayoría fueron mujeres con educación secundaria, 62.2% para el grupo de los casos y 61.8% para el grupo control. El O.R. de los diferentes grados de instrucción (analfabeta, primaria, secundaria y superior) oscila entre 0.84 y 1.15, mostrando una variación mínima que nos indican que el grado de instrucción no es factor de riesgo asociado al aborto.

GRAFICO 05

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 05

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL ANTECEDENTE DE PARTOS
PREVIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005**

PARTOS PREVIOS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
NULÍPARA	956	36.9%	7553	46.0%	0.69	0.63-0.75	<0.000001
PRIMÍPARA	767	29.6%	4881	29.7%	1.01	0.91-1.09	>0.05
MULTÍPARA	825	31.9%	3873	23.6%	1.51	1.38-1.66	<0.000001
GRAN MULTÍPARA	42	1.6%	118	0.7%	2.28	1.60-3.25	<0.000001
TOTAL	2590	100.0%	16425	100.0%			

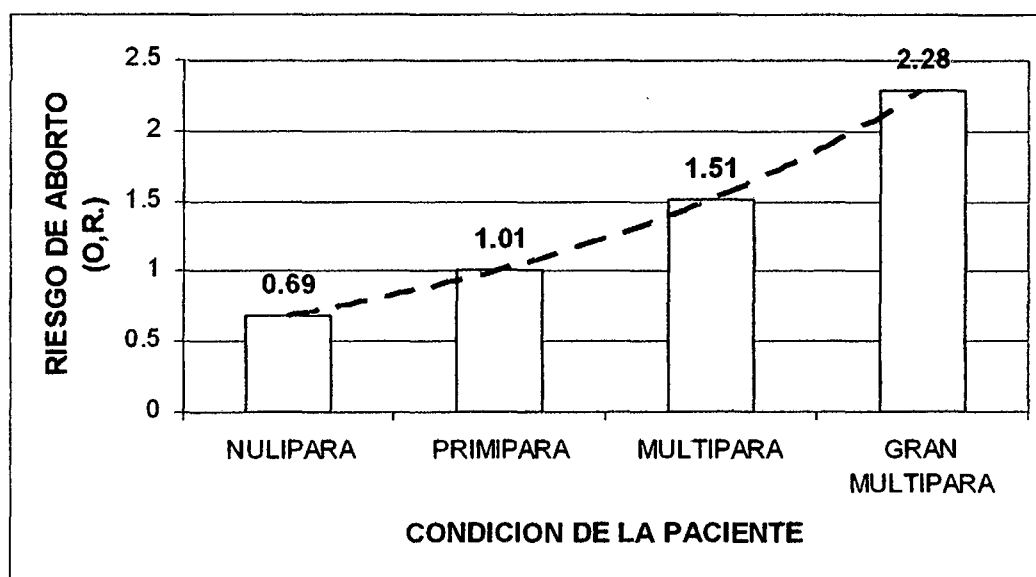
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro nos presenta al frecuencia de las pacientes de acuerdo al antecedente de partos previos, el 36.9% de los casos y 46.0% de los controles eran nulíparas, y apenas el 1.6% de los casos con el 0.7% de los controles eran pacientes grandes multíparas (6 o más partos). Se demuestra un incremento del riesgo de aborto conforme aumenta el número de partos previos, (Odds ratio) desde 0.69 para las nulíparas hasta 2.28 para las grandes multíparas ($p < 0.000001$).

GRAFICO 06

RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO) SEGÚN LOS PARTOS PREVIOS DE LAS
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA 2001-2005



O.R.= Odds Ratio

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 06

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL ANTECEDENTE DE ABORTOS
PREVIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005**

ABORTOS PREVIOS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
0	1899	73.3%	12885	78.4%	0.76	0.69-0.83	<0.00001
1	539	20.8%	2939	17.9%	1.21	1.09-1.34	<0.001
2	118	4.6%	480	2.9%	1.59	1.29-1.95	<0.00001
>2	34	1.3%	121	0.7%	1.79	1.22-2.63	<0.005
TOTAL	2590	100.0%	16425	100.0%			

