

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL PARTO
PRETÉRMINO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE LURIGANCHO, 2013 - 2017**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: SHEYLA MILAGROS TERRONES GARCIA

ASESORA: Obsta. LUISA PARRA SILVA

LIMA, PERÚ

AGOSTO, 2018

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	12
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2 Delimitación de la investigación	16
1.3 Formulación del Problema	16
1.3.1 Problema principal	16
1.3.2 Problemas secundarios	16
1.4 Objetivos de la investigación	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específicos	17
1.5 Hipótesis	17
1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicador	17
1.6 Diseño de la Investigación	18
1.6.1 Tipo de investigación	18
1.6.2 Nivel de la investigación	19
1.6.3 Método	19
1.7 Población y muestra	19
1.7.1 Población	19
1.7.2 Muestra	20
1.8 Técnicas e instrumentos	20
1.8.1 Técnicas	20
1.8.2 Instrumentos	20
1.9 Justificación	21

CAPITULO II	MARCO TEORICO	23
2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	23
2.1.1	Antecedentes	23
2.1.2	Bases teóricas	28
2.1.3	Definición de términos	38
CAPITULO III	PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
3.1	Presentación de resultados	40
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	51
CAPITULO IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
4.1	Conclusiones	56
4.2	Recomendaciones	57
FUENTES DE INFORMACION		58
ANEXOS		62
	Matriz de consistencia	
	Instrumentos de recolección de datos	
	Juicio de expertos	
	Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	

Dedico a:

A Dios por darme la sabiduría y la fuerza para sobrellevar y enfrentar cada obstáculo que se presentó.

A mis padres porque éste logro también es de ellos por su apoyo incondicional y la confianza que depositaron en mí.

Agradezco a: Dios por darme la fuerza y ser mi guía en cada paso que doy.
A mi asesora obst. Luisa Parra Silva por su apoyo, motivación, su guía y empuje permanente que me brindo para realizar el presente trabajo.

RESUMEN

El presente estudio denominado Aborto como factor de riesgo para el parto pretérmino en mujeres atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho, 2013-2017. Fue planteado con el **objetivo de:** Determinar las características del aborto en los partos pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho 2013 – 2017. **Material y métodos.** Estudio no experimental con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, conformado por 168 Historias clínicas de mujeres con diagnóstico de parto pretérmino que tuvieron antecedente de aborto durante el periodo del 2013 al 2017. Se utilizó la técnica de revisión de historias clínicas, y revisión de libro de registro de partos, lo cual se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora que fue sometido al proceso de validez, los datos obtenidos fueron ingresados al Ms Excel y al software estadístico SPSS V. 25. **Resultados:** Las edades con mayor incidencia en el parto pretérmino fueron entre 20 y 30 años, con un 49.4%; se evidencia que el 79.2% convivía con su pareja, el 51.8% culminó la secundaria, el 85.1% eran amas de casa, el 58.9% procedía de Lima y el 41.1% de Provincia. Con respecto al número de controles prenatales, el 39.9% tuvo entre 4 y 6 atenciones, mientras que el 22.6% no recibió ninguna atención, en relación al antecedente de números de abortos el 82.7% tenía como antecedente un aborto; mientras que el 15.5%, dos abortos y respecto al tipo de aborto, el 16.6% tuvo un aborto incompleto; el 4.2%, un aborto completo; el 1.2%, un aborto frustrado; y el 0.6%, un aborto séptico mientras que el 77.4% no especificó este tipo de antecedente. El 78.6% de las mujeres tenía una edad gestacional entre 34 y 36 semanas completas al momento del parto, teniendo como producto a un recién nacido prematuro tardío, mientras que el 8.9% tuvo una edad gestacional al momento del parto menor a 28 semanas obteniendo un recién nacido prematuro extremo, así también el 7.1% tuvo un parto entre las semanas 28 a 31 teniendo un recién nacido muy prematuro y el 5.4% su parto fue entre las semanas 32 a 33 con un recién nacido prematuro moderado.

Según el parto por evolución clínica, el 55.4% tuvo un parto pretérmino espontáneo; mientras que el 36.3%, un parto pretérmino por intervención médica y solo en el 8.3% el parto pretérmino fue desencadenado por la rotura de membranas. **Conclusiones:** Según los resultados obtenidos en mujeres atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de 2013 – 2017, se puede concluir que de las 168 mujeres que han tenido parto pretérmino con antecedente de aborto el 82.7% tuvo un aborto, el 15.5%, dos abortos y el 1.8%, tres abortos. Sin embargo en el presente estudio no se pudo identificar con precisión el tipo de aborto con mayor proporción para el parto pretérmino debido a que el 77.4% de los casos no ha sido registrado el tipo de aborto, no obstante dentro de los casos reportados el mayor porcentaje (16.7%) registra el aborto incompleto como antecedente en el parto pretérmino.

Palabras clave: parto pretérmino, aborto, factor de riesgo, edad gestacional.

ABSTRACT

The present study called Abortion as a risk factor for preterm delivery in women treated at the San Juan de Lurigancho Hospital, 2013-2017. It was proposed with the **objective of:** Determine the characteristics of abortion in preterm deliveries in women treated at the Hospital San Juan de Lurigancho 2013 - 2017. **Material and methods:** Non-experimental study with a quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional approach, consisting of 168 clinical histories of women with a diagnosis of preterm birth who had a history of abortion during the period from 2013 to 2017. The history review technique was used clinics, and revision of the birth record book, which was used as an instrument a data collection form prepared by the researcher who was subjected to the validity process, the data obtained were entered into the Ms Excel and the statistical software SPSS V. 25. **Results:** The ages with the highest incidence in preterm delivery were between 20 and 30 years old, with 49.4%; it is evident that 79.2% lived with their partner, so also 51.8% completed secondary school, 85.1% were housewives, and 58.9% came from Lima and 41.1% from the Province. With regard to the number of prenatal check-ups, 39.9% had between 4 and 6 attentions, while 22.6% did not receive any attention, in relation to the antecedent of abortion numbers, 82.7% had an abortion as antecedent; while 15.5%, two abortions and regarding the type of abortion, 16.6% had an incomplete abortion; 4.2%, a complete abortion; 1.2%, a frustrous abortion; and 0.6%, a septic abortion while 77.4% did not specify this type of antecedent. 78.6% of the women had a gestational age between 34 and 36 completed weeks at the time of delivery, having as a product a late preterm newborn, while 8.9% had a gestational age at the time of delivery less than 28 weeks, obtaining a Extreme premature newborn, so also 7.1% had a delivery between weeks 28 to 31 having a very premature newborn and 5.4% giving birth was between weeks 32 to 33 with a moderate premature newborn. According to delivery by clinical evolution, 55.4% had a spontaneous preterm delivery; while 36.3%, a preterm delivery by medical intervention and only 8.3%,

preterm labor was triggered by rupture of membranes. Conclusions: According to the results obtained in women treated at the San Juan de Lurigancho Hospital during the period of 2013 - 2017, it can be concluded that of the 168 women who had had a preterm birth with a history of abortion, 82.7% had an abortion, 15.5 %, two abortions and 1.8%, three abortions. However, in the present study it was not possible to accurately identify the type of abortion with the highest proportion for preterm birth, because 77.4% of the cases have not been registered the type of abortion, however, in the cases reported, the highest percentage (16.7%) recorded incomplete abortion as antecedent in preterm delivery

Key words: preterm delivery, abortion, risk factor, gestational age.

