

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°. 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**RELACIÓN DE ABORTO PREVIO Y
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
II CARLOS TUPPIA GODOY AYACUCHO,
SETIEMBRE- NOVIEMBRE 2018**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:
Obsta. CECILIA LEON ALTAMIRANO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCABELICA – PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 03 días del mes de marzo a las 10:00 horas del año 2020 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a): LEON ALTAMIRANO CECILIA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dr. Leonardo Leyva Yataco
Secretario : Dra. Lina Ybana Cardenas Pineda
Vocal : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman

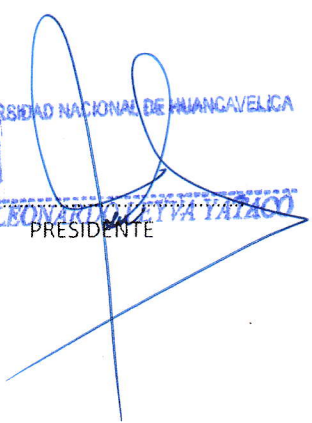
Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

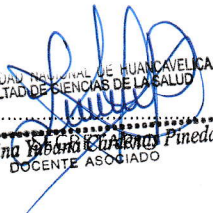
Relación de aborto previo y amenaza de parto
pretermino en gestantes atendidas en el Hospital
II Carlos Tupiza Godos Ayawcho, setiembre -
Noviembre 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 593-2018 concluyendo a las 11:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 03 de marzo 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lina Ybana Cardenas Pineda
DOCENTE ASOCIADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Verónica Asisana Guerra Olivares
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE

Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N° 3750

TESIS

**RELACIÓN DE ABORTO PREVIO Y AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS AYACUCHO,
SETIEMBRE- NOVIEMBRE 2018**

AUTOR
Obsta. CECILIA LEON ALTAMIRANO

ASESOR

Dra. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS

DEDICATORIA

A julio por su apoyo incondicional para el logro de mis aspiraciones y para mis hijos, Brandon, Sebastian y Nicol, por ser motor para seguir adelante en el cumplimiento de mis metas.

.

Cecilia.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarme en el camino de la vida, darme sabiduría, fortaleza y permitirme superar los obstáculos que se presentaron durante mi preparación académica.

A mi asesora Dra. Claris J. Pérez Venegas, por sus valiosas enseñanzas y colaboración en el mejoramiento del presente estudio de investigación.

Al Director del Hospital II Carlos Tuppia Godos de Ayacucho por las facilidades brindadas.

A las gestantes que acudieron al Hospital II Carlos Tuppia Godos por contribuir con la presente investigación.

Cecilia

RESUMEN

Título: Relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino, en gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre-noviembre 2018. **Objetivo:** Determinar la relación entre el aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital II Carlos Tuppia Godos. **Material y método:** La investigación fue, observacional, prospectiva de nivel descriptivo-correlacional. El diseño fue no experimental, transversal. La población estuvo conformada por 60 gestantes que fueron atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos de Ayacucho, en el periodo setiembre-noviembre 2018. Se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario validado y para procesar los resultados fue el SPSS V23 y la prueba estadística del Chi cuadrado. **Resultados:** Un 36.7% de gestantes se encuentran entre las edades de 26 a 30 años. El 71,7 % tienen grado de instrucción superior, el 50% son convivientes y un 53,3 % son empleadas de Instituciones. El 70% de gestantes no tuvieron ningún aborto previo. **Conclusión:** No existe relación positiva y significativa entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, Ayacucho, setiembre-noviembre 2018. Por lo que el valor P obtenido es 0,573 mayor a 0,05. Se ha visto a la fecha un sin fin de estudios con resultados similares a este, lo cual hace reflexión de la evidencia sobre resultados obstétricos y perinatales, después de un aborto previo, sigue siendo contradictoria.

Palabras clave: Aborto previo. Factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

Title: Prior abortion, risk factor for the threat of preterm birth, in pregnant women treated at the Carlos Tuppia Godos II Hospital. Ayacucho, September-November 2018. Objective: To determine the relationship between prior abortion as a risk factor for the threat of preterm birth in pregnant women of Hospital Carlos Tuppia Godos II. Material and method: The research was observational, prospective descriptive-correlational level. The design was non-experimental, transversal. The population was made up of 60 pregnant women who were treated in the gynecological obstetrics service of the Carlos Tuppia Godos II Hospital in Ayacucho, in the period September-November 2018. The survey technique was used and as a tool a validated questionnaire was used to process the results. SPSS V23 and the statistical test of Chi square. Results: 36.7% of pregnant women are between the ages of 26 and 30 years. 71.7% have a higher education degree, 50% are cohabiting and 53.3% are employed by Institutions. 70% of pregnant women had no previous abortion. Conclusion: There is no positive and significant relationship between prior abortion and the threat of preterm birth in pregnant women treated at the Gíneco Obstetricia service of the Carlos Tuppia Godos II Hospital, Ayacucho, September-November 2018. Therefore, the P value obtained is 0.573 greater than 0.05. Endless studies have been seen to date with similar results to this, which reflects the evidence on obstetric and perinatal outcomes, after a previous abortion, remains contradictory.

Keywords: Prior abortion. Risk factor for the threat of preterm birth

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01	EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS. AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018	52
Tabla N° 02	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIADEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS. AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018	53
Tabla N° 03:	ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIADEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS. AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018	54
Tabla N° 04:	OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIADEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS. AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018	55
Tabla N°05:	FRECUENCIA DE ABORTO PREVIO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIADEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS. AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018	56
Tabla N° 06:	RELACION DE ABORTO PREVIO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIADEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS. AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018	57

Tabla N° 07:	ESTADISTICAS PARA LA VERIFICACIÓN DE RELACION DE ABORTO PREVIO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS. AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018	59
-----------------	--	----

ÍNDICE

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
TESIS.....	iii
AUTOR.....	iv
ASESOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiv

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	19
1.5. LIMITACIONES.....	20

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.2. BASES TEÓRICAS	32
2.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	43
2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	43
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43

2.6.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.	46
------	------------------------------	----

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	ÁMBITO DE ESTUDIO	48
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.3.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	48
3.4.	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	48
3.5.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	48
3.6.	POBLACIÓN, MUESTRA	49
3.7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
3.8.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	50

CAPITULO IV

4.1.	RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	51
4.2.	PROCESO DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	58
4.3.	DISCUSIÓN	60
	CONCLUSIONES	62
	RECOMENDACIONES.....	63
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año a nivel mundial se realizan más de 22 millones de abortos lo que produce la muerte de 47000 mujeres y quedando 5 millones con discapacidad teniendo la amenaza de parto pretérmino una de las complicaciones más adversas de la vida reproductiva de una mujer, en tanto este más expuesta a este evento. Así mismo la amenaza de parto pretérmino se define como un proceso clínico sintomático que sin tratamiento o cuando este fracasa podría conducir a un parto pretérmino (1). A nivel mundial se registran aproximadamente 15 millones de neonatos antes de las 37 semanas y 1 de cada 10 nacimientos son prematuros, este problema cada vez va incrementándose, la adversidad de este evento que cursa el embarazo tiene el potencial de causar mortalidad infantil antes de los 5 años de edad. Así mismo el parto pretérmino fue el responsable de casi 1 millón de muertes en el 2015, y la incidencia de parto pretérmino varía de 5% a 18% en varios países.

El presente informe de investigación está estructurado en cuatro capítulos, el primero contempla aspectos relacionados con la realidad problemática tanto a nivel mundial, latinoamericano y nacional; en el segundo capítulo se da a conocer los antecedentes y las bases teóricas de la investigación, el tercer capítulo se detalla la metodología de la investigación, en el cuarto capítulo se da a conocer los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones a las que se llegó con el presente estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad el aborto previo es un problema mundial y de enorme proporción, llevando a serias complicaciones en un próximo embarazo y una de esas mayores complicaciones es la amenaza de parto pretérmino.

Cada año, cerca de 530 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto; más de tres millones de niños nacen muertos; más de cuatro millones de recién nacidos mueren durante los primeros días o las primeras semanas de vida, y en total 10,6 millones de niños mueren antes de cumplir los cinco años, según las últimas cifras de la OMS (2)

Según la Organización Mundial de la Salud el aborto es definido como la terminación de la gestación espontánea o natural y la inducida o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana con un peso menor de 500 gr y no viable. (2) y el parto pretérmino, es aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación, evidenciándose sangrado intrauterino de causa no precisada con dinámica uterina, contracciones uterinas dolorosas mínimo 3 en 20 minutos o ruptura prematura de la membranas y modificaciones del cuello. (2)

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: definen al aborto como “La expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de *menos de* 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”.