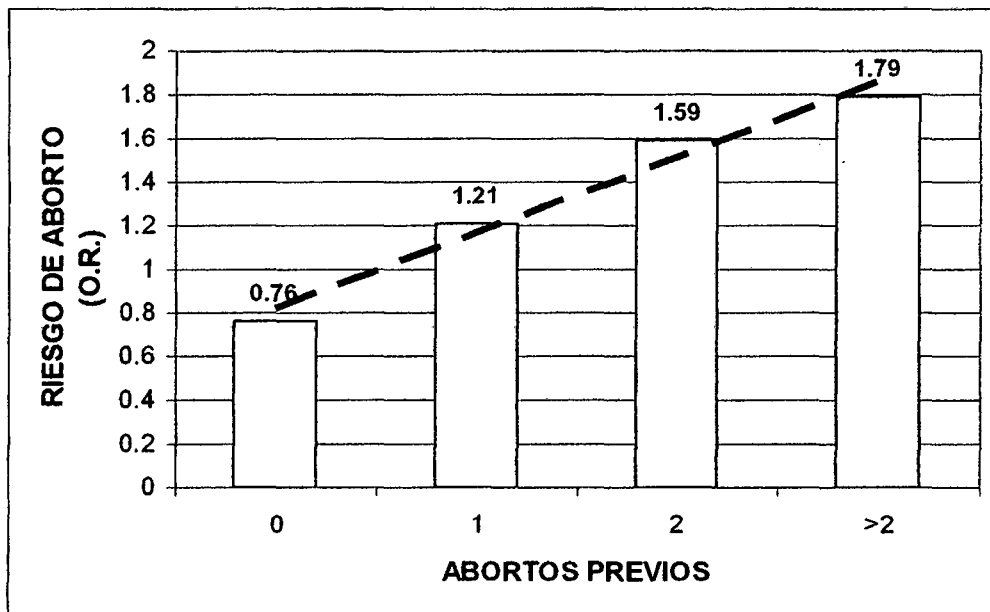
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

La mayoría de los casos y controles no tenían antecedentes de abortos previos (73.3% y 78.4%), el no tener abortos previos muestra un riesgo de aborto (Odds Ratio) de 0.76. La frecuencia relativa de pacientes con antecedentes de 2 y >2 abortos en el grupo de casos fue el doble que en el grupo control (4.6% y 1.3% vs. 2.9% y 0.7% respectivamente) representando un riesgo de aborto (Odds Ratio) de 1.59 veces para las pacientes con antecedentes de dos abortos, y un riesgo de 1.79 veces más para las pacientes con antecedente de más de dos abortos.

GRAFICO 07

RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO) SEGÚN EL ANTECEDENTE DE ABORTOS PREVIOS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005



O.R. = Odds Ratio

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 07

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO)
SEGÚN LOS CONTROLES PRE-NATALES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA 2001-2005**

Nº DE CONTROLES PRENATALES	CASOS		CONTROL		O.R.	I.C. 95%	P
	Nº	%	Nº	%			
0	2045	82.13%	1141	6.90%	50.26	44.49-56.22	<0.00000 1
1	329	13.21%	332	2.00%	7.05	6.02-8.27	<0.00000 1
2	133	5.34%	476	2.90%	1.81	1.49-2.21	<0.00000 1
3	53	2.13%	575	3.50%	0.58	0.43-0.77	<0.001
4	20	0.80%	814	5.00%	0.15	0.10-0.23	<0.00000 1
>4	10	0.39%	13087	79.67	0.001	0.001-0.002	<0.00000 1
TOTAL	2590	100.00 %	16425	100.00 %			