INTRODUCCION

El parto pretérmino es una complicación obstétrica y perinatal muy frecuente tanto a nivel mundial como nacional, según la Organización Mundial de la Salud se considera parto pretérmino desde las 22 semanas hasta antes de cumplir las 37 semanas de gestación, estos parámetros a su vez tienen divisiones dependiendo de la semana gestacional en que se desencadene el parto, se divide en: prematuros extremos (menor de 28 semanas), muy prematuros (de 28 a 31.6 semanas), prematuros moderados (de 32 a 33.6 semanas) y prematuros tardíos (34 a menor de 37 semanas).

Etiológicamente el parto pretérmino se produce por distintos factores sin embargo la mayoría de estos ocurren de forma espontánea, algunos se desencadenan debido a la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea por indicación médica materno o fetal.

Los países en desarrollo son los que sufren con tasas más elevadas de partos pretérmino, según la Organización Mundial de la Salud, más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional siendo de mayor incidencia en los países de ingresos bajos, con un 12% los que nacen antes de las 37 semanas de gestación, frente al 9% en los países de ingresos más altos, de tal manera las familias más pobres corren un mayor riesgo de tener un parto pretérmino, la prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y los que sobreviven pueden tener complicaciones neurológicas, alguna discapacidad relacionadas al aprendizaje, problemas visuales y auditivos, entre otros.

Siendo el parto pretérmino un problema de salud pública que a menudo no se identifica la causa exacta que conlleva a este suceso, debido a que tiene carácter multifactorial porque existen diversos factores que están relacionados, nos exige obtener valores precisos de incidencia y un mejor conocimiento de las causas y los mecanismos del parto pretérmino que nos permitirá el mejor

acceso a una atención obstétrica, prenatal y neonatal eficaz y oportuna lo cual permitirá elaborar soluciones de prevención.

En el Perú la incidencia de parto pretérmino según el Ministerio de Salud a través del sistema de registro del certificado de nacido vivo durante el 2015 el 6.5% de recién nacidos fueron prematuros.

Hay estudios que indican que el aborto es un factor en el parto pretérmino debido a que la mayoría de mujeres empiezan su vida sexual a temprana edad teniendo embarazos no planificados que por múltiples razones terminan en aborto recurriendo a prácticas inseguras que podrían generar complicaciones graves, prácticas que pueden tener repercusiones negativas para su vida reproductiva y embarazos posteriores.

La presente investigación se realizó en el Hospital San Juan de Lurigancho ubicado en el distrito del mismo nombre que cuenta con una población total de 1,121.300 habitantes representando el 11% de la población Peruana, según el censo del INEI 2017 lo que indica que es el distrito con mayor número de población; el hospital es de nivel II-2 de mediana complejidad, atiende a una población total femenina de 43,551 mujeres, la mayoría en etapa reproductiva, en el departamento de Gineco Obstetricia solo durante el año 2017 se atendió 5,869 partos de los cuales 110 fueron partos pretérmino, también se pudo evidenciar que un gran número de pacientes que ingresaron por una atención de parto presentaron como antecedente un aborto, situación que llevo a realizar el presente estudio, que tiene como objetivo determinar las características del aborto en los partos pretérmino en mujeres atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho durante el 2013 al 2017.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud considera al parto pretérmino al que se produce antes de que haya cumplido 37 semanas de gestación. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años, para el año 2015 se estimó que cada año nacieron unos 15 millones de recién nacidos prematuros, cifra que ha ido en aumento y por consiguiente las complicaciones relacionadas a la prematuridad.¹

El parto pretérmino presenta una incidencia a nivel mundial entre 8 -10% del total de los partos², siendo Asia y África los continentes que tienen alta incidencia de partos pre términos, más del 60% fueron nacimientos prematuros y ocurriendo en mayor porcentaje en los países con ingresos económicos bajos (12%), frente a los países de ingresos económicos más elevados (9%).¹

Existe la clasificación de parto pretérmino según la semana gestacional distribuido de la siguiente manera: prematuros extremos menor a 28 semanas que tiene incidencia de 5%, prematuros severos de 28 a 31 semanas con incidencia de 15%, prematuros moderados de 32 a 33 semanas que tiene una incidencia de 20% y prematuros tardíos de 34 y antes de 37 semanas, presentando mayor incidencia entre 60% y 70%.²

Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia en el 2011 la frecuencia de partos pretérmino a nivel mundial fue de 9,6% y en Argentina el 8,5%.³

En España, durante el 2015 la tasa de partos prematuros fue el 7.5%.⁴ Mientras que Puerto Rico, según el Boletín de Calificaciones sobre el Nacimiento Prematuro de March Of Dimes del 2016, la tasa de nacimientos prematuros se vio disminuida del 11.8% al 11.4% por otro lado en Estados Unidos la tasa general de nacimientos prematuros fue de 9.6%.⁵

En Chile durante el 2014 el parto pretérmino tuvo incidencia del 9% y fue la primera causa de morbimortalidad neonatal, excluida la de las malformaciones congénitas.⁶ El riesgo de morbilidad en recién nacidos prematuros es de 17%, también son atribuibles a la prematuridad el 75% de muertes perinatales y el 50% de las anomalías neurológicas.²

La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, algunos se desencadenan debido a la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas.¹

Gran porcentaje de mujeres empiezan su vida reproductiva con un aborto en su primer embarazo, presentándose con mayores tasas en las mujeres de 16 a 19 años, sin embargo, aún no está definido el efecto que puedan tener estos abortos en la siguiente gestación.⁷

Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Guttmacher entre el 2010 y el 2014 se produjeron 25 millones de abortos inseguros al año, (45% de todos los abortos), donde la mayoría de abortos inseguros se produjeron en países de África, Asia y América Latina, así también de todos los embarazos el 25% terminaron en aborto existiendo la tasa anual de aborto más alta en el Caribe, estimada en 59 por 1,000 mujeres en edad reproductiva, le siguió América del Sur en 48 por 1,000, mientras que las tasas más bajas ocurrieron en América del Norte, en 17 por 1,000 y en Europa Occidental y del Norte, en 16 y 18 por 1,000 mujeres respectivamente; en los países donde el aborto está prohibido o se permite solo para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, solo 1 de cada 4 abortos fue seguro.⁸⁻⁹ lo que indica que existe un gran porcentaje de mujeres que se exponen a abortos inseguros.¹⁰

El parto pretérmino a nivel nacional (Perú) según el boletín estadístico del Ministerio de salud (2015), el 6% de gestantes concluyeron su gestación en parto pretérmino, con una edad gestacional entre las 32 a 36 semanas mientras que el 1% lo hicieron entre las 27 a 31 semanas.¹¹

Durante el 2015 en el Instituto Nacional Materno Perinatal se registraron 16,617 nacimientos, de los cuales el 9.5% tuvieron un parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación). Mientras que en el 2016 se registraron 2,196 nacimientos pretérmino, el instituto en los últimos veinte años ha reducido la tasa de mortalidad neonatal precoz en 65%, sin embargo los prematuros de muy bajo peso al nacer así como los de extremo bajo peso al nacer, siguen siendo uno de los mayores retos por ser el grupo poblacional que más contribuye con la mortalidad neonatal.¹²⁻¹³

El parto pretérmino es un problema para la salud pública, ya que conlleva complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer,

síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas, mientras que a largo plazo puede dar parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición.¹⁴

De tal manera el parto pretérmino representa un problema en la práctica obstétrica actual, debido a que contribuye de manera importante en la morbilidad perinatal. Los neonatos prematuros tienen un riesgo elevado de mortalidad o desarrollar complicaciones, por otro lado su atención es compleja y de costo es elevado.¹⁵

En relación al aborto (Perú) Según el Ministerio de Salud en el año 2010 el aborto ocupó el segundo lugar como causa directa de muerte materna (9%), el 60% de embarazos fueron no deseados y de estos el 35% culminaron en abortos, calculándose la incidencia anual de 371,420 abortos realizados de manera clandestina, es decir son realizados en condiciones insalubres y por personal no calificado, siendo las mujeres de bajos recursos quienes recurren a estos servicios y tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones que las lleven a la muerte.¹⁶

El Hospital de San Juan de Lurigancho es una institución con nivel II-2 de mediana complejidad que brinda servicios de salud integral y especializada con eficiencia y oportunidad, atiende a una población total de 69, 143 pacientes al año de los cuales más de la mitad de su población es femenina con un promedio 43, 551 mujeres en sus distintas etapas de vida, donde la mayoría se encuentran en etapa reproductiva, en el departamento de Gineco Obstetricia solo durante el año 2017 se atendió 5,869 partos, así también se identificó que un gran número de pacientes que ingresaron a una atención del parto presentaban un aborto como antecedente, motivo por el cual se realiza la presente investigación donde se pretende determinar las características del aborto

en los partos pretérmino en mujeres atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho durante el 2013 al 2017.¹⁷

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

Espacial: la investigación se realizó en el Hospital de San Juan de Lurigancho ubicado al noreste de la Provincia de Lima, en el departamento de Lima, distrito de San Juan de Lurigancho; en la Av. Canto Grande S/N Alt. Pdros 11, en la denominada parte alta del distrito, con una altitud que varía entre 220 y 350 msnm.

El Hospital de San Juan de Lurigancho fue fundado el 22 de febrero de 1976 como establecimiento de salud y desde el 08 de julio del 2005 fue reconocido oficialmente como Hospital incrementándose su cobertura y capacidad resolutive, tiene un nivel de complejidad II-2 que brinda servicios de salud integral y especializada con eficiencia y oportunidad.

Temporal: esta investigación se elaboró en el año 2018

Social: la población que se investigó fueron los partos pre términos que tuvieron antecedente de aborto.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son las características del aborto en los partos pretermino de mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho 2013 - 2017?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Qué tipo de aborto son antecedentes del parto pre terminó?
- ¿Qué número de abortos son antecedentes para el parto pretérmino?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar las características del aborto en los partos pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho 2013 – 2017

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de aborto en los partos pretérmino.
- Conocer el número de abortos que son antecedentes en los partos pretérmino.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

Por ser un trabajo de tipo descriptivo, no presenta Hipótesis

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

- **Variable 1:**
Antecedente de Aborto
- **Variable 2:**
Parto Pretérmino

Operacionalización de variables

VARIABLES	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Variable 1: ANTECEDENTE DE ABORTO	Número de abortos	Un aborto
		Dos abortos
		Tres abortos a mas
	Tipo de aborto	Completo
		Incompleto
		Frustrado o retenido
		Séptico
Variable 2: PARTO PRETÉRMINO	Prematuridad	Prematuros extremos (22 a 27,6)
		Muy prematuros (28 a 31,6)
		Prematuros moderados (32 a 33,6)
		Prematuros tardíos (34 a 36,6)
	Vía de parto	Vaginal
		Abdominal

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Descriptivo porque describió los datos obtenidos de las historias clínicas e indago los valores que se manifestaron en las variables.

Retrospectivo porque la investigación se obtuvo de hechos pasados a través de los registros de las historias clínicas y el libro de registros de parto.

De corte transversal por que la unidad de muestra se tomó una sola vez.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo

1.6.3 Método: se utilizó el método cuantitativo

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población es de 401 historias clínicas de mujeres atendidas con diagnóstico de parto pretérmino.

Se tomó en cuenta la siguiente distribución:

AÑOS	PARTOS
2013	54
2014	58
2015	93
2016	86
2017	110
Total	401

Unidad de análisis

Las mujeres de parto pretérmino con antecedentes de aborto.

AÑOS	Partos pre término	Partos pre término con antecedente de aborto
2013	54	27
2014	58	31
2015	93	36
2016	86	43
2017	110	31
TOTAL	401	168

1.7.2 Muestra

No habido muestra, se estudió al 100% de los casos, por lo tanto se revisó 168 historias clínicas de mujeres atendidas con diagnóstico de parto pretérmino con antecedente de aborto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Historia Clínica completa
- Historia Clínica de paciente atendida con diagnóstico de parto pretérmino y que haya presentado antecedentes de aborto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Historia Clínica incompleta
- Embarazo múltiple
- Historia Clínica de paciente atendida con diagnóstico de parto pretérmino sin antecedente de aborto.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Revisión de historias clínicas, y revisión de libro de registro de partos de las mujeres sujetas de estudio, previamente se solicitó autorización al director del hospital de San Juan de Lurigancho a través de una carta de la directora de la escuela profesional de obstetricia

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue una Ficha de recolección de Datos elaborado por la investigadora con la siguiente estructura:

- I. Datos generales: de 06 ítems que incluyeron preguntas como edad materna, estado civil, grado de instrucción, ocupación, dirección actual y lugar de procedencia (nacimiento) de cada paciente que se atendió en el Hospital.