Así también, en América Latina nacen cada año unos 12 millones de niños. De los cuales 400 000 mueren antes de cumplir 5 años; 270 000 en el primer año de vida; 180 000 durante el primer mes y 135 000 por parto pretérmino. La situación es aún más grave en los prematuros extremos, entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60 % de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y 19 aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por todo lo anterior, además de la pérdida de vidas, el parto pretérmino representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades. En el Perú, el aborto representa después del parto el motivo principal de hospitalización en los servicios de ginecología y obstetricia, siendo una causa importante de mortalidad materna. (3)

Es importante resaltar que más de un millón de recién nacidos prematuros mueren todos los años por complicaciones en el parto. La tasa global promedio de parto prematuro en 2010 se estimó en 11,1 %, la cual varía de aproximadamente 5 % en el norte de Europa y el 18% en el África subsahariana. Las tasas más altas se produjeron en el sureste de Asia, el sur de Asia y África subsahariana. Entre los 10 países con el mayor número de parto prematuro esta la India (con 23,6 % del total mundial de partos prematuros y con una tasa de parto prematuro de 13 %), China (7,8%;7,1%), Nigeria (5,2%;12,2%), Pakistán (5,0%;15,8%), Indonesia (4,5%;15,5%), EE.UU. (3,5%;12,0%), Bangladesh (2,8%;14,0%), Filipinas (2,3%;14,9%),

República Democrática del Congo (2,3%;14,9%), y en el décimo lugar Brasil (2.3%;9,2%). (4)

Entonces con este breve enfoque holístico el parto pretérmino viene hacer un problema para la salud pública en todo el mundo. Se calcula que nacen en el mundo anualmente 13.000.000 de niños antes del término (5)

En el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo. (3)

En nuestro país en un estudio llevado a cabo por Ferrando D, (6) sobre la incidencia del aborto en el Perú se estima que en nuestro país se realizan 371,420 abortos clandestinos por año; es decir, más de 1,000 abortos al día. El 50,9% de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto son menores de 25 años. Asimismo, la Encuesta Nacional de la Juventud, elaborada en el 2012 por la Secretaría Nacional de la Juventud, indica que en el Perú el 11,4% de jóvenes se practicaría un aborto ante un embarazo no deseado y el 35% de mujeres jóvenes conoce a una persona que se ha practicado un aborto.

Las principales causas de mortalidad materna son las siguientes: Hemorragia (47%), Otras (19%), Infección (15%), Hipertensión Inducida por el Embarazo (12%), Aborto (5%), TBC(1%) y Parto Obstruido (1%) (3)

El aborto ha sido reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de la salud materna, dejando secuelas que a menudo afectan el futuro obstétrico y psicológico de la mujer. Entre el 10 y 50% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, requieren atención médica por las complicaciones que esta ocasiona.

Asimismo, la guía NICE N°25 del Reino Unido del 2015 señala, que lo que se debería lograr en estos últimos tiempos es reducir el nacimiento de niños que sufren prematuridad y eso se consigue con la mayor prevención de parto pretérmino y la identificación oportuna de mujeres con alto riesgo de ésto, ya sea porque corren el riesgo de tener un parto prematuro espontáneo o tienen complicaciones médicas que hacen que sea probable que requieran un parto prematuro planificado. La prevención depende muchas veces de la disponibilidad de intervenciones efectivas que puedan ofrecerse a mujeres de alto riesgo.

(7)

En la actualidad según los últimos reportes científicos indican numerosos factores importantes de riesgo para la amenaza de parto pretérmino, y uno de los más importantes es el aborto previo, lo cual repercute directamente a la gestante ya que puede presentarse de modo recidivante para un próximo embarazo.

Este estudio tiene por finalidad conocer la relación que existe entre aborto previo y la amenaza de parto pretérmino en una unidad de Salud como es el servicio de gineco – obstetricia, que cada vez estos hechos han ido complicando la concepción de la etiología, conducta y tratamiento de las amenazas de parto pretérmino.

En el Hospital II “Carlos Tupia Godos” la amenaza de parto pretérmino se presenta alrededor de cinco casos mensuales con una predisposición de parto pretérmino en un 70% que conlleva a un tratamiento minucioso y adecuado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II Carlos Tuppia Godos, setiembre-noviembre, Ayacucho 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la relación entre el aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, Ayacucho, setiembre-noviembre 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Determinar la frecuencia del aborto previo de la población en estudio.
- Analizar los resultados de la relación entre el aborto previo y amenaza de parto pretérmino de la población de estudio.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El presente estudio trata de identificar de manera oportuna los factores de riesgos para la amenaza de parto pretérmino, como es el antecedente de aborto, de tal modo que tanto los profesionales, familiares, la gestante, tomen las medidas preventivas para disminuir la incidencia de casos de amenaza de parto pretérmino.

Asimismo, permitirá poner mayor énfasis en el ámbito preventivo-promocional, mediante la educación y sensibilización sobre la amenaza de parto pretérmino sus signos de alarma y factores de riesgo dirigido a las gestantes, sobre todo a las que presenten características de riesgo, para mejorar el conocimiento y sus conductas durante el embarazo. Por otro lado, servirá como un antecedente para la

institución y para otros estudios orientados a abordar el tema de aborto y amenaza de parto pretérmino.

Así también es esencial para avanzar en el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) contribuyendo en la reducir el índice de mortalidad de menores de cinco años ya que la El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) reporta el parto prematuro como una de las causas principales de mortalidad neonatal (17), así también reduciendo la incidencia de aborto el cual es la tercera causa de morbilidad y mortalidad materna contribuiremos con el quinto objetivo del milenio.

Considero importante y necesario este estudio sobre aborto previo y parto pretérmino porque constituye un problema de salud pública mundial por el aumento de la tasa de parto pretérmino y las consecuencia graves que este causa , siendo un determinante importante de morbimortalidad neonatal; además tiene consecuencias adversas a corto, mediano y largo plazo para la salud, con evidencia de mayor tasa de parálisis cerebral, déficit sensorial, dificultad de aprendizaje y enfermedades respiratorias además altos costos.

1.5. LIMITACIONES

No se encontró ninguna limitación en el desarrollo de la presente tesis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Malosso et al (8) En su investigación de metanálisis evaluó el impacto potencial de los cambios en las tasas y prácticas de aborto de EE. UU con el parto pretérmino. Su estudio fue un análisis epidemiológico del aborto legal y datos de parto pretérmino en los EE. UU. Del 2003 al 2012. Los datos de nacimiento (total anual de nacimientos, número anual e incidencia de PTB, definido como PTB <37 semanas) son de National Vital Statistics Reports del National Center. Para estadísticas de salud, Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Los datos sobre el aborto se recopilaron utilizando la vigilancia de abortos proporcionada por los CDC. La incidencia del aborto se informó en general, y por tipo: métodos quirúrgicos, médicos y procedimientos informados como "otros", como la instilación intrauterina y la histerectomía / histerotomía. Para probar la tendencia de aborto y de PTB a lo largo del tiempo, utilizamos la prueba de ji cuadrado para la tendencia. El resultado primario de nuestro estudio fue el análisis de la tendencia de correlación entre la tasa de aborto y la tasa de PTB. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson. Un valor de p de dos colas de 0.05 o menos se consideró significativo. resultados: De 2003 a 2012, hubo 41 206 315 nacimientos en EE. UU., De los cuales 5 042 982 (12.2%) fueron <37 semanas. La tasa de PTB disminuyó

significativamente de 12.3% en 2003 a 11.5% en 2012 (prueba de valor de p para la tendencia $<.04$). De los 6 122 649 abortos legales, informados por tipo de procedimiento, realizados de 2003 a 2012 en EE. UU., 5 132 789 fueron abortos quirúrgicos (82.8%) y 860 288 (14.0%) fueron médicos. La prueba del chi cuadrado para la tendencia mostró que la tasa de aborto quirúrgico disminuyó significativamente de 88.9 a 78.0% ($p <.01$) mientras que la tasa de aborto con medicamentos aumentó significativamente de 7.9 a 21.9% ($p <.01$) de 2003 a 2012, respectivamente. La tasa de PTB se correlacionó con la tasa de aborto con medicamentos ($p = .01$) y del aborto quirúrgico ($p = .02$) a lo largo del tiempo. Cuanto mayor sea la tasa de aborto quirúrgico, mayor será la incidencia de PTB (correlación de Pearson 0.712); cuanto más alta es la tasa de aborto con medicamentos, menor es la incidencia de PTB (correlación de Pearson -0.731). conclusión: Los cambios recientes en las prácticas de aborto pueden estar asociados con la disminución actual en la incidencia de PTB en los Estados Unidos. Se justifican estudios adicionales sobre el efecto del aborto quirúrgico versus el aborto con medicamentos con respecto a un posible efecto sobre la incidencia de PTB. Asimismo, que el aborto quirúrgico previo era un factor de riesgo independiente para el nacimiento prematuro espontáneo (PTB), mientras que no encontraron una correlación significativa entre el PTB y el aborto con medicamentos.

Saccone et al (9) En su estudio Evacuación uterina previa del embarazo como factor de riesgo independiente para el parto prematuro: una revisión sistemática y metaanálisis. Se incluyeron 36 estudios en este metaanálisis (1,047,683 mujeres). Treinta y un estudios informaron datos sobre la anterior evacuación uterina para I-TOP, mientras que 5 estudios informaron datos para SAB. En la población general, las mujeres con antecedentes de evacuación uterina para I-TOP o SAB tuvieron un riesgo significativamente mayor de PTB (5.7% vs 5.0%; OR, 1.44, IC 95%, 1.09–1.90), LBW (7.3% vs 5.9%; OR, 1.41, IC 95%, 1.22–1.62), y SGA (10.2% vs 9.0%; OR, 1.19, IC 95%, 1.01–1.42) en