O.R. = Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

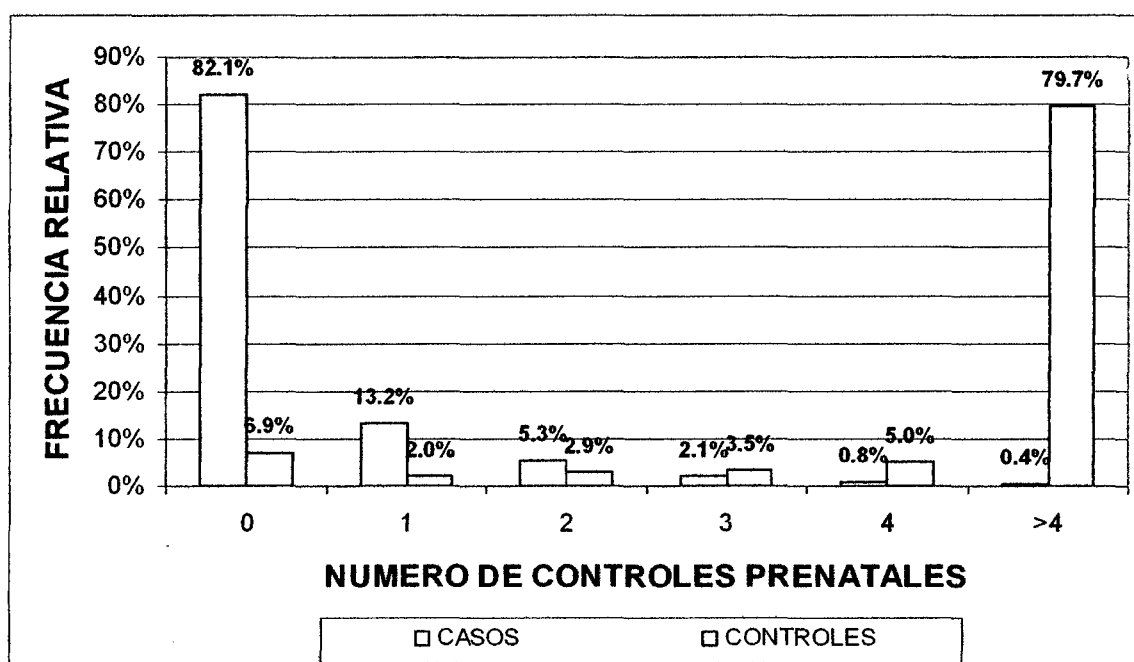
p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

La gran mayoría de las pacientes del Grupo de casos (82.13%) no tuvo ningún control prenatal, el 13.2% tuvo un control y apenas el 4.7% tuvo dos o más controles prenatales en comparación al grupo control en el cual el 91.1% tuvo dos o más controles prenatales.

GRAFICO 08

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS CONTROLES PRE-NATALES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 08

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO)
SEGÚN EL HABITO DE FUMAR EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
2001-2005**

FUMAR	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
SI	5	0.2%	16	0.1%	1.98	0.73-5.42	>0.05
NO	2585	99.8%	16409	99.9%	0.5	0.18-1.38	>0.05
TOTAL	2590	100.0%	16425	100.0%			

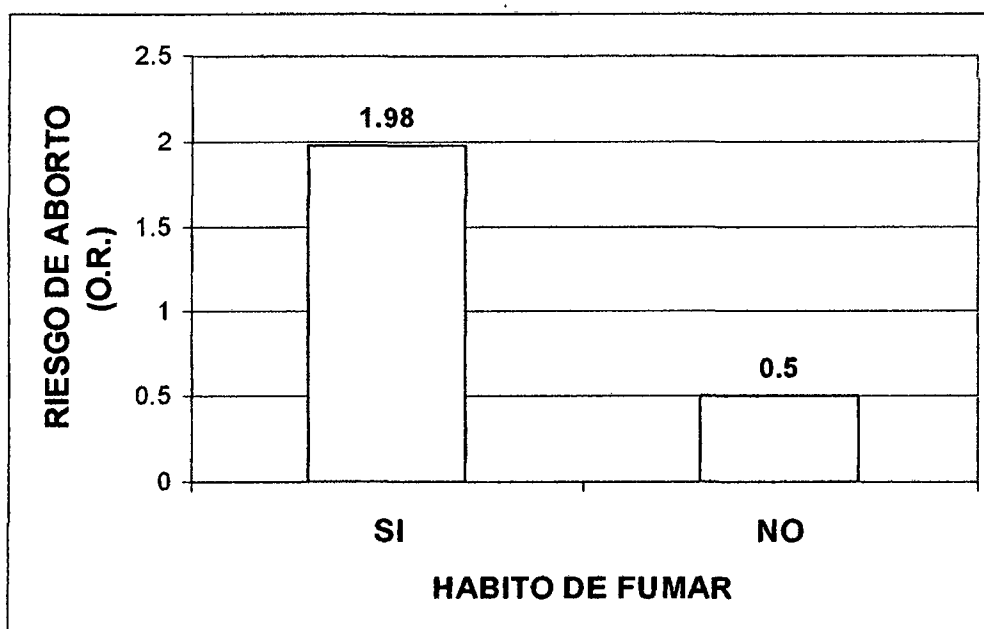
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El hábito de fumar es un factor de riesgo que incrementaría la posibilidad de aborto en 1.98 veces, mientras que para el grupo de pacientes no fumadoras sería un factor de protección de aborto de 0.5 (Odds ratio=0.5), sin embargo el resultado no es estadísticamente significativo ($p>0.05$).