II. Antecedentes obstétricos: de 13 ítems tales como fórmula obstétrica, número de controles prenatales, antecedente de abortos, números de abortos, tipo de aborto, edad gestacional al momento del parto, fecha de parto, tipo de parto, clasificación del parto pretérmino, según edad gestacional y según evolución clínica, sexo de recién nacido, peso y Apgar de recién nacido.

El instrumento elaborado fue validado por tres jueces de expertos quienes dieron su conformidad escrita.

Los tres juicios de expertos estuvieron sometidos al proceso de validez el cual obtuvo un puntaje de 18, con validez perfecta.

Los datos obtenidos de las historias clínicas se agruparon en 5 áreas. La primera y segunda área hace mención respectiva a los datos generales y a los antecedentes obstétrico (mujeres con antecedentes de aborto). La tercera área corresponde a los antecedentes de aborto y todo lo relacionado al parto pretérmino de las mismas. La cuarta área hace referencia a los objetivos de estudio, al tipo de aborto en el parto pretérmino. Por último, en la quinta área se muestra cómo ha ido evolucionando en general los casos de partos pretérmino en el Hospital San Juan de Lurigancho, así como también los casos de partos pretérmino con algún antecedente de aborto.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo y el parto son procesos totalmente fisiológicos, sin embargo en determinadas condiciones y circunstancias se presentan mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna-perinatal, situaciones como el parto pretérmino que es producido entre la semana 22 hasta antes de las 37 semanas y constituye la causa más importante de morbimortalidad perinatal y neonatal, situación que preocupa realmente debido a que los nacidos antes del término de la gestación no llegan a un desarrollo adecuado y podrían nacer con problemas graves de salud, como

parálisis cerebral, complicaciones neurológicas, de visión o problemas de aprendizaje y respiratorias que pueden presentar los neonatos, el nacimiento prematuro es la causa principal de muertes de recién nacidos durante las primeras semanas de vida, existe una gran brecha de supervivencia para los recién nacidos prematuros dependiendo de dónde y en qué semana nacen, en su mayoría los recién nacidos extremadamente prematuros (<28 semanas) nacidos en países de ingresos bajos mueren dentro de los primeros días de vida a diferencia de los que nacen en países de altos ingresos, se ha demostrado que a menor edad ocurre el nacimiento mayor es el riesgo de muerte, también se ha identificado que diversos factores ocasionan el parto pretérmino, en el presente estudio se pretende determinar las características del parto pretérmino, de tal manera que tanto los profesionales y las gestantes, tomen las medidas preventivas para disminuir la incidencia de partos pretérminos y permita poner mayor énfasis en el ámbito preventivo-promocional, mediante la educación y orientación para mejorar el conocimiento y sus conductas durante la gestación desde el inicio del control prenatal, así mismo también servirá como referencia para la institución y para otros estudios orientados a abordar el tema relacionado al aborto y parto pretérmino.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

Antecedentes Nacionales

Flores Robles, Flor Del Rosario. Su trabajo realizado en Lima- Perú en el **Año: 2015- 2016.** Aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal diciembre 2015- mayo 2016 **Objetivo:** Determinar que el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Diciembre 2015 – Mayo 2016. **Material y Métodos:** Diseño: Observacional, Analítico de casos y controles, las participantes que se incluyeron en el estudio fueron 428 gestantes las cuales se clasificaron en el grupo casos (214 gestantes con amenaza de parto pretérmino) y grupo control (214 gestantes sin amenaza de parto pretérmino). Para describir las variables se utilizó frecuencias absolutas relativas y medidas de tendencia central y dispersión. Para medir el riesgo, primero se utilizó la prueba de chi-cuadrado con una significancia del 5% y luego se calculó el Odds Ratio (OR) a un intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** La edad media de las gestantes con y sin amenaza fue

similar 27 y 25 años respectivamente: en ambos grupo 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 aborto previos no se encontró significancia. **Conclusiones:** El aborto previo es un factor de riesgo de la amenaza de parto pretérmino aumentando 2,21 el riesgo y tener dos abortos 4, 425 veces más el riesgo, tener más de dos aborto no se encontró significancia.⁷

García Calvo, Bethzabe Claudia. Su trabajo realizado en Perú -Lima en el **Año:** 2015 **Objetivo:** Determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del 2015. **Material y Métodos:** Estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, cuyo tamaño muestral estuvo conformado en dos grupos: El grupo casos, conformado por 30 puérperas de parto pretérmino y el grupo control, conformado por 30 puérperas de parto a término; este último grupo se obtuvo mediante la técnica de pareamiento en relación 1:1 con el grupo casos. El grado de asociación se determinó mediante la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo con un valor $p < 0.05$ y se calculó el OR para determinar si el factor representa un riesgo. **Resultados:** La edad de 20 a 35 años se asoció ($p=0.006$) con el parto pretérmino ($OR=0.2$) como un factor protector, mientras que el grupo etáreo de 19 años a menos se comporta como un factor de riesgo ($p=0.048$; $OR=3.86$). En lo que respecta al número de abortos, no se observó asociación entre el

número de abortos y el parto pretérmino ($p>0.05$), sin embargo el no tener abortos se asoció al parto pretérmino ($p=0.038$) como factor protector ($OR= 0.20$). **Conclusión:** La edad materna menor o igual a 19 años se presentó como un factor de riesgo para parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”, mientras que la edad materna de 20 a 35 años y no tener antecedente de abortos se presentaron como factores protectores para parto pretérmino.¹⁸

Orneta Meza, Glenni Lorena, su trabajo realizado en Perú- Huánuco en el **Año:** 2017. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016 **Material y métodos:** Observacional, retrospectiva, longitudinal y analítico. Con diseño caso y control. **Resultados:** El 51.4% de los casos (parto pretérmino) proceden de zonas urbanas y un 48.5% proceden de zonas rurales. Mientras que el 65.7% de los controles (parto a término) proceden de zonas urbanas y un 34.2% de zonas rurales. Se evidencia que el mayor porcentaje fue representado por las gestantes convivientes en un 51.4% de los casos (parto pretérmino), mientras que el 68.5% de los controles (parto a término) también fueron convivientes. El grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes con un grado de instrucción secundaria con un 48.5%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidenció que el grado de instrucción secundaria tuvo la mayor proporción con un 65.7%. **Conclusiones:** En relación a los Factores de riesgo Maternos se pudo evidenciar que el antecedente de un aborto previo, la Infección del tracto urinario, Pre eclampsia y la Anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. En relación a los Factores de riesgo Ovulares se evidencio que la ruptura prematura de membrana y la placenta previa son factores de riesgo para el parto pretérmino.¹⁹