comparación con los controles. De los 31 estudios sobre I-TOP, 28 incluyeron 913,297 mujeres con antecedentes de I-TOP quirúrgico, mientras que 3 incluyeron 10,253 mujeres con un I-TOP médico previo. Las mujeres con un I-TOP quirúrgico previo tuvieron un riesgo significativamente mayor de PTB (5,4% frente a 4,4%; OR, 1,52; IC del 95%, 1,08 a 2,16), LBW (7,3% frente a 5,9%; OR: 1,41; IC del 95%, 1.22–1.62), y SGA (10.2% vs 9.0%; OR, 1.19, IC 95%, 1.01–1.42) en comparación con los controles. Las mujeres con un I-TOP médico anterior tenían un riesgo similar de PTB en comparación con aquellas que no tenían un historial de I-TOP (28.2% vs 29.5%; O, 1.50, IC del 95%, 1.00–2.25). Cinco estudios, incluidas 124,133 mujeres, informaron datos sobre un embarazo posterior en mujeres con un SAB anterior. En todos los estudios incluidos, el SAB fue manejado quirúrgicamente. Las mujeres con un SAB quirúrgico previo tenían un mayor riesgo de PTB en comparación con aquellas que no tenían un historial de SAB (9,4% frente a 8,6%; O, 1,19; IC del 95%, 1,03–1,37). El SAB fue manejado quirúrgicamente. Las mujeres con un SAB quirúrgico previo tenían un mayor riesgo de PTB en comparación con aquellas que no tenían un historial de SAB (9,4% frente a 8,6%; O, 1,19; IC del 95%, 1,03–1,37). El SAB fue manejado quirúrgicamente. Las mujeres con un SAB quirúrgico previo tenían un mayor riesgo de PTB en comparación con aquellas que no tenían un historial de SAB (9,4% frente a 8,6%; O, 1,19; IC del 95%, 1,03–1,37). Conclusión: La evacuación quirúrgica uterina previa para I-TOP o SAB es un factor de riesgo independiente para PTB. Estos datos requieren precaución en el uso de la evacuación uterina quirúrgica y deben fomentar técnicas quirúrgicas más seguras, así como métodos médicos.

Manissto et al (10) En su estudio titulado; “ *Intervalo de embarazo después de la interrupción del embarazo y los riesgos de resultados adversos en el nacimiento posterior*”. Con el objetivo de evaluar si la duración del intervalo de embarazo después de la interrupción del embarazo influye en el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y

recién nacidos pequeños para la edad gestacional en un embarazo posterior. Se basó en registros, donde incluyó a todas las mujeres (N = 19,894) que se sometieron a la interrupción del embarazo entre 2000 y 2009 y cuyo embarazo posterior terminó en un parto en vivo. Las mujeres se dividieron en cinco grupos según el intervalo entre embarazos entre la interrupción del embarazo y la concepción posterior: intervalo entre embarazos menor a 6 meses (n = 2,956), 6 a menos de 12 meses (n = 3,203), 12 a menos de 18 meses (n = 2,623), 18 a menos de 24 meses (n = 2,076) y 24 meses o más (n = 9,036). Las incidencias y los riesgos no ajustados y ajustados de los nacimientos prematuros, el bajo peso al nacer y los recién nacidos pequeños para la edad gestacional se calcularon en relación con las diferentes longitudes del intervalo de interpregnancia, siendo el grupo de referencia el que tuvo un intervalo de interpregnancia de 18 a menos de 24. meses. Resultados: Hubo una diferencia significativa en la tasa de nacimientos prematuros entre el grupo con el intervalo de embarazo de menos de 6 meses y el grupo de referencia (5,6% en comparación con el 4,0%, respectivamente, $p = 0,008$). Después de ajustar nueve factores de fondo, un intervalo de embarazo de menos de 6 meses se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro (cociente de probabilidades ajustado 1,35, intervalo de confianza del 95% 1,02-1,77). Ninguna asociación de este tipo surgió en grupos de intervalo de embarazo más prolongados ni en relación con otros eventos adversos. No se puede descartar la posibilidad de confusión no medida. Conclusión: Hubo un leve pero significativamente mayor riesgo estimado de parto prematuro en el embarazo posterior cuando el intervalo de embarazo después de la interrupción del embarazo fue inferior a 6 meses. Estos datos enfatizan la necesidad de un rápido inicio de la anticoncepción efectiva después de la terminación y permiten aconsejar al paciente para un intervalo de concepción óptimo

Woolner et al (11) *En su estudio titulado "El efecto del método y la edad gestacional al término del embarazo en futuros resultados obstétricos y*

perinatales: un estudio de cohorte basado en registros en Aberdeen, Escocia. Cuyo diseño fue de Cohorte basado en el registro del Banco de Datos de Maternidad y Neonatología de Aberdeen (AMN, Escocia, Reino Unido. Identificaron a 3186 mujeres que terminaron su primer embarazo y luego tuvieron un segundo embarazo de más de 24 semanas de gestación entre 1986 y 2010. Así mismo identificaron a 42,446 mujeres que tuvieron su primer parto en el mismo momento período, para la comparación. Métodos; regresión logística univariada y multivariada para comparar los resultados entre los grupos. Se realizó un análisis de caso completo con ajuste de factores de confusión, y se presentan los odds ratios ajustados (a OR) con intervalos de confianza del 99%. las principales medidas: El resultado primario fue el parto prematuro espontáneo (SPTD). resultados: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre TOP en el primer embarazo y SPTD en el siguiente embarazo (a OR 1.05; IC del 99%: 0.83-1.32). La terminación médica (a OR 1.03; 99% CI 0.72-1.46) ni quirúrgica (a OR 1.06; 99% CI 0.78-1.44) pareció afectar el riesgo de parto prematuro espontáneo en el embarazo posterior. La terminación tardía (≥ 13 semanas de gestación) no pareció aumentar el riesgo de parto prematuro espontáneo en comparación con la terminación temprana (< 13 semanas de gestación) (a OR 1.65; IC del 99% 0.94-2.92), ni en comparación con las mujeres primigrávidas (a OR 1,25; IC del 99%: 0,97 a 1,62). Hubo un aumento en el riesgo asociado de hemorragia anteparto en el siguiente embarazo después de TOP ($P < 0.01$; a OR 1.26; IC del 99% 1.10-1.45). conclusiones: La evidencia sobre resultados obstétricos y perinatales después de TOP sigue siendo contradictoria. Este estudio sugiere que el TOP no está asociado con un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo. Ni el método ni la edad gestacional de TOP tienen ningún efecto sobre esta falta de asociación.

Hajar (12). En Irán en el año 2013 se elaboró un estudio retrospectivo de casos y controles. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el sangrado vaginal y sus características en el primer y segundo trimestre

del embarazo y el parto prematuro. Se evaluaron 440 mujeres embarazadas remitidas al Hospital Al-Zahra en Rasht, a quienes se analizó características demográficas y factores de confusión, la aparición de sangrado durante el embarazo y sus características. En el estudio se encontró que el sangrado vaginal tiene 3 veces más riesgo de desarrollar parto prematuro (OR: 3, IC 1.84-4.89. $P=0.0001$) y el sangrado en el primer trimestre está más asociado ($p = 0.0001$). En los prematuros moderados el sangrado vaginal en el primer trimestre tiene un $p= 0.001$. La edad Materna > 35 años fue 38 (17.3%) para los casos y 26 (11.8%) para los controles, así mismo 42 (19.1%) de casos y 23 (10.5%) de controles presentaron sangrado.

Klemetti et al (13) su estudio tuvo por finalidad ¿La salud perinatal de los niños primogénitos se ve afectada por el aborto (s) inducido (s) previo (s) de la madre? respuesta resumida: las IA (abortos inducidos) anteriores, particularmente las IA repetidas, se correlacionan con un mayor riesgo de algunos problemas de salud en el primer nacimiento; incluso en un país con buena calidad de atención médica. lo que ya se sabe: se ha encontrado una asociación positiva entre IA y el riesgo de parto prematuro o un efecto de dosis-respuesta en algunos estudios previos. se dispone de información limitada y resultados contradictorios sobre otros resultados infantiles. diseño, tamaño y duración del estudio: estudio basado en registros a nivel nacional que incluyó a 300 858 madres primerizas durante el período 1996-2008 en Finlandia. participantes / materiales, ajuste y métodos:

todas las madres primerizas con un parto único (obtenido del registro médico de nacimientos) en el período 1996-2008 ($n = 300\ 858$) se vincularon al registro de abortos del período 1983-2008. principales resultados y el papel de la oportunidad: De las madres primerizas, el 10,3% ($n = 31\ 083$) tenía una, el 1,5% tenía dos y el 0,3% tenía tres o más IA. La mayoría de los AI fueron quirúrgicos (88%) realizados antes de las 12 semanas (91%) y realizados por razones sociales (97%). Después del ajuste, las muertes perinatales y el parto muy

premature (<28 semanas de gestación) sugirieron peores resultados después de la IA. Se observaron mayores probabilidades de nacimiento muy prematuro en todos los subgrupos y mostraron una relación dosis-respuesta: 1.19 [intervalo de confianza (IC) del 95% 0.98-1.44] después de un IA, 1.69 (1.14-2.51) después de dos y 2.78 (1.48- 5.24) después de tres IAs. Las probabilidades aumentadas de parto prematuro (<37 semanas) y bajo peso al nacer (<2500 g y <1500 g) se observaron solo entre las madres con tres o más IA: 1.35 (1.07-1.71), 1.43 (1.12-1.84) y 2.25 (1.43 -3.52), respectivamente. limitaciones, razones de precaución: Los estudios observacionales como el nuestro, por grandes y bien controlados, no probarán causalidad. amplias implicaciones de los resultados: En términos de salud pública e implicaciones prácticas, la educación para la salud debe contener información sobre los peligros potenciales para la salud de los AI repetidos, incluidos los nacimientos prematuros y el bajo peso al nacer en embarazos posteriores. Los profesionales de la salud deben ser informados sobre los riesgos potenciales de repetir los IA en los resultados infantiles en el embarazo posterior.