GRAFICO 10

RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO) DE LAS PACIENTES SEGÚN EL HABITO DE FUMAR EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005



O.R. = Odds Ratio

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 09

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO) SEGÚN
EL ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA 2001-2005**

AMENAZA DE ABORTO	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
SI	143	5.5%	68	0.41%	14.06	10.50- 18.82	<0.000001
NO	2447	94.5%	16357	99.59%	0.07	0.05-0.10	<0.000001
TOTAL	2590	100.0%	16425	100.00%			

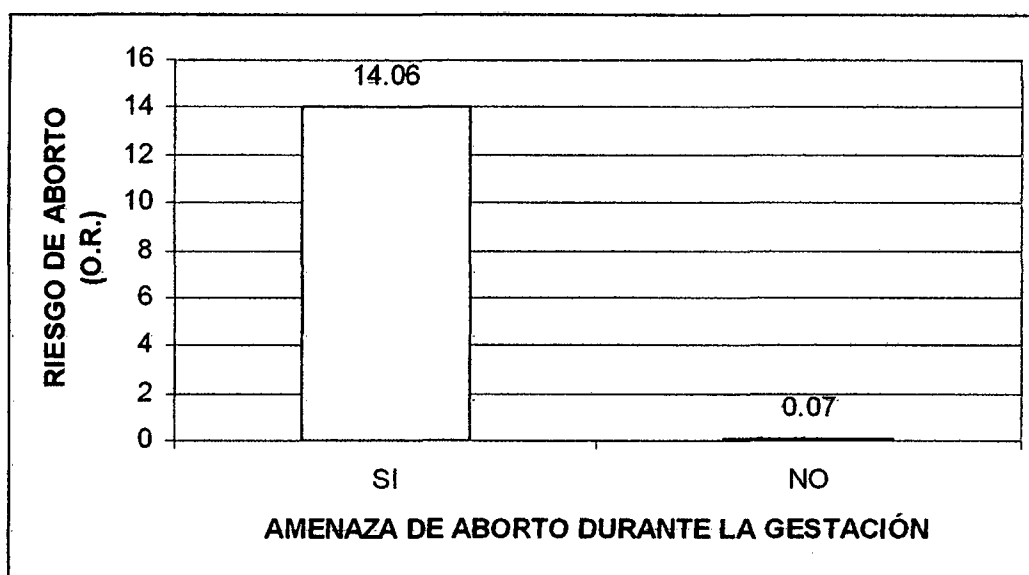
O.R. = Odds Ratio
I.C. = Intervalo De Confianza
p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

La amenaza de aborto estuvo presente en el 5.5% de los casos y el 0.41% de los controles. Presentar amenaza de aborto durante la gestación representó un riesgo de aborto (odds ratio) de 14.06, resultado que fue muy significativo ($p < 0.000001$). De 211 gestaciones con amenaza de aborto, 143 terminaron en aborto (67.7%).

GRAFICO 11

RIESGO DE ABORTO (ODDS RATIO) SEGÚN EL ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005