Antecedentes internacionales

Retureta Milán, Silvia Estelbina; Rojas Álvarez, Lainys María; Retureta Milán, Marta Estelbina. Con el trabajo realizado en Cuba en el **Año:** 2015 **Objetivo:** identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila. **Material y Métodos:** estudio analítico del tipo casos y controles, realizado en el municipio Ciego de Ávila, para analizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el período 2009-2012. Las variables a estudiar fueron: edad materna y factores de riesgo de parto prematuro. La estimación puntual de la asociación se realizó a través de la razón de productos cruzados, Odds ratio. Además se aplicó la prueba de interdependencia Chi cuadrado, considerando que la asociación fue significativa cuando $p < 0,05$. **Resultados:** los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150cm, las ganancias de peso baja o alta durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero. **Conclusión:** la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos.²⁰

Hardy, Ghislain M D, Alice Benjamin MD, Haim A, Abenhaim MD, el trabajo realizado en Canadá en el **AÑO:** 2013 **Objetivo:** Examinar la asociación entre los abortos inducidos previos y la prematuridad y explorar posibles mecanismos para una relación, incluidas las pérdidas e infecciones del embarazo en el segundo trimestre. **Material y métodos:** Realizamos una revisión retrospectiva de los registros de todas las mujeres que dieron a luz entre abril de 2001 y marzo de 2006 utilizando datos de la base de datos obstétrica y neonatal de McGill. La exposición

se categorizó como no haber tenido abortos inducidos previamente, un aborto inducido previo, o dos o más abortos inducidos previamente. Nuestro resultado primario fue la edad gestacional en el momento del parto, categorizado como <24 semanas, <26 semanas, <28 semanas, <32 semanas y <37 semanas. Los resultados secundarios fueron fiebre intraparto, ingreso a la UCIN y uso de tocólisis. **Resultados:** Un total de 17 916 mujeres se incluyeron en el estudio. De estos 2276 (13%) se habían sometido a un aborto inducido previo, y 862 (5%) se habían sometido a dos o más abortos inducidos previamente. Las mujeres con un aborto inducido previo eran más propensas a ser fumadoras y consumir alcohol, y tenían menos probabilidades de estar casadas. Las mujeres que informaron un aborto inducido previo tenían más probabilidades de tener partos prematuros a las 32, 28 y 26 semanas; los odds -ratios ajustados fueron 1,45 (IC del 95%: 1,11 a 1,90), 1,71 (IC del 95%: 1,21 a 2,42) y 2,17 (IC del 95%: 1,41 a 3,35), respectivamente. Esta asociación fue más fuerte para las mujeres con dos o más abortos inducidos previos. El aborto inducido previo se asoció con un mayor requerimiento de tocólisis en embarazos posteriores, pero no hubo asociación entre los abortos inducidos previos y la admisión en la UCIN, la fiebre intraparto y la ruptura prematura de membranas. **Conclusión:** Nuestro estudio mostró un aumento significativo en el riesgo de parto prematuro en mujeres con antecedentes de aborto inducido previo. Esta asociación fue más fuerte con la disminución de la edad gestacional.²¹

Couto Núñez, Dayana; Nápoles Méndez C. Danilo y Montes Pedro, su trabajo realizado en Cuba en el **AÑO:** 2013 Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales **Objetivo:** determinar su incidencia, las principales causas que lo ocasionan, así como la morbilidad y mortalidad neonatales que genera la prematuridad en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba 2013 **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal de todos los nacimientos pretérmino que tuvieron lugar

durante el 2013 Fue clasificada según edad gestacional, evolución clínica, principales causas y complicaciones, **Resultados:** predominó en la categoría de leve (67,2 %), mientras que 41,0 % se produjo de forma espontánea. La enfermedad hipertensiva constituyó la principal causa de su ocurrencia, seguida del síndrome de respuesta inflamatoria fetal. **Conclusiones:** La mortalidad predominó en 63,6 % de los neonatos con prematuridad moderada en la serie. La prematuridad constituye un problema de salud, a pesar de los avances conseguidos, tanto científicos como en la práctica clínica.²²

2.1.2 BASES TEÓRICAS

2.1.2.1 PARTO PRETÉRMINO

Se denomina parto prematuro o parto de pre término al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

Parto inmaduro: Es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas.

En neonatología; algunos denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es menor a 32 y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas.²³

La guía práctica clínica de Procedimientos en Obstetricia y perinatología del Instituto Materno Perinatal – Perú. Denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días).²⁴

CLASIFICACIÓN DE PARTO PRETÉRMINO.

Según evolución Clínica:

- Pretérmino espontaneo o Idiopático.
- Pretérmino por rotura prematura de membranas.
- Pretérmino por intervención médica.²²

Según peso al nacer:

- Recién nacidos de muy bajo peso de nacimientos: (RNMBPN) menor a 1.500 g.
- Recién nacidos de extremo bajo peso de nacimiento (RNExtr. BPN) o prematuros extremos: menor a 1.000 g o menos de 28 semanas.
- Recién nacidos micronatos o neonatos fetales entre 500 g y 750 g.

Según edad gestacional al nacer

- **Pretérminos menor de 32 semanas**
 - Prematuros extremos: de 22 a 27,6 semanas.
 - Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
- **Pretérminos mayor o igual a 32 semanas**
 - Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.
 - Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas.²⁵

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO.

Presencia de dinámica uterina que origina borramiento del cérvix mayor al 50 % y una dilatación de 2 cm. o más 2 cm.

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico se presenta con percepción de contracciones uterinas, dolor en hipogastrio y región lumbar, flujo sanguinolento por vagina, sensación de presión en pelvis constante o rítmica y modificación del cuello uterino.²⁴

ETIOLOGÍA: La etiología es multifactorial asociado a las siguientes causas:

- Infección intraamniótica
- Isquemia útero-placentarias
- Malformaciones fetales
- Sobre distensión uterina
- Factores inmunológicos
- Stress

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES

Las causas más importantes de morbilidad perinatal excluida las malformaciones congénitas son responsables:

- 75% de muertes perinatales
- 50% de anomalías neurológicas.²⁴

CAUSAS DEL PARTO PREMATURO

Se conoce que la amenaza del parto pretérmino puede tener un origen multifactorial, sin embargo, tradicionalmente sus posibles causas se han seleccionado en tres grandes grupos:

- **Iatrogénico:** por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.
- **Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM):** se define como la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas al menos dos horas antes del trabajo de parto. Si ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino.
- **Idiopático o espontáneo:** sin causa aparente o conocida, es una condición causada por factores, que podrán intervenir en forma individual o asociados, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y la dilatación cervical iniciadas antes de las 37 semanas de gestación.¹⁴⁻²⁵

En Estados Unidos hay cuatro causas directas principales de los partos prematuros.