Sun L (14). En China en el año 2012 se realizó un estudio observacional analítico de cohorte. Tuvo como objetivo examinar el efecto del sangrado vaginal en el primer trimestre y sus resultados adversos en el embarazo. Se evaluaron 4342 gestantes a quienes se realizó una regresión logística usando el riesgo relativo a un intervalo de confianza del 95%. En el estudio se encontró que 1050 gestantes tuvieron sangrado vaginal y el sangrado vaginal en el primer trimestre tiene un riesgo relativo de 1.84 para tener parto prematuro (RR 1.84 – IC 1.25 – 2.69).

Velez L (15). En Estados Unidos en el año 2012 se realizó un estudio prospectivo de cohorte. Tuvo como objetivo determinar la asociación entre el sangrado en el primer trimestre de gestación y parto prematuro y probar si las características de sangrado predicen mejor el riesgo. Se evaluaron 3978 gestantes quienes 344 tuvieron parto pretérmino y 3634 a término, a quienes se analizó la asociación con hemorragia en el primer

trimestre y las características de sangrado. Se encontró que el sangrado en el primer trimestre de gestación está asociado a parto prematuro con un OR ajustado de 1.40 IC 95% 1.09–1.80 y $P= 0.008$).

Hackney D (16). En Estados Unidos en el año 2011 se realizó una revisión sistemática y analítica, que tuvo como objetivo revisar sistemáticamente los estudios publicados de sangrado vaginal y el riesgo de parto prematuro. Se revisaron 218 estudios entre los años 1980- 2009, y se estableció el Odds ratio. En el estudio se encontró que el sangrado vaginal es un factor de riesgo para parto prematuro con un OR 1.98, IC 95% [1.73–1.25], para parto prematuro Tardío OR 1.53 IC 95% [1.27– 1.84] y para parto prematuro Moderado OR 3.62 IC 95% [2.68–4.9]. Con respecto al sangrado en el primer trimestre y parto prematuro OR 1.54 IC 95% [1.36–1.73],

Morgan Fetal (17). En México en el año 2010 se realizó un estudio de observación, retrospectivo y comparativo. Tuvo como objetivo evaluar la asociación entre nacimiento pretérmino y factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos. Se evaluaron 748 nacimientos pretérmino y 755 a término atendidos entre el periodo 2001 -2006 en el Hospital Civil de Culiacán Sinaloa, México; a quienes se analizó factores sociodemográficos y obstétricos. En el estudio se encontró que el sangrado transvaginal en el primer trimestre está asociado a nacimiento pretérmino y es significativamente estadístico (OR 31.06; IC 95%: 7.5-127.6; $p < 0.05$). Así mismo 7.6 %(57) de casos presentó sangrado transvaginal y de los controles 0.2% (2). La vía del parto por cesárea fue 37.8% (283) casos y para los controles 22.3%(169). En los neonatos el sexo de masculino fue 51.4% (385) para los casos y 50.4%(381) para los controles.

Lykke J et al (18). En Dinamarca en el año 2010 se realizó un estudio observacional, retrospectivo de casos y controles. Tuvo como objetivo evaluar la asociación entre sangrado vaginal en el primer trimestre y sus complicaciones posteriores en el embarazo. Se evaluaron 536 419 gestantes que tuvieron sangrado vaginal en las primeras 12 semanas de

gestación durante los años 1978 – 2007, a quienes se analizó sus complicaciones en el embarazo. En el estudio se encontró que el sangrado vaginal en el primer trimestre es un factor de riesgo para parto prematuro (OR 1.83, IC 95% 1.67-2.00, $P<0.001$), para parto prematuro moderado (OR 1.65, IC 95% 1.55–1.77, $P<0.001$), para parto prematuro muy prematuro (OR 2.98, IC 95% 2.50–3.54, $P<0.001$), para parto prematuro extremo (OR 3.32, IC 95% 2.63–4.19, $P<0.001$).

Covarrubias O (19). En México, en el año 2008 se realizó un estudio observacional, analítico de cohorte. Tuvo como objetivo conocer la prevalencia de los factores maternos de riesgo y la relación de cada uno de ellos con la prematuridad en la población estudiada. Se evaluó a recién nacidos vivos en el Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2004, de los cuales 22337 fueron a término y 3018 pretérmino, a quienes se analizó la prevalencia de prematuridad con y sin factores de riesgo. En el estudio se encontró que la amenaza de aborto en el primer trimestre está asociado al parto prematuro y es estadísticamente significativo (OR: 2.933; IC 95%, 1.54-1.91 $P=0.005$), de estos 83%(20955) fueron controles y 10.6%(22031) casos. La edad materna >35 años para los casos fue 11.9%(255) y para los controles 5.6%(1422).

Jackson et al (20) Su estudio tuvo por objetivo, evaluar los resultados posteriores del embarazo en mujeres con una finalización del embarazo anterior a mitad del trimestre (12-24 semanas) por dilatación y evacuación (D&E) en comparación con mujeres sin un D&E anterior. método: Se identificaron y revisaron los registros médicos de las mujeres que se sometieron a una D&E entre 1995 y 2003. Las mujeres con embarazos subsiguientes se compararon en una base 1: 2 con las mujeres en un grupo de control que tuvieron embarazos viables y sin ED previo a mediados del trimestre. Los resultados de interés incluyeron trabajo de parto prematuro, anomalías placentarias y un resultado compuesto de complicaciones. resultados: De las 317 mujeres que se sometieron a un D&E, 85 tuvieron embarazos subsiguientes

viables. Estas mujeres dieron a luz un poco antes que los 170 controles (38.9 versus 39.5 semanas, $p = 0.001$), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con respecto al peso al nacer, el parto prematuro espontáneo, la placentación anormal y la tasa general de complicaciones. conclusiones: La terminación de la mitad del trimestre por D&E no aumenta la tasa de complicaciones posteriores del embarazo clínicamente significativas.

Hossain R (21). En Estados Unidos en el año 2007 se elaboró un estudio observacional, retrospectivo de casos y controles. Tuvo como objetivo determinar la relación entre sangrado vaginal durante el embarazo temprano y parto prematuro. Se evaluó 2678 pacientes a quienes se analizó información sociodemográfica, biomédica y estilo de vida. En el estudio se encontró asociación entre hemorragia vaginal durante el embarazo y el parto prematuro y es significativamente estadístico (OR1.57 IC 1.16 - 2.11, $P < 0.05$), y la hemorragia en el primer trimestre también (OR: 1.40 IC 1.04–2.00, $P < 0.05$). La edad Materna > 35 años fue 106(43%) en los controles y en los casos 19(8.2%). Se encontró de 21.5p% (520) y 28.2% (64) presentaron sangro vaginal en el primer trimestre tanto para casos como controles respectivamente.

Yang J, (22). En Estados Unidos, en el año 2004 se realizó un estudio observacional analítico de cohorte. Tuvo como objetivo investigar la relación entre el sangrado vaginal durante el embarazo y el parto prematuro. Se evaluó 2829 gestantes inscritas en las clínicas prenatales entre los años 1995 y 2000 en el Centro de Carolina del Norte, a quienes se analizó la presencia de sangrado vaginal y sus características. En el estudio se encontró que el sangrado vaginal en el primer trimestre está asociado a parto prematuro (RR = 1.6, IC 95% 1.1 - 2.4)

NACIONAL

Ahumada (23). En Perú, en el año 2016 se realizó un estudio analítico retrospectivo de caso-control. Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de parto pretérmino. Se evaluaron 600 gestantes

atendidas en un hospital, 298 con parto pretérmino y 302 sin parto pretérmino, a quienes se les determinaron sus factores de riesgo para luego correlacionarlos con la prematuridad. En el estudio se encontró que la hemorragia vaginal está asociada al parto prematuro, aunque no de manera significativa (OR:5.3, IC 1.5- 18.4, $p=0.11$).

Flores (24) En su estudio tuvo como objetivo ver si el aborto previo fue factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. En sus resultados la edad media de las gestantes con y sin amenaza fue entre 27 y 25 años respectivamente: en ambos grupos la mayoría tendría grado de instrucción secundaria completa, eran convivientes y ama de casa. Respecto a las características obstétricas las gestantes que tienen mayor número de controles prenatales (5 controles a más) son la que no presenta amenaza de parto pretérmino (26,16% vs 73,83%) en gestantes sin y con amenaza respectivamente; El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino aumentado 2,5 veces más que las que no lo tienen; el tener dos abortos previo aumenta a 4,425 veces más el riesgo y tener más de dos abortos previos no se encontró significancia.

Chira (4). En el Perú en el año 2015 se elaboró un estudio analítico retrospectivo de casos y controles pareados. Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año 2010. Se evaluaron 80 nacimientos pretérminos y 160 a términos, a quienes se analizó los factores preconcepcional y gestacionales para luego correlacionarlos con la prematuridad. En el estudio se encontró que la hemorragia vaginal está asociada al parto prematuro, aunque no es significativo (OR= 2.42, IC 0.84-6.95, $P=0.0897$), 10%(8) fueron casos y 4.4%(7) controles. La edad >35 años el 12.1% (63.8) fueron casos y 14.4%(23) controles. La vía de terminación de parto por cesárea 25%(20) fueron casos y 21.2%(34) controles.