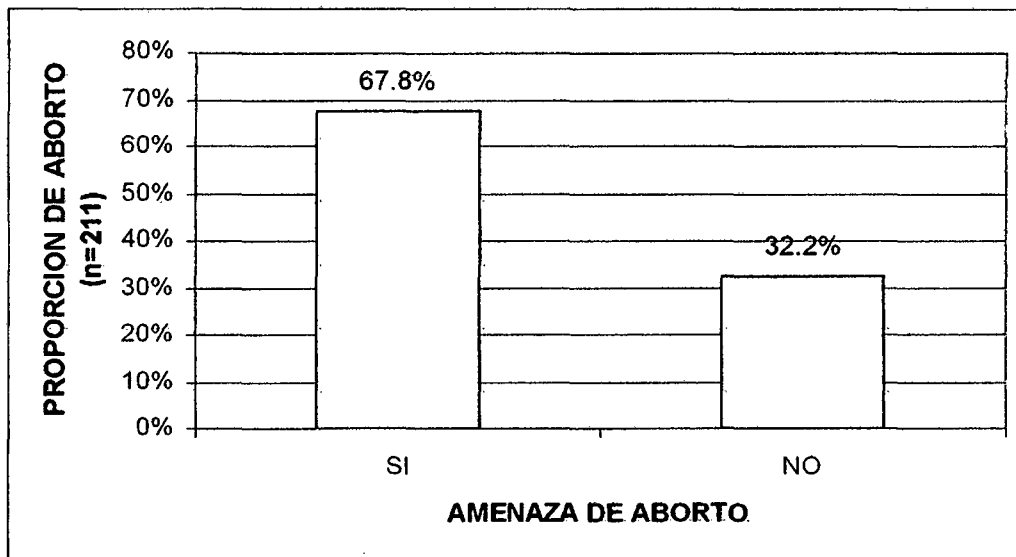


O.R. = Odds Ratio

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRAFICO 12

FRECUENCIA DE ABORTO EN LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005



O.R. = Odds Ratio

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 10

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE ABORTO EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005**

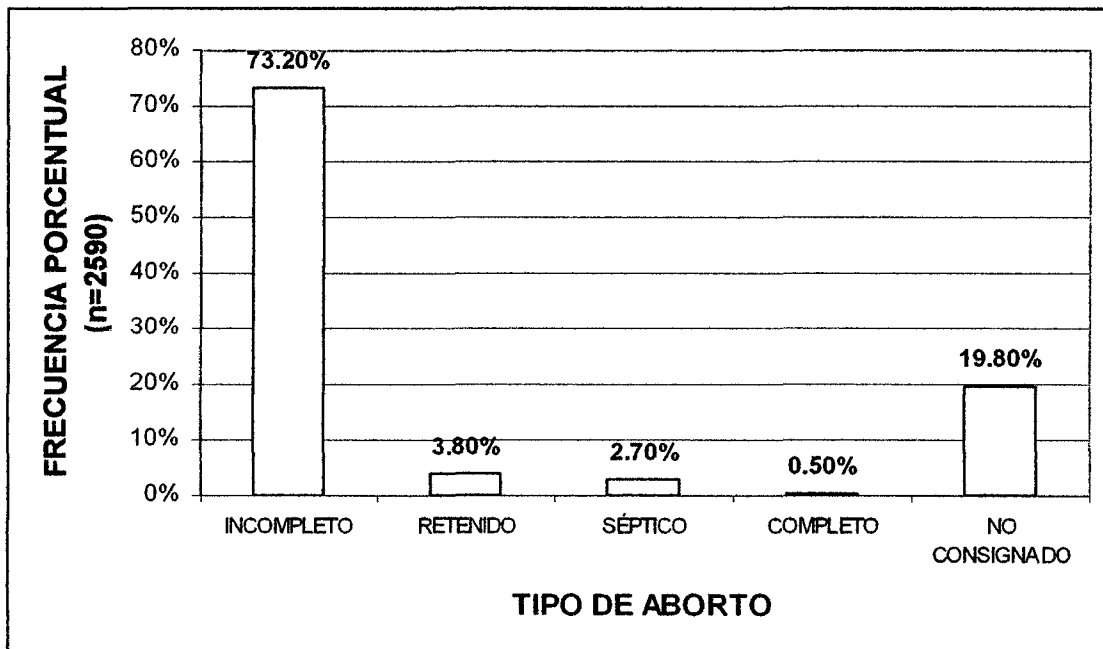
TIPO DE ABORTO	CASOS	
	Nº	%
INCOMPLETO	1896	73.2%
RETENIDO	99	3.8%
SÉPTICO	70	2.7%
COMPLETO	12	0.5%
NO CONSIGNADO	513	19.8%
TOTAL	2590	100.0%

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro nos presenta la frecuencia del aborto según los tipos de presentación. Se encontró que el tipo de aborto más frecuente fue el Aborto Incompleto con un 73.2% de los casos (1896 pacientes), seguido del Aborto Frustrado o Retenido con el 3.8%, los Abortos Sépticos con el 2.7% y sólo el 0.5% fueron abortos completos. Finalmente en el 19.8% de los casos (513 pacientes) no se consignó el tipo de aborto.