- a. El parto por indicaciones maternas o fetales en las cuales se induce el trabajo de parto o el lactante nace mediante cesáreas antes del trabajo de parto.
- b. Trabajo de parto prematuro espontáneo inexplicable con membranas intactas.
- c. Rotura prematura de membranas a pretérmino idiopáticas.
- d. Partos gemelares y múltiples.

Las causas de parto prematuro tienen antecedentes múltiples, que a menudo interactúan entre sí, esta complejidad ha complicado sobremanera los esfuerzos por prevenirlo y tratarlo. Esto ocurre sobre todo en el caso de rotura prematura de membranas y del trabajo de parto prematuro espontáneo, que en conjunto originan 70 a 80% de los partos prematuros.²⁶

Según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérminos secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria adrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidual.
- d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.¹⁴

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO

a) Maternos

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad menor de 15 o mayor de 40 años
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Peso pregravídico menor de 40 Kg
- Menor de 4 controles prenatales
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Analfabetismo
- Narcoadicción
- Infección:
 - Cervicovaginal (vaginosis bacteriana)
 - Intraamniótica (con membranas ovulares íntegras)
 - Urinaria (pielonefritis)
 - ETS
 - TORCH
 - Hepatitis
- Anomalías uterocervicales:

- Incompetencia cervical
- Malformaciones uterinas
- Miomatosis uterina
- Patologías que producen hipoxia:
 - Cardiopatías
 - Asma
 - Alteraciones hematológicas
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo
 - Anemia
- Antecedente de aborto o de partos prematuros
- Cirugía abdominal previa durante el embarazo.
- Conización
- RPM y Corioamnionitis
- Traumatismos
- El esfuerzo físico y el estrés psíquico
- Prematurez iatrogénica por inducción o cesárea anticipada

b) Fetales

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- RCIU
- Óbito fetal

c) Líquido amniótico

- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Infecciones intercurrentes

d) Placentarios

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro
- Placenta circunvalada
- Inserción marginal del cordón umbilical.²⁴

TIPO DE PARTO

VAGINAL: Es aquel nacimiento por vía vaginal, puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termine por vía vaginal.²⁷

CESAREA: Es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones maternos-fetales.

- **Cesárea Electiva:** Indicación determinada durante el control prenatal, y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones.
- **Cesárea de Emergencia:** Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.²⁴

2.1.2.2 ABORTO

Es la Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gr o 25 cm de longitud.²⁴

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia define al aborto como la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable (por ejemplo, huevos no embrionados, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.²⁸

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

SEGÚN EL TIEMPO DE GESTACION:

a) **Aborto temprano:** Edad gestacional menor a 9 semanas.

b) **Aborto tardío:** Edad gestacional mayor de 9 semanas.²⁴

FORMA DE PRESENTACION DEL ABORTO:

Aborto Espontaneo: Se refiere a la interrupción natural del embarazo, sin mediar ningún procedimiento para su desencadenamiento, y que habitualmente es el producto de alguna alteración genética que lleva a la pérdida precoz de la gestación.²⁹

- **Causas:** Genéticas, factores anatómicos, problemas endocrinológicos, problemas hematológicos, causas inmunológicas y las Infecciones.³⁰

Aborto inducido: Es la interrupción de un embarazo, que puede ser legal, terapéutico y clandestino, en este caso, puede ser un aborto inducido en condiciones seguras o inseguras. Según la Organización Mundial de la Salud (1992), un aborto inseguro es “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente que carece de un estar médico mínimo o ambos.”³⁰

- **Aborto Terapéutico:** Es la interrupción del embarazo hasta las 22 semanas con el consentimiento de la mujer cuando es el único medio para salvar su vida o para evitar en su salud un mal grave y permanente.²⁴

SINTOMATOLOGIA Y FORMAS CLINICAS DEL ABORTO ESPONTANEO

a) **Amenaza de aborto:** Presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas más o menos dolorosas en una gestación intrauterina, antes de las 22 semanas, y sin presencia de modificaciones cervicales.

b) Aborto en curso: El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor, al examen ginecológico: orificio cervical interno permeable, membranas integra.

c) Aborto inevitable: La actividad uterina aumenta, rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, los cambios cervicales son mayores con borramiento de cuello uterino y dilatación.²⁴ Hay aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, el cuello uterino se encuentra dilatado y las membranas amnióticas se hallan rotas, su manejo requiere hospitalización y, dependiendo del protocolo hospitalario, se puede iniciar la evacuación uterina.³⁰

d) Aborto retenido – Frustrado: el embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en el útero sin expulsión de restos ovulares el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico. Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto Frustrado.²⁴

Su manejo debe ser hospitalario y solicitar ecografía y hacer la evacuación uterina mediante aspiración manual endouterina o legrado uterino, de acuerdo a la edad gestacional.³⁰

e) Aborto incompleto: expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblasticos, con sangrado.²⁴

Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada, el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios y la hemorragia es profusa y persistente.²³

Su manejo consiste en la evacuación uterina mediante aspiración manual endouterina, si es un aborto hasta de 12 semanas, o mediante el legrado uterino para abortos mayores de 12 semanas;

en el primer caso, puede realizarse el manejo ambulatorio, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.³⁰

f) Aborto completo: Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares.²⁴

En este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero. Luego de un acmé dolorosa y hemorrágica, todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a presentar su forma normal.²³

Aborto séptico: complicación infecciosa grave del aborto, que puede evolucionar a un cuadro de sepsis, shock séptico y síndrome de disfunción orgánica múltiple.²⁴ La manifestación más frecuente de infección después de un aborto es la endometritis, pero también puede haber parametritis, peritonitis, septicemia e incluso endocarditis. El tratamiento de la infección comprende la administración inmediata de antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa seguida de evacuación uterina.²⁶ La infección postaborto es un proceso ascendente y sus principales causas son:

- Presencia de cervicovaginitis.
- Retención de restos del producto de la concepción, que se sobre infectan.
- Mala técnica aséptica, produciendo infección al practicar la instrumentación.
- Utilización de elementos contaminados o sustancias tóxicas para interrumpir la gestación.
- Traumatismo durante el procedimiento operatorio, con perforación del útero y/o de otras estructuras.³⁰

Aborto Recurrente: también se denomina aborto espontaneo recurrente y aborto habitual. Se define por tradición como la presencia de tres o más abortos consecutivos a las 20 semanas o menos de gestación o con un

peso fetal menos de 500 gr. En la mayoría de las mujeres con abortos recurrentes, existe muerte embrionaria o fetal y muy pocos abortos suceden después de las 14 semanas.²⁶

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO

a) Factores fetales o cromosómicos: Principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto.