Salvado J (25). En Perú en el año 2004 se elaboró un estudio retrospectivo, analítico de caso – control. Tuvo como objetivo determinar

los factores de riesgo materno y fetal que se asocian al parto prematuro. Se evaluó 106 partos prematuros y 1325 partos a término que fueron atendidos entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2003, a quienes se analizó sus factores de riesgo. En el estudio se encontró que hemorragia anteparto es un factor de riesgo para parto prematuro (OR 19.6, IC 95% 6.7 – 58.5, $p= 0.001$), de los casos 9,4%(10) presento sangrado y de los controles 0.5%(7). La edad materna >35 años para los casos fue 10.4 %(11) y para los controles 10.1% (134)

2.2. BASES TEÓRICAS

El aborto afecta, negativamente la fertilidad futura así como el parto pretérmino (nacimiento <37 semanas de gestación) y el bajo peso al nacer están relacionados. Los bebés nacidos prematuramente tienen más probabilidades que los bebés de término completo de pesar <2,500 g (la definición de bajo peso al nacer), aunque los bebés de término completo que son pequeños para la edad gestacional también pueden pesar <2,500 g, y los bebés de bajo peso al nacer y prematuros pueden ser el peso adecuado para su gestación. Cada uno de estos resultados adversos puede tener diferentes causas subyacentes. Los riesgos para la supervivencia y el desarrollo neonatales varían según el peso al nacer y las semanas de gestación. Por lo tanto, los investigadores a menudo examinan tanto la gestación en el momento del parto como el crecimiento fetal para determinar si un aborto previo es un factor de riesgo para los malos resultados del embarazo en el futuro.

Los primeros nacimientos tienen un mayor riesgo de parto prematuro que los nacimientos posteriores. (26)

Cada año a nivel mundial se presentan aproximadamente 15 millones de recién nacidos antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos es producto de parto pretérmino. (26)

Según la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* considera aborto la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionario, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si fue espontáneo o provocado (27) Así mismo la Organización Mundial de la Salud, estima que en América Latina se producen 30 abortos inseguros por cada 1000 mujeres entre 15 a 44 años; y la razón de mortalidad materna por aborto inseguro está entre 30 y 49 por 100 000 nacidos vivos.

En Perú según la Oficina General de Epidemiología, se producen anualmente un promedio de 30 muertes maternas por aborto (28) .

El aborto inducido es un problema de salud pública en los países en que es ilegal, como en el Perú. Tiene graves consecuencias físicas, psíquicas y económicas. (6)

2.2.1. ABORTO

Aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance su viabilidad extrauterina. La Organización Mundial de la Salud lo define como la expulsión o extracción de un embrión o feto con un peso menor o igual a 500 gr.

Esto se corresponde con una edad gestacional de 22 semanas o una longitud corono-nalga de 25 cm. (28).

2.2.1.1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA (29)

SEGÚN EL ORIGEN:

- **Aborto inducido provocado o voluntario.** Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.
- **Aborto espontáneo o involuntario.** Es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o terceros.
- Según las consecuencias.

- **Aborto no complicado.**
- **Aborto complicado:** Infección. Hemorragia. (29)

SEGÚN SU EVOLUCIÓN

- **Amenaza de aborto o síntoma de aborto.** Se caracteriza por dolor hipogástrico tipo cólico, acompañada de metrorragia escasa. No hay modificaciones del cuello uterino. (29)
- **Aborto inminente o inevitable.** Se caracteriza por ciertas condiciones obstétricas que condicionan la irreversibilidad del proceso o la necesidad de completar o terminar la expulsión del feto y anexos ovulares, tal como la infección ovular complicada, la metrorragia incoercible, la dilatación del cuello uterino acompañada de contracciones uterinas no controladas terapéuticamente.
- **Aborto diferido o retenido.** Es la muerte del embrión o feto que no es seguido de su expulsión. (29)

SEGÚN SU TERMINACIÓN

- **Aborto completo.** Es cuando se expulsa la totalidad del producto de la concepción: el feto y sus anexos.
- **Aborto incompleto.** Es la expulsión incompleta del feto y sus anexos. También se denomina restos de aborto.

SEGÚN LA CONDICIÓN JURÍDICA

- **Illegal.** El aborto es prohibido, sin excepciones.
- **Muy restrictivo.** El aborto se permite solo para salvar la vida de la madre.
- **Condicional.** El aborto se permite por varias razones.
- **Legal.** A solicitud de la madre.

SEGÚN SU FRECUENCIA

- **Aborto habitual o recurrente.** Es cuando ocurren tres o más abortos espontáneos consecutivos. (29)

SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL

- **Aborto bioquímico.** Es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional.
- **Aborto clínico.** Es el que ocurre posterior a la identificación del saco gestacional. Se puede dividir en precoz: antes de las seis/ocho semanas de amenorrea y tardío cuando ocurre en el quinto mes. (29)

SEGÚN HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

- **Huevo anembrionado.** Consiste en la ausencia de un embrión con un saco gestacional de 20/30 mm de diámetro, su causa más importante es la alteración cromosómica (80%). (29)

2.2.1.2. ETIOLOGÍA DEL ABORTO ESPONTÁNEO

- **Genéticas:** Es la causa más común 50 a 70% de los abortos espontáneos:
 - Trisomía autosómica por no disyunción o separación del cromosoma 21, 13, 16, 18 ó 22.
 - Triploidía, presentan 3n cromosomas (69), y su causa más frecuente es la doble fecundación de un óvulo.
 - Monosomía del cromosoma X (45X)
 - Tetraploidía, presentan 4n cromosomas (92), se produce por falla de la división citoplasmática después de la división cromosómica de las células germinales.
 - Translocaciones o inversiones cromosómicas. –
- **Endocrinas:**
 - Fase lútea inadecuada implica un deficiente estímulo hormonal para la maduración endometrial y la nidación del blastocisto.
 - Patología significativa tiroidea
 - Diabetes mellitus no controlada

➤ **Anatómicas**

- Malformaciones uterinas acentuadas que resultan en irrigación inadecuada del endometrio.
- Incompetencia cervical por permitir el ascenso de microorganismos hacia el compartimiento ovular.
- Sinequias uterinas
- Placentación anormal
- Infecciones
- Inmunológicas
- Desconocidas

2.2.1.3. FISIOPATOLOGÍA: Se produce los siguientes eventos: (30)

- Hemorragia en la decidua basal
- Necrosis e inflamación en el área de implantación
- El producto de la concepción se desprende parcial o totalmente
- Comportamiento de cuerpo extraño en el útero
- Contracciones uterinas y dilatación cervical
- Expulsión del producto de la concepción en casi todos los casos

2.2.1.4 GENERALIDADES:

- **RIESGO:** Es la posibilidad de sufrir un daño. La noción cualitativa inicial, es decir, de ausencia o presencia de riesgo, ha avanzado hacia otra cuantitativa: Riesgo bajo y Riesgo alto. El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa posibilidad (31)
- **FACTORES DE RIESGO:** Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste

en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Queda implícita la idea de que la posibilidad de consecuencias adversas aumenta con la presencia de más características o factores determinantes de esas consecuencias. (32)

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y la posibilidad de prevenirlos. El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que no presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual. (33)

2.2.2. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Se define como un proceso clínico sintomático que sin tratamiento o cuando este fracasa podría conducir a un parto pretérmino (1)

Así mismo va acompañado con los siguientes criterios diagnósticos: contracciones con una frecuencia de cuatro cada 20 minutos, o de 8 cada 60 minutos junto con cambios progresivos de cuello uterino; incorporación cervical 80%; dilatación cervical > de 1cm pero menor de 3cm (1)

2.2.3. PARTO PRETÉRMINO (PP)

Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37, mientras la amenaza de parto pretérmino consiste en la aparición de contracciones uterinas regulares, con un intervalo menor de 10 minutos, en una gestante con 37 semanas o menos de amenorrea. Con fines de manejo e investigación, se agrega a la definición que, debe existir presión de la presentación fetal en el segmento uterino inferior e inicio de modificaciones en el cérvix uterino, señalando algunos autores

que puede haber borramiento del cérvix del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm. (26)

Según la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, Amenaza de parto pretérmino es la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. (34)

Según la sociedad española de ginecología y obstetricia la amenaza de parto pretérmino (APP) define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical $\geq$ a 2 cm y borramiento $\geq$ 80%. (23)

Aún hay diferencias en cuanto a la definición de la amenaza de parto pretérmino sobre todo en cuanto al borramiento del cuello uterino y a la dilatación.

La amenaza de parto pretérmino es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa puede conducir a un parto pretérmino. La hospitalización por APP supone gran parte de los costes asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad.

2.2.3.2. ETIOLOGÍA: El parto pretérmino es considerado un síndrome multifactorial el cual puede ser clasificado en parto prematuro espontáneo y electivo, es decir, unos que ocurren naturalmente y los otros son aquellos que se decide realizarlos, los cuales usualmente son por indicaciones maternas o fetales. En EEUU y Europa el 70 % de los partos prematuros ocurren espontáneamente, entre ellos están incluidos el trabajo de parto espontáneo, ruptura espontánea de membranas y la dilatación espontánea del cérvix fuera del trabajo de parto comúnmente llamada insuficiencia del cérvix. (5)

A diferencia de otros países de menos recursos el parto pretérmino está asociado con infecciones. (5)

Cabe precisar que los insumos establecidos para el desarrollo de parto prematuro está la activación de los factores de los tejidos fetales y maternos que ocasionan la liberación de mediadores tales como las prostaglandinas y las interleucinas, que estimulan las contracciones del miometrio y / o la ruptura de membranas fetales. Esta vía provoca inflamación, infección, hemorragia, distensión uterina y estrés o desregulación del sistema inmune; ocasionando la activación de la membrana fetal y trayendo como consecuencia la maduración cervical, contracciones, ruptura de la membrana y con ello parto prematuro. Estos mecanismos moleculares están influenciados por factores de riesgo genéticos, epigenéticos, biológicos, conductuales, sociales, clínicos y ambientales.