GRAFICO 13

FRECUENCIA DEL ABORTO SEGÚN SU TIPO DE PRESENTACIÓN EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2001-2005**



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2001-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Para la realización del presente estudio se utilizó la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Servicio de Gineco-obstetricia, esto nos permitió manejar las diferentes variables de estudio de las 19015 gestantes que se atendieron en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. De las 19015 pacientes, 2590 terminaron su embarazo en aborto y constituyeron nuestro Grupo De Casos, mientras que las otras 16425 pacientes continuaron con su embarazo sin presentar aborto, estas gestantes conformaron nuestro Grupo de Controles. Al final obtuvimos 6.3 controles por cada caso (16425/2590) y con estas pacientes se realizó el presente estudio.

El cuadro 01 nos muestra que la prevalencia del aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2001 y 2005 fue del 13.6% del total de embarazos, cifra que es elevada si lo comparamos con lo reportado por Parisuaña (4), quien encontró una frecuencia del 8.9% de aborto en Tacna en 1994, pero menor comparado al estudio de Mamani (5), quien encontró una frecuencia del 15.1% en este hospital en el año 2000. Al analizar los 2590 casos de abortos en los cinco años de estudio, encontramos un promedio de 518 abortos atendidos por

año, que significan más de 43 abortos atendidos al mes o más de 10 abortos por semana.

El cuadro 02 nos muestra que el grupo etáreo más representado tanto en nuestro grupo de casos y el grupo de controles fue el 20-24 años. El 53.2% de los abortos se presentó en pacientes con edades comprendidas entre 20-29 años similar al 56.3% del grupo de controles, estos resultados son similares a otro estudio que reportó hasta un 68.7% para las pacientes entre 20 y 35 años (7). Al analizar el riesgo de aborto (Odds Ratio) que presenta cada grupo etareo, evidenciamos un incremento progresivo de la posibilidad de aborto desde 0.63 para mujeres de 15-19 años ($p < 0.000001$) hasta 2.31 veces para mujeres mayores de 39 años ($p < 0.000001$), tal como se muestra en el Grafico 03. De todas las pacientes mayores de 39 años (470 mujeres) 123 presentaron aborto (26.1%), explicando que una de cada cuatro gestaciones en mujeres >39 años terminará en aborto.

El cuadro 03 estudia al estado civil como factor asociado a la presentación de aborto, se consideraron como solteras a las pacientes separadas y viudas para simplificar el cuadro. Las frecuencias porcentuales en los casos y controles fueron similares: 20.8% de casadas, 60.0% convivientes y 19.0% solteras para nuestro grupo de casos y 19.7%, 63.9% y 16.2% para el grupo control, frecuencias semejantes a lo reportado en otros estudio (4,7). El riesgo de aborto (Odds Ratio) presentó valores de 0.84, 1.06 y 1.21 entre las convivientes, casadas y solteras respectivamente, debido a la variación mínima entre estas no se identificó un factor asociado a la presentación de aborto.

De igual manera al estudiar el cuadro 04, observamos que los grados de instrucción presentaron proporciones similares entre los casos y controles (analfabetas: 0.7% y 0.9%, educación primaria: 16.1% y 15.3%, secundaria, 62.2% y 61.8%, y superior: 21.0% y 18.8% respectivamente). El riesgo de aborto (Odds Ratio) presentó variación mínima entre 0.84 y 1.15 que no fue una diferencia significativa, permitiendo concluir que el grado de instrucción no se asocia a la presentación de aborto.

El antecedente obstétrico del número de partos previos se estudia en el cuadro 05, este cuadro nos muestra que el 36.9% del grupo de Casos fueron nulíparas, cifra menor comparada al 46.0% del grupo Control. El riesgo de aborto se incrementa conforme aumenta el número de partos previos, es así que la nulíparas presentan un O.R. de 0.69, las primíparas no muestran riesgo (O.R.=1.01), las múltiparas presentan un riesgo de 1.51 veces y las grandes múltiparas, con más de 5 partos, presentan O.R. de 2.28 posibilidades de aborto, estadísticamente significativa ($p < 0.00001$). Sin embargo el aumento del riesgo a mayor número de partos previos puede ser reflejo de la mayor edad de las pacientes, siendo quizás la causa interviniente en nuestro hallazgo, lo que restaría importancia al resultado.