- **Aborto Euploide:** los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos. La edad materna avanzada aumenta la incidencia que pueden ser causados por mutación aislada o factor poligénico, varios factores maternos y posiblemente por algunos paternos.

b) Factores maternos:

- Infecciones: causadas por *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. TORCH.
- Enfermedades crónicas: Tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y autoinmunes.
- Endocrinas: Hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico.
- Nutrición: Desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo.
- Alteraciones uterinas: leiomiomas, sinequias.
- Insuficiencia cervical.
- Traumáticos.

c) Factores inmunológicos

d) Factores Ambientales

- El tabaquismo y el alcoholismo se consideran embriotoxinas.
- Radiación.

e) Factores paternos: genéticos

- Alteraciones genéticas.²⁴

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Aborto: Es la Interrupción espontanea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gr o 25 cm de longitud.²⁴

Parto: expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos. Cadena de procesos fisiológicos progresivos que se presentan después de las 22 semanas de gestación y que culmina con la expulsión fuera del útero del producto de la concepción y sus anexos.²⁴

Parto Pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días).²⁴

Factor de riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.⁷

Edad gestacional: Es el tiempo de duracion de la gestacion; se mide a partir del primer dia del ultimo periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el calculo, o hasta el nacimiento la edad gestacional se expresa en días o semanas completas.²⁷⁻³¹

Parto vaginal: es aquel nacimiento por vía vaginal, puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termine por vía vaginal.

Parto abdominal: es aquel nacimiento por intervención quirúrgica, cesárea.²⁷

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE
RESULTADOS

3.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

1. DATOS GENERALES

Tabla N° 1

		n	%
Edad (años)	Menor a 19	15	8.9
	20 a 30	83	49.4
	31 a 40	63	37.5
	41 a más	7	4.2
Total		168	100.0
Estado civil	Soltera	21	12.5
	Casada	12	7.1
	Conviviente	133	79.2
	Divorciada	2	1.2
Total		168	100.0
Grado de instrucción	Primaria completa	10	6.0
	Primaria incompleta	12	7.1
	Secundaria completa	87	51.8
	Secundaria incompleta	42	25.0
	Superior técnico completo	12	7.1
	Superior técnico incompleto	2	1.2
	Universitario completo	2	1.2
	Universitario incompleto	1	0.6
Total		168	100.0
Ocupación	Ama de casa	143	85.1
	Estudiante	3	1.8
	Trabajadora dependiente	8	4.8
	Trabajadora independiente	14	8.3
Total		168	100.0
Lugar de procedencia	Provincia	69	41.1
	Lima	99	58.9
Total		168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

El 49.4% (83) de las mujeres tenía una edad entre 20 y 30 años, el 37.5% (63) de 31 a 40 años, el 79.2% (133) convivía con su pareja, mientras que el 12.5% (21) se encontraba aun soltera. En cuanto a grado de instrucción solo el 51.8% (87) culminó la secundaria, en tanto a la ocupación el 85.1% (143) de las mujeres eran amas de casa, de acuerdo al lugar de procedencia, el 58.9% (99) era de Lima y el 41.1% (69) de Provincia.

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tabla N° 2

		n	%
Número de gestaciones	Dos	36	21.4
	Tres	51	30.4
	Cuatro a más	81	48.2
Total		168	100.0
Número de nacidos a término	Uno	95	56.5
	Dos	31	18.5
	Tres	27	16.1
	Cuatro a más	15	8.9
Total		168	100.0
Número de nacidos pretérmino	Uno	166	98.8
	Dos	1	0.6
	Tres a más	1	0.6
Total		168	100.0
Número de hijos vivos	Uno	50	29.7
	Dos	45	26.8
	Tres	29	17.3
	Cuatro a más	44	26.2
Total		168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Según la formula obstétrica se presentan lo siguiente:

Según el número de gestación el 48.2% (81) de las mujeres tenía como antecedente cuatro a más gestaciones; en cuanto al número de nacidos a término el 56.5% (95), tienen un recién nacido a término; el 98.8%, (166) un recién nacido pretérmino (último parto y tema de estudio) y para el número de hijos vivos el 29.7% (50) tenía solo un hijo vivo, el 26.5% (45), dos hijos vivos.

**Controles prenatales en mujeres con antecedente de aborto
atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2013 - 2017.**

Tabla N° 3.

	n	%
Sin CPN	38	22.6
1 a 3	30	17.9
4 a 6	67	39.9
7 a más	33	19.6
Total	168	100.0

Interpretación:

Con respecto al número de controles de prenatales, el 39.9% (67) tuvo entre 4 y 6 atenciones, el 22.6% (38) no recibió ninguna atención, el 19.6% (33) completó 6 controles a más y el 17.9% (30) solo tuvo de 1 a 3 controles prenatales.

3. ANTECEDENTES DE ABORTO Y PARTO PRETÉRMINO

Características en relación al número y tipo de aborto.

Tabla N° 4

		n	%
Número de abortos	Uno	139	82.7
	Dos	26	15.5
	Tres	3	1.8
Total		168	100.0
Tipo de aborto	Frustrado o retenido	2	1.2
	Incompleto	28	16.6
	Completo	7	4.2
	Séptico	1	0.6
	No especifica*	130	77.4
	Total		168

Fuente: Ficha de recolección de datos

* No se encuentra el dato en la Historia clínica

Interpretación:

El 82.7% (139) de los casos tenían como antecedente un aborto; el 15.5%, (26) dos abortos y el 1.8% (3) tres abortos. Respecto al tipo de aborto, el 16.6% (28) tuvo un aborto incompleto; el 4.2% (7) un aborto completo; el 1.2% (2) un aborto frustrado; el 0.6% (1) un aborto séptico y el 77.4% (130) no especificó este tipo de antecedente.

Características del parto pretérmino.