Es multifactorial, asociado a las siguientes causas: (5)

- Infección intraamniótica,
- Isquemia útero-placentarias,
- Malformaciones fetales,
- Sobredistensión uterina,
- Factores inmunológicos
- Stress.

Estos factores se conjugan en forma sucesiva y simultánea para desencadenar un parto pretérmino y pueden variar no solo entre distintas gestantes sino también en los embarazos sucesivos de la misma embarazada. (5)

Aproximadamente el 70% de los nacimientos pretérmino son el resultado de amenazas de parto pretérmino (APP) (45%), ruptura prematura de membrana (25%). El 30% restante corresponde a intervenciones médicas por compromiso materno o fetal (preeclampsia/eclampsia, crecimiento intrauterino restringido, metrorragia, etc.).

2.2.3.3. TEORÍA CLÍNICA

Debido a que en muchos casos la causa de sangrado es desconocida, el mecanismo posible de trabajo de parto prematuro seguido de sangrado todavía no está claro. Una teoría demostró que al sangrar hay una producción de trombina, la cual desencadena una cascada proteolítica que conduce a la destrucción de las membranas fetales y finalmente a la rotura prematura de membrana. Así mismo, se ha determinado que la trombina puede estimular las contracciones uterinas y conducir a un parto prematuro sin ruptura de la membrana. Basándose en otra teoría, el sangrado puede ser un signo de infección uterina subclínica que podría estimular el proceso de parto prematuro. (35)

2.2.3.4. CLASIFICACIÓN:

- **Según su evolución clínica:**
 - Pretérmino < 32 semanas.
 - Pretérmino ≥ 32 semanas (32 a 36 sem).
- **Embarazos menores a las 32 semanas Se dividen a su vez en:**
 - Extremos: 20 a 27 semanas y,
 - Moderados: 28 a 32 semanas.
- **Embarazos mayores a 32 semanas:** Presentan menor morbilidad y menor probabilidad de recidiva. Se vinculan frecuentemente a mayor volumen uterino: polihidramnios y gestaciones múltiples. Se asocian además con metrorragias del primer y segundo trimestre, traumatismos y hábitos de vida perjudiciales como violencia, excesos laborales, consumo de tabaco y drogas. (5)

2.2.3.5. FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO: Son los siguientes: (5)

- Antecedentes de partos pretérminos anteriores.

- Antecedente de aborto tardío (posterior a las 17 semanas).
- Antecedente de fetos muertos.
- Antecedentes de ruptura prematura de membranas.
- Factores uterinos (como malformaciones).
- Conización cervical.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna ≤ 18 a ≥ 40 años.
- Stress, abuso doméstico, violencia familiar.
- Índice de masa corporal inicial bajo ($<$ percentil 10)
- Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo. Infecciones urinarias.
- Pielonefritis.
- Vaginositis bacteriana.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Embarazo doble o múltiple.
- Polihidramnios.
- Traumas físicos o emocionales graves.
- Metrorragias del primer o segundo trimestre (5)

2.2.3.6. DIAGNÓSTICO, se basa en: Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP, pero generalmente se consideran: (4)

- 4 contracciones en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
- Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
- Palpables y dolorosas.
- Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal.
- El tacto vaginal se realiza de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la

bolsa amniótica protuyendo a través de cérvix. Se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación. Si el cérvix aparece borrado >70% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de APP al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivas.

- El Aborto, especialmente el quirúrgico, podría causar diversos tipos de complicaciones de corto plazo en las mujeres, como hemorragia posaborto, adherencia intrauterina causada por una infección o perforación uterina siendo estas las complicaciones típicas a corto plazo; otros estudios también sugieren que el aborto inducido podría aumentar el riesgo de nacimiento pretérmino en embarazos posteriores; por ello el aborto inducido es considerado como uno de los factores de riesgo para el resultado de embarazos adversos en embarazo posterior. Dado que las mujeres quedan embarazadas, varios sistemas de su cuerpo cambiarían sutilmente para prepararse para el embarazo; sin embargo, la interrupción del embarazo al tener un aborto haría que el nivel endocrino del cuerpo caiga drásticamente sin un gradual proceso de adaptación, lo que sería un daño potencial al cuerpo. La presencia de dos o más abortos podría aumentar el riesgo de deterioro de la función de órganos o su envejecimiento prematuro.

(16)

El estudio de Woolner et al, es el único análisis confiable disponible (que cumple con los criterios del comité) de la asociación entre el *método de* aborto a ≤ 13 semanas de gestación y parto prematuro en el siguiente embarazo. Como se señaló anteriormente, los autores controlaron el historial de tabaquismo y otras posibles variables de confusión y también estratificaron la muestra para evaluar las diferencias en los resultados de mujeres con un aborto con medicamentos previo ($n = 1,385$), un

aborto por aspiración previa (n = 1,800), o sin aborto previo (n = 42,446) antes y después de las 13 semanas de gestación. Los autores no encontraron asociación estadísticamente significativa entre un aborto en <13 semanas de gestación en el primer embarazo y el prematuro (a OR = 1.03; 99% CI = 0.83–1.27), prematuro espontáneo (a OR = 0.97; 99% CI = 0.73–1.28), o nacimientos muy prematuros (a OR = 0.84; 99% CI = 0.53–1.33) en el próximo embarazo. (26)

2.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

V1: Aborto previo

V2: Amenaza de parto pretérmino

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Ha: Existe asociación significativa entre el aborto previo y amenaza de parto pretérmino.

Ho: No existe asociación significativa entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	Proceso clínico sintomático que sin tratamiento o cuando este fracasa podría conducir a un parto pretérmino (1)	Presenta contracciones con una frecuencia de cuatro cada 20 minutos, o de 8 cada 60 minutos junto con cambios progresivos de cuello uterino; incorporación cervical 80%; dilatación cervical > de 1cm pero menor de 3cm (1). Y será medida mediante encuesta.	Características sociodemográficas	Edad <=> de 40 años	SI NO	Nominal
				Grado de instrucción	- Primaria - Secundaria - Superior	Nominal
				Estado civil	- Soltera - Conviviente - Casada.	Nominal
				ocupación	- Empleada - Ama de casa	Nominal
			Frecuencia de aborto previo	Ninguno uno	- Ninguno - uno	Nominal
ABORTO PREVIO	Es definido como antecedente de al menos un aborto anterior. Es la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance su	Constituye al menos un antecedente de la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance su viabilidad	Aborto previo	ninguna	SI NO	Nominal
				Uno	SI NO	Nominal

	viabilidad extrauterina con un peso menor o igual a 500 gr. Esto se corresponde con una edad gestacional de 22 semanas o una longitud corono- nalga de 25 cm. (36)	extrauterina y será medida mediante análisis documental.		Dos	SI NO	Nominal
--	---	---	--	-----	----------	---------

2.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **Parto prematuro:** es aquel parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación o menos de 259 días contados a partir de la fecha de última menstruación. El límite inferior de edad gestacional que establece el límite entre parto pretérmino y aborto es 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso. (4)
- **Parto Prematuro moderado:** es aquel parto que se produce entre las 32 semanas y 36 6/7 semanas de gestación. (4)
- **Parto Prematuro muy prematuro:** es aquel parto que se produce entre las 28 semanas y 31 6/7 semanas de gestación. (4)
- **Parto Prematuro extremo:** es aquel parto que se produce entre las 27 6/7 semanas y 22 semanas de gestación. (4)
- **Hemorragia vaginal en el primer trimestre de embarazo:** Sangrado vaginal producido antes de las 13 semanas 6/7 de gestación. (4)
- **Edad materna:** Se define como el tiempo de vida en años de la mujer embarazada. (5)
- **Edad gestacional:** Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas.
- **Factor de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (4)
- **Aborto:** es la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance su viabilidad extrauterina. La Organización Mundial de la Salud lo define como la expulsión o extracción de un embrión o feto con un peso menor o igual a 500 gr. Esto se corresponde con una edad gestacional de 22 semanas o una longitud corono-nalga de 25 cm. (36)
- **Amenaza de parto pretermino:** Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que

puede cursar con borramiento del cervix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. (36).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tupia Godos Ayacucho, durante el periodo setiembre - noviembre 2018

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo observacional, prospectiva descriptiva correlacional, donde se cuantificó la relación entre aborto previo y parto pretérmino. (37)

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

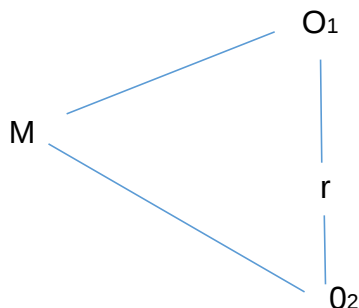
El estudio es de nivel correlacional (37)

3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método es inductivo, que va de lo específico a lo general.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El Diseño es no experimental (38)



3.6. POBLACIÓN, MUESTRA

3.1.1. La población

de estudio estuvo constituida por 60 gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital II Carlos Tupiza Godos de Ayacucho, entre septiembre-noviembre del 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a. Criterios de inclusión

- Gestante de 22 hasta < 37 semanas de gestación.
- Gestante con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Gestante atendida en la unidad de Tocólisis del Hospital.
- Edad entre 20 a 40 años.

b. Criterios de exclusión

- Gestantes con trastornos psiquiátricos.
- Pacientes que hayan ingerido medicamentos o sustancia, ya sean químicos o naturales para provocar actividad uterina.
- Edad < 15 y mayor de 41 años.
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- RCIU
- Óbito fetal
- Polihidramnios y Oligohidramnios

3.6.2. La muestra- Es no probabilística por conveniencia.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1. Técnica de Recolección: La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la encuesta.