El antecedente de aborto estuvo presente en el 26.7% del grupo de casos, mientras que en el grupo control se presentó en el 21.6%. El cuadro 06 presenta también la posibilidad de aborto que representa el antecedente de abortos previos: no tener abortos previos presentan un O.R. de 0.76, un aborto anterior refleja la posibilidad de 1.21 veces de presentar otro aborto, dos abortos una

posibilidad de 1.59 y con más de dos abortos previos el riesgo incrementa a 1.79 veces ($p < 0.00001$) tal como se muestra en el Grafico 07.

El cuadro 07 estudia los controles prenatales como factores asociados al riesgo de aborto. Nos presenta que el 82.13% de las pacientes que presentaron aborto (Grupo de Casos) no tenían ningún control prenatal, el 13.2% tenía un control, el 5.3% dos controles prenatales y apenas 3.3% tres o más controles. Al analizar la variable "*ningún control prenatal*" encontramos un riesgo de aborto (Odds Ratio) de 50.26, con una alta significancia ($p < 0.00001$), sin embargo tal resultado se encuentra al comparar pacientes con aborto (por definición con menos de 22 semanas de gestación) y pacientes que pudieron tener más de 40 semanas, y con esto mayor tiempo para realizarse controles, hecho que resta significancia a nuestro resultado, ideal sería comparar los grupo de casos y controles con el mismo número de semanas de gestación.

El habito de fumar, según se muestra en el cuadro 08, estuvo presente en el 0.2% (5 pacientes) del Grupo de Casos y el 0.1% (16 pacientes) del Grupo Control, representando un riesgo de aborto u odds ratio de 1.98, sin embargo debido a la poca frecuencia de pacientes con habito de fumar, el riesgo encontrado no es significativo ($p > 0.05$).

El cuadro 09 nos muestra la frecuencia de amenaza de aborto durante las gestaciones en estudio. Así encontramos que la amenaza de aborto estuvo presente en el 5.5% (143 pacientes) de los Casos y en el 0.41% (68 pacientes) del Grupo Control, con un total de 211 amenazas de aborto. El riesgo (Odds Ratio) que representa la amenaza de aborto durante la gestación es de 14.06 veces más

posibilidades de que la gestación termine en aborto ($p < 0.000001$). Al estudiar los 143 abortos que ocurrieron en las 211 pacientes que presentaron amenaza de aborto (proporción de 143/211), encontramos que el 67.7% de las amenazas de aborto terminaron en aborto, esta proporción es demasiado alta, evidenciando un inadecuado manejo de las amenazas de aborto.

Finalmente el cuadro 10 nos presenta los tipos de abortos más frecuentes, mostrándonos que el aborto incompleto se presentó en el 73.2% de los abortos, el aborto retenido estuvo presente en 3.8% de los casos, abortos sépticos y completos en el 2.7% y 0.5% respectivamente, hubo un 19.8% de casos en los cuales no se consignó el tipo de aborto. Los resultados son similares a otros estudios que reportan al aborto incompleto como el más frecuente y que, a su vez, es causa de la mayoría de legrdos uterinos practicados en los centros hospitalarios (7).

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

PRIMERA

La prevalencia del aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2001 - 2005 fue es 13.6% del total de embarazos.

SEGUNDA

El riesgo de aborto se asocia directamente con la edad de las pacientes. Las mujeres mayores de 39 años presentan un riesgo de aborto de 2.31 ($p < 0.000001$).

TERCERA

No se ha podido demostrar que el estado civil o grado de instrucción estén asociados a la presentación de aborto.

CUARTA

El riesgo de aborto se asocia directamente con la paridad de la paciente. Las multíparas presentan un riesgo de aborto de 1.51 veces y las grandes multíparas 2.28 posibilidades de aborto ($p < 0.00001$).

QUINTA

El riesgo de un nuevo episodio de aborto se asocia directamente con el número de abortos previos. El antecedente de >2 abortos incrementa el riesgo a 1.79 veces ($p < 0.00001$).