3.7.2. Instrumento de medición: la herramienta para la recolección de datos, fue el cuestionario, el cual contempla la edad de las pacientes, grado de instrucción, estado civil, aspectos clínicos, la historia de abortos entre otros. Se hará uso de un instrumento validado de la tesis de Flores Robles Flor Rosario (24) con su tesis

para optar la licenciatura en Obstetricia con el estudio, “ El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto prétermino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015- mayo 2016.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

-Estadística Descriptiva:

Se utilizó tablas de una y doble entrada con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales

-Programas Estadísticos:

El programa estadístico que se ha utilizado para el procesamiento de los resultados, fue el programa Microsoft Office Excel 2010, SPSS V23 y la prueba estadística del Chi cuadrado para ver la relación entre las variables.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La presente investigación de tipo descriptivo- correlacional de casos y controles sobre el aborto como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino realizado en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Tupiza Godos de Essalud- Ayacucho. 2018; se presenta:

TABLA 01: EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS, AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018.

EDAD	Frecuencia	% Válido	% acumulado
20 a 25 años	9	15,0	15,0
26 a 30 años	22	36,7	51,7
31 a 35 años	15	25,0	76,7
36 a más años	14	23,3	100,0
Total	60		

Fuente: Elaboración propia. Relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino en Gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre- noviembre 2018.

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, el 36.7% se encuentran entre las edades de 26 a 30 años, el 25% son gestantes entre las edades de 31 a 35 años, el 23.3% entre las edades de 36 a más años. Asimismo un 15% son gestantes que se encuentran entre 20 y 25 años de edad.

TABLA 02: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS, AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018.

Grado de instrucción	Frecuencia	% Válido	% acumulado
Primaria	1	1,7	1,7
Secundaria	16	26,7	28,3
Superior	43	71,7	100,0
Total	60	100,0	

Fuente: Elaboración propia. Relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino en Gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre- noviembre 2018.

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, el 71,7 % tienen grado de instrucción superior, seguido de un 26,7 % tienen secundaria y un 1,7 tienen solo primaria.

TABLA 03: ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODO, AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018.

Estado civil	Frecuencia	% válido	% acumulado
Soltera	7	11,7	11,7
Conviviente	30	50,0	61,7
Casada	23	38,3	100,0
Total	60	100,0	

Fuente: Elaboración propia. Relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino en Gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre- noviembre 2018

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, el 50% son convivientes, el 38,3% son casadas seguido de un 11,7 % que son solteras.

TABLA 04: OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODO, AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018.

Ocupación	Frecuencia	% válido	%acumulado
Empleada	32	53,3	53,3
Ama de casa	28	46,7	100,0
Total	60	100,0	

Fuente: Elaboración propia. Relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino en Gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre- noviembre 2018

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, el 53,3 % son empleadas y el 46,7 son amas de casa.

TABLA N°5 FRECUENCIA DE ABORTO PREVIO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODO, AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018

Aborto previo	Frecuencia	%válido	% acumulado
Ninguno	42	70,0	70,0
Uno	18	30,0	100,0
Total	60	100,0	

Fuente: Elaboración propia. Relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino en Gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre- noviembre 2018

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos el 70% no tuvieron abortos previos y un 30% tuvo un aborto previo.

TABLA N°6 RELACION DE ABORTO PREVIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS, AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2018

			Amenaza de parto pretérmino		
			A termino	Pretérmino	Total
Nº de aborto	Ninguno	Recuento	20	22	42
		% del total	33,3%	36,7%	70,0%
	Uno	Recuento	10	8	18
		% del total	16,7%	13,3%	30,0%
Total		Recuento	30	30	60
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino en Gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre- noviembre 2018

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, el 36,7% de gestantes tuvieron recién nacidos pretérminos y no tuvieron ningún aborto previo seguido de un 13,3% de gestantes que tuvieron también recién nacidos pretérminos con un aborto previo. Así mismo el 33,3% de gestantes tuvieron recién nacidos a término con ningún aborto previo seguido de un 16,7% de gestantes que también tuvieron recién nacidos a término de las cuales tuvieron un aborto previo.

4.2. PROCESO DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

PRUEBA DE LA SIGNIFICANCIA DE LA HIPÓTESIS GENERAL

•Hipótesis nula (H_0)

No existe una relación positiva y significativa entre el aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, Ayacucho, setiembre-noviembre 2018.

$$\rho = 0$$

Siendo:

ρ : Correlación poblacional.

•Hipótesis alterna (H_1)

Existe una relación positiva y significativa entre el aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, Ayacucho, setiembre-noviembre 2018.

$$\rho > 0$$

Considerando un nivel de significancia de $\alpha=5\%$, se utilizó la prueba estadística del chi cuadrado con 1 grado de libertad.

El valor calculado se encuentra en la región crítica de la hipótesis alterna por tanto, procedemos a rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula, concluimos que:

Al realizar la prueba Chi-cuadrado se muestra que no existe relación entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino por lo que a que el valor P obtenido (0,573) es mayor a 0,05. Por lo tanto, No existe una relación positiva y significativa entre el aborto previo como factor

de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Carlos Tupia Godos, Ayacucho, setiembre-noviembre 2018, con un 95% de confianza.

Además, se deduce que la probabilidad asociada al modelo es:

$$P(t > 8) = 0,0 < 0,05$$

Por lo que se confirma en rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula.

3.4. PRUEBA DE LA SIGNIFICANCIA DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

En la tabla siguiente se muestra las estadísticas de resumen para la docimasia de las hipótesis específicas que están de acuerdo con el diseño de la investigación y susceptible de ser verificado.

Tabla 7. *Estadísticas para la verificación de las hipótesis específicas planteadas en la investigación.*

	Valor	gl	Sig. asintótica	Sig. exácta
Chi-cuadrado de Pearson	,317^a	1	,573	
Corrección de continuidad ^b	,079	1	,778	
Razón de verosimilitud	,318	1	,573	
Prueba exacta de Fisher				,389
Asociación lineal por lineal	,312	1	,576	
N de casos válidos	60			

Fuente: Elaboración propia. *Software estadístico.*

Al respecto, **Malosso et al** (8) señala que no encontró correlación significativa entre el parto prematuro y un aborto previo con

medicamentos. Así como **Woolner et al** (11) es el único estudio de análisis confiable del Comité de Servicios de Salud Reproductiva de los Estados Unidos donde señala que no encontró asociación estadísticamente significativa entre un aborto previo y parto prematuro en el siguiente embarazo. Lo mismo que señala el presente estudio. Este estudio sugiere que el aborto previo no está asociado con un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo.

4.3. DISCUSIÓN

El estudio consideró como ámbito de estudio el Hospital II Carlos Tupppia Godos, Ayacucho, durante los meses setiembre-noviembre 2018, así mismo se aplicó el instrumento validado de la tesis de **Flores** (24) para obtener la información requerida.

Desde la Tabla N°1 hasta la tabla N°4 se presenta las características sociodemográficas entre (edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación). Un 36.7% de gestantes se encuentran entre las edades de 26 a 30 años. El 71,7 % tienen grado de instrucción superior, el 50% son convivientes y un 53,3 % son empleadas de Instituciones del Estado, coincidiendo con el estudio de **Flores** (24) donde señala las edades de entre 27 y 25 años respectivamente, la mayoría tendría grado de instrucción secundaria completa y son convivientes. A diferencia con los estudios de **Hajar** (12) donde la edad materna en su estudio fue > 35 años. Así mismo **Hossain R** (21) presentó en su estudio la edad materna > 35 años un notable porcentaje. **Ahumada** (23) encontró relevancia en su estudio la edad >35 al igual que **Salvado J** (25) que consideró la importancia edad materna >35 años. En este estudio también hubo un 23,3% de gestantes con edades mayores a 35 años, ésta característica pudo ser una circunstancia observable en muchos de los casos para incrementar probabilidades de experimentar algún riesgo mayor durante el embarazo. Mientras que el grado de instrucción superior hace que se pueda tener un mejor entendimiento

del riesgo de someterse a un aborto que repercute con el futuro reproductivo de la mujer.

En la tabla N° 5 se presenta la frecuencia de aborto previo de las gestantes, donde el 70% no tuvo abortos previos, pero sí un 30% tuvo un aborto previo. Al respecto **Klemetti et al** (13) refiere que los abortos inducidos repetidos anteriores, se correlacionan con un mayor riesgo de algunos problemas de salud en el primer nacimiento; Incluso en un país con buena calidad de atención médica. Mientras que **Flores** (24) no encontró significancia en más de dos abortos previos. Lo que coincide con este estudio que el tener aborto previo no es relevante para un riesgo de parto pretérmino.

En la Tabla N° 6 se presenta la relación de aborto previo y amenaza de parto pretérmino donde un 36,7% de gestantes tuvieron recién nacidos pretérminos y no tuvieron ningún aborto previo. Coincidiendo con el estudio de **Malosso et al** (8) que señala que no encontró correlación significativa entre el parto prematuro y un aborto previo con medicamentos. Así como **Woolner et al** (11) que no encontró asociación estadísticamente significativa entre un aborto previo y parto prematuro en el siguiente embarazo. **Saccone et al** (9) que refiere que una evacuación quirúrgica uterina previa es un factor de riesgo independiente para parto prematuro.