SEXTA

No se pudo demostrar que los controles prenatales sean factores asociados a la presentación de aborto.

SETIMA

El habito de fumar incrementó el riesgo de aborto a 1.98, sin embargo el resultado no fue significativo ($p > 0.05$).

OCTAVA

La amenaza de aborto incrementa en 14.06 veces las posibilidades de que la gestación termine en aborto ($p < 0.000001$). El 67.7% de las amenazas de aborto terminaron en aborto.

NOVENA

El tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto representando el 73.2% de los casos.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Elaborar protocolos de atención para gestantes con alto riesgo de aborto, como son las gestantes de edad avanzada, las grandes multíparas, pacientes con antecedentes de abortos previos, y especialmente las gestantes que durante el embarazo presentan amenaza de aborto. Implementar protocolos que nos permita un mejor manejo de este grupo de pacientes, brindando una atención orientada a disminuir la presentación de abortos.

SEGUNDA

Implementar un segundo consultorio para la atención de gestantes de alto riesgo en el Hospital Hipólito Unanue, sobretodo para atención a gestantes con amenaza de aborto ya que, como hemos visto, la proporción de aborto en estas pacientes es muy alta.

TERCERA

Realizar un estudio prospectivo de las gestantes que con amenaza de aborto durante el embarazo, este estudio nos permitiría identificar los factores de riesgo más influyentes en la presentación del aborto en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997- 2000. Washington: OPS; 1998.
2. CEDEM, MINSAP y UNICEF. Cuba, transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. Cuba. 1995.
3. Aguayo-Hernández JR. Aborto: Un problema de salud pública o de planificación familiar. Revista Emisor. Colombia. 1991.
4. Parisuaña Ccapa. Estudio del aborto en Tacna. Revista medica HAHUT. Tacna. 1994.
5. Mamani Chipana. "Tesis: Factores asociados a la incidencia de abotro en mujeres en edad fértil que acudieron al hospital Hipolito Unanue". Tacna. 2000
6. Neyra Urquizo - Garcia Montenegro. Aborto en adolescentes en el Hospital Hipolito Unanue 1996-1997. Revista Médica HAHUT. Volumen Nº2. Tacna. 1997
7. Villa Lopez. Factores condicionantes de la Incidencia de aborto en el Hospital Integrado MINSA de Moquegua. Moquegua. 1993.
8. Aparicio y Cols. Características del Aborto en adolescentes del Hospital 2 de Mayo. Revista de la Sociedad Peruana de Gineco-obstetricia. Lima. 1996
9. Schwarcz, Ricardo "Obstetricia" 3º Edición, Buenos Aires. Editorial El ateneo. 1983

10. Carr B, Blackwell R. Textbook of Reproductive Medicine. Second edition. Appleton & Lange. Norwalk, 1998.
11. Ruiz Parra. Aborto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia. 2000
12. Príncipe Cahuana. Nivel de satisfacción de la usuaria con aborto incompleto sobre la atención integral en el Instituto Materno perinatal. UNMSM. Lima. 2002
13. García Alvarez , Factores relacionados con la selección entre aborto o la continuación del embarazo en las adolescentes. Salud Reproductiva en Cuba, Vol. II.. Cuba. 1997.
14. Lozano A. Peralta MT, Reyes F et al. Morbimortalidad del aborto séptico en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. Rev Col Obst Ginecol 1998.
15. Nuñez L, Palma. Aborto en México. Un problema público y social. Mexico. 1990.
16. Ministerio de Salud - Oficina de Estadística e Informática. Informe anual de morbi-mortalidad en el Perú. 2002-2003.
Disponibile en formato URL: /http/.www.MINSA.gob.pe
17. Bree y Edwards M. Transvaginal sonography in the evaluation of normal early pregnancy: correlation with Hgc level. Am J Roentgenol . USA. 1999
18. Hakim-Elahi y col. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. Obstet Gynecol. USA. 1990.
19. Programa Clinos. IASIST Méx. Grupos Relacionados con la Sexualidad (GRS). Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" IMSS. México. 2002.
20. Mortalidad Materna en el Perú. 1997-2002 Plan Nacional para Reducir la Mortalidad Materna y Perinatal. Ministerio de Salud. Perú 2003