Manissto et al (10) reportó un leve pero significativo mayor riesgo de parto prematuro en un embarazo posterior, cuando el intervalo de embarazo después de un aborto fuese inferior a 6 meses. Como también **Jackson et al** (20) que refiere que un aborto previo no aumenta la tasa de complicaciones posteriores de un embarazo clínicamente significativas. A diferencia de **Flores** (24) donde señala que el aborto previo si es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino aumentado 2,5 veces más que las que no lo tienen.

La evidencia sobre resultados obstétricos y perinatales después de un aborto previo sigue siendo contradictoria.

CONCLUSIONES

No existe relación positiva y significativa entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, Ayacucho, setiembre-noviembre 2018. Por lo que el valor P obtenido es 0,573 mayor a 0,05.

Un 36.7% de gestantes se encuentran entre las edades de 26 a 30 años. El 71,7 % tienen grado de instrucción superior, el 50% son convivientes y un 53,3 % son empleadas de Instituciones.

El 70% de gestantes no tuvieron ningún aborto previo

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Hospital II Carlos Tuppia Godos *Essalud* de la Ciudad de Ayacucho fomentar la capacitación de sus profesionales de la Salud en temas de aborto previo y sus complicaciones para mejorar la atención entre las usuarias que acuden a dicho nosocomio
2. A la Diresa Ayacucho a realizar estrategias para la implementación e incrementación de campañas con el fin de evitar el aborto.
3. A los profesionales que laboran en el Hospital II Carlos Tuppia Godos a brindar mayor cobertura en la sensibilización de prevención de aborto para mejorar el futuro de la salud reproductiva en la población ayacuchana.
4. A la Universidad Nacional de Huancavelica Facultad de Ciencias de la Salud a incentivar la investigación en esta línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minsa. Guías Técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. En el marco del plan esencial de aseguramiento universal. 2011..
2. Organización Mundial de la Salud. www.who.int/es. [Online].; 2009 [cited 2018 agosto 20]. Available from: <http://www.who.int/maternal>.
3. Perú MdSd. Portal institucional del MINSA. [Online]. [cited 2018 Agosto 20]. Available from: www.minsa.gob.pe.
4. Chira J y Sosa J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente de belén de lambayeque. 2015..
5. Laterra Cristina, Susacasa, Di Marco, Valenti. Guía de Práctica Clínica de Amenazade parto pretérmino 2011. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2011; 31(1).
6. D F. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Lima; 2006.
7. Unido) CNCplSdlMyeN(. Trabajo de parto prematuro y nacimiento Londrés: Guia NICE N°25; 2015.
8. Malosso Magro SSSB. US trends in abortion and preterm birth. Pudmed. 2018 Setiembre; 31(18): p. 2463-2467.
9. Saccone Gabriele, Perriera Lisa, Vincenzo Berghella. Evacuación uterina previa del embarazo como factor de riesgo independiente para el parto prematuro: una revisión sistemática y metaanálisis. AJOG. 2016 mayo; 214(5): p. 572-591.
10. Männistö J , Bloigu A , Mentula M , Gissler M , Heikinheimo O , Niinimäki M. Intervalo de embarazo después de la interrupción del embarazo y los riesgos de resultados adversos en el nacimiento posterior. Obst Gynecol. 2017 febrero; 129(2): p. 347-354.
11. Woolner A 1 , Bhattacharya S , Bhattacharya S. El efecto del método y la edad gestacional al término del embarazo en futuros resultados obstétricos y perinatales: un estudio de cohorte basado en registros en Aberdeen, Escocia. BJOC. 2014 Febrero; 121(3): p. 309-318.
12. Hajar S, Faraji R, Zahiri Z. la relación entre el sangrado vaginal en el primer y segundo trimestre del embarazo y el trabajo de parto prematuro5. 2013..
13. Klemetti R , Gissler M , Niinimäki M , Hemminki E. Resultados del nacimiento después de un aborto inducido: un estudio nacional basado en registros de los primeros nacimientos en Finlandia. Hum Reprod. 2012 agosto; 27(11).
14. Sun L, Tao F, Hao J. Hemorragia vaginal en el primer trimestre y resultados adversos del embarazo entre las mujeres chinas: estudio de cohortes en china. 2012..
15. Velez E, Baird D, Hasan R. Características del sangrado en el primer trimestre asociado con mayor riesgo nacimiento prematuro: datos de una cohorte prospectiva de embarazo.. 2012..

16. Hackney D, Glantz J. Hemorragia vaginal en embarazo temprano y parto prematuro: revisión sistémica y análisis de heterogeneidad..
17. Morgan F, Cinco A, Douriet. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. 2010..
18. Lykke J, Dideriksen K, Lidegaard. Sangrado vaginal del primer trimestre y complicaciones posteriores en el embarazo. 2010..
19. Covarrubias O., Rupay G, Rodríguez J. Factores maternos relacionados con prematuridad..
20. Jackson JE, Grobman WA , Haney E , Casele H. La dilatación del medio trimestre y la evacuación con laminaria no aumentan el riesgo de complicaciones graves posteriores del embarazo. Int J Gynaecol Obstet. 2007 enero; 96(1): p. 5-12.
21. Hossain R, Harris T, Lohsoonthorn V y Williams A. Riesgo de parto prematuro en relación a sangrado vaginal en el embarazo temprano..
22. Yang J, Hartmann K, Savitz D. Sangrado vaginal durante el embarazo y parto prematuro..
23. Ahumada-Barrios M, Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un Hospital. 2016..
24. Rosario FRFd. El aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Diciembre 2015 a mayo 2016. 2016. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Mayor de San Marcos.
25. Salgado J, Diaz J y Huaynay L. Factores de riesgo del parto pretermino: estudio caso control..
26. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina; División de Salud y Medicina; Junta de Servicios de Salud; Junta de Salud de la Población y Prácticas de Salud Pública; Comité de Servicios de Salud Reproductiva: Evaluación de la Seguridad y Calidad. La seguridad y la calidad del cuidado del aborto en los Estados Unidos Washington DC: National Academies Press (Estados Unidos); 2018.
27. Cunningham,F, Leveno, K,Bloom, S ,Hauth, J , Rouse, D, Spong, C. Williams. Williams Obstetricia Vol 1,23a ed. México : McGraw Hill ; 2011, p. 215-234. 2011..
28. E G. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev Per Ginecol Obstet.
29. Miranda JN. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 2016.
30. Salgado JRB. Aborto. 2015 octubre. Universidad Autónoma del Estado de México.
31. Echemendía, B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana..
32. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Revistas Especializadas Peruanas. 2007;; p. 1244-1267.

33. Raúl T. Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013[tesis]. Perú. 2015.
34. Guías de procedimiento de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal 2014.
35. Rodríguez, J, Sabalza ,M. Modelo para la detección y prevención de resultados perinatales adversos en las gestantes adolescentes y sus neonatos, en el Hospital de Engativa,. 2010..
36. Perinatal INM. Guías de procedimiento de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2014..
37. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación; 2014.
38. Supo J. Seminarios de Investigación Arequipa; 2017.
39. Mongrut Steane A. Tratado de Obstetricia; 2009.
40. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE.. Born Too Soon: Preterm birthmatters. Reprod Health.. 2013..

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE LA TESIS: Relación de aborto previo y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II Carlos Tuppia Godos. Ayacucho, setiembre- noviembre 2018.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
1.2. ¿Qué relación existe entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II Carlos Tuppia Godos, Ayacucho 2018?	1.3.1. Objetivo general Determinar la relación entre el aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos, Ayacucho, setiembre-noviembre 2018. 1.3.2. Objetivos específicos ➤ Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio. ➤ Determinar la frecuencia del aborto previo de la población en estudio. ➤ Analizar los resultados de la relación entre el aborto previo y amenaza de parto pretérmino de la población de estudio.	2.3 Hipótesis general: Ha: Existe asociación significativa entre el aborto previo y parto pretérmino. Ho: No existe asociación significativa entre el aborto previo y el parto pretérmino.	V1: Aborto previo V2: Amenaza de parto pretérmino	AMBITO DE ESTUDIO: se realizó en el Hospital II Carlos Tuppia Godos de Huamanga, durante el periodo setiembre - noviembre 2018 TIPO DE INVESTIGACIÓN: Observacional NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo-correlacional MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Método deductivo, inductivo. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Diseño no experimental. prospectivo, transversal. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO: Estuvo conformado por 60 gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital II Carlos Tuppia Godos. Muestra: La muestra por conveniencia Muestreo: no probabilístico por conveniencia Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Encuesta-cuestionario. instrumento validado de la tesis de Flores Robles Flor Rosario (24) Estadística Descriptiva:

				Se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado con tablas de una y doble entrada con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales. También se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010. SPSSV22. Técnica estadística: - Estadística descriptiva. - Estadística inferencial
--	--	--	--	---

Instrumento

ANEXO N°2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EL ABORTO PREVIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GODOS DE AYACUCHO DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE 2018

FECHA: ____/____/____ N°

1. Amenaza de parto pretérmino

si (1) no(0)

Datos Generales:

2. Procedencia:

3. Edad:

4. Grado de instrucción

a) Primaria: ()

b) Secundaria: ()

c) Técnico: ()

d) Superior universitario: ()

5. Estado civil:

a) Soltera ()

b) Conviviente ()

c) Casada ()

6. Ocupación

d) Empleada ()

e) Independiente ()

f) Ama de casa ()

g) Estudiante ()

h) Otros:.....

ABORTO:

14. Antecedente de aborto : si() no()

15. Número de abortos :

☐ ☐ Ninguno ()

☐ ☐ 1 aborto ()

☐ ☐ 2 abortos ()

☐ ☐ Más de 2 abortos ()

FOTOS

Aplicando el instrumento de estudio