Tabla N° 5

		n	%
Edad gestacional al momento del parto (semanas completas)	Menor a 28 semanas	15	8.9
	28 a 31 semanas	12	7.1
	32 a 33 semanas	9	5.4
	34 a 36 semanas	132	78.6
Total		168	100.0
Tipo de parto pretérmino	Parto por vía vaginal	111	66.1
	Parto por vía abdominal	57	33.9
Total		168	100.0
Clasificación del parto pretérmino según edad gestacional	Prematuros extremos	15	8.9
	Muy prematuros	12	7.1
	Prematuros moderados	9	5.4
	Prematuros tardíos	132	78.6
Total		168	100.0
Clasificación del parto pretérmino según evolución clínica	Pretérmino idiopático o espontáneo	93	55.4
	Pretérmino por rotura de membranas	14	8.3
	Pretérmino por intervención médica	61	36.3
Total		168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

El 78.6% (132) de las participantes tenía una edad gestacional entre 34 y 36 semanas completas al momento del parto, teniendo como producto a un recién nacido prematuro tardío. En cuanto al tipo de parto, el 66.1% (111) fue por vía vaginal y el 33.9% (57) por vía abdominal. Según la evolución clínica, el 55.4% (93) tuvo un parto pretérmino espontáneo; el 36.3% (61) un parto pretérmino por intervención médica y solo en el 8.3% (14) el parto pretérmino fue desencadenado por la rotura de membranas.

Características de los recién nacidos pretérmino.

Tabla N° 6

		n	%
Sexo	Femenino	88	52.4
	Masculino	80	47.6
Total		168	100.0
Peso	Bajo peso extremo	17	10.1
	Muy bajo peso	4	2.4
	Bajo peso	46	27.4
	Normo peso	101	60.1
Total		168	100.0
Apgar al minuto	0 a 3	29	17.3
	4 a 6	11	6.5
	7 a 10	128	76.2
Total		168	100.0
Apgar a los 5 minutos	0 a 3	22	13.1
	4 a 6	4	2.4
	7 a 10	142	84.5
Total		168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

El 52.4% (88) de los recién nacidos fueron de sexo femenino y el 47.6% (80) de sexo masculino; en relación al peso el 60.1% (101) tuvo un peso normal, mientras el 27.4% (46) un bajo peso, el 10.1% (17) bajo peso extremo. Correspondiente al Apgar el 76.2% (128) y el 84.5% (142) presentó una puntuación Apgar de 7 a 10 al minuto y a los 5 minutos de nacido respectivamente, mientras que el 17.3% (29) y 13.1% (22) presentó un puntaje de 0 a 3 de Apgar al minuto y a los 5 minutos respectivamente solo el 6.5% (11) y 2.4% (4) presento de 4 a 6 puntos al minuto y a los 5 minutos respectivamente.

4. TIPO DE ABORTO Y PARTO PRETÉRMINO

Tipo de aborto como factor de riesgo para el parto pretérmino. Hospital San Juan de Lurigancho, 2013 – 2017

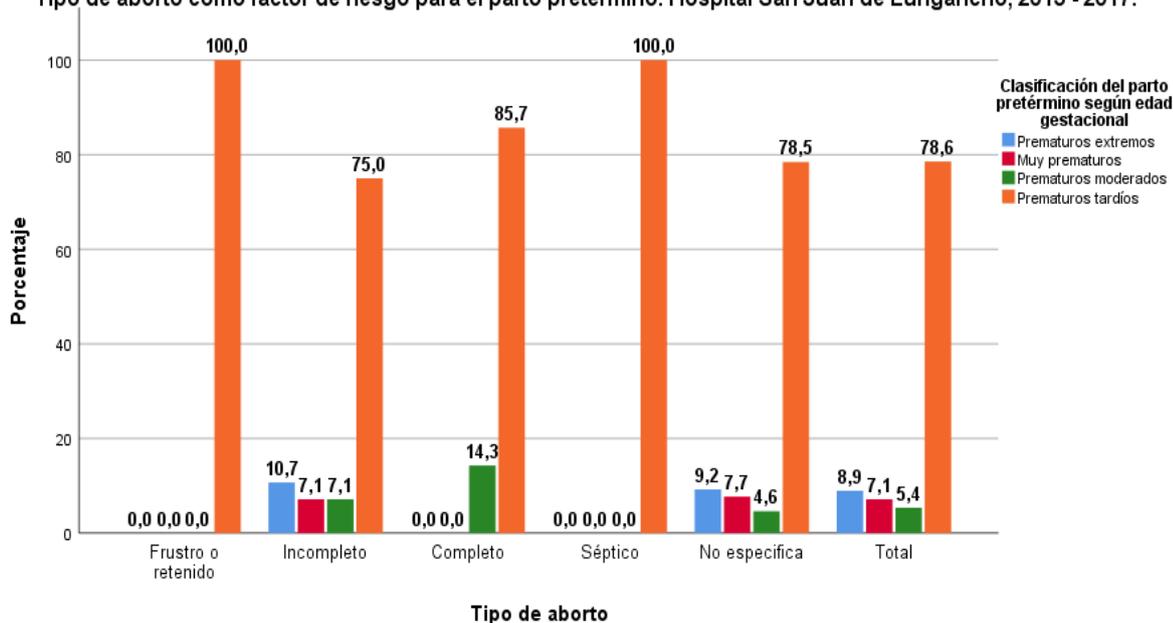
Tabla N° 7

	Tipo de aborto										Total	
	Frustrado o retenido		Incompleto		Completo		Séptico		No especifica		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Prematuros extremos (Menor a 28 semanas)	0	0.0	3	10.7	0	0.0	0	0.0	12	9.2	15	8.9
Muy prematuros (28 a 31 semanas)	0	0.0	2	7.1	0	0.0	0	0.0	10	7.7	12	7.1
Prematuros moderados (32 a 33 semanas)	0	0.0	2	7.1	1	14.3	0	0.0	6	4.6	9	5.4
Prematuros tardíos (34 a 36 semanas)	2	100.0	21	75.0	6	85.7	1	100.0	102	78.5	132	78.6
Total	2	100.0	28	100.0	7	100.0	1	100.0	130	100.0	168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N° 1

Tipo de aborto como factor de riesgo para el parto pretérmino. Hospital San Juan de Lurigancho, 2013 - 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

El 100% (2), (1) de mujeres con antecedente de aborto frustrado y séptico tuvieron un parto prematuro tardío, al igual que el 75% (21), 85.7% (6) y 78.5% (102) de mujeres que sufrieron un aborto incompleto, completo y no especificado, respectivamente. Solo en el 10.7% (3) de mujeres con antecedente de aborto incompleto, el parto fue prematuro extremo, el 10.7% (3) fue prematuro extremo, el 7,1% (2) fueron muy prematuros y prematuros moderados. En los casos de aborto completo, el 14.3% (1) el parto fue prematuro moderado; para el aborto no especificado el 9.2% (12) fueron prematuros extremos, el 7.7% (10) fueron muy prematuros y el 4.6% (6) nacieron siendo prematuros moderados. (Tabla N° 7, Gráfico N° 1).

Edad gestacional al momento del parto y peso del recién nacido. Hospital San Juan de Lurigancho, 2013-2017.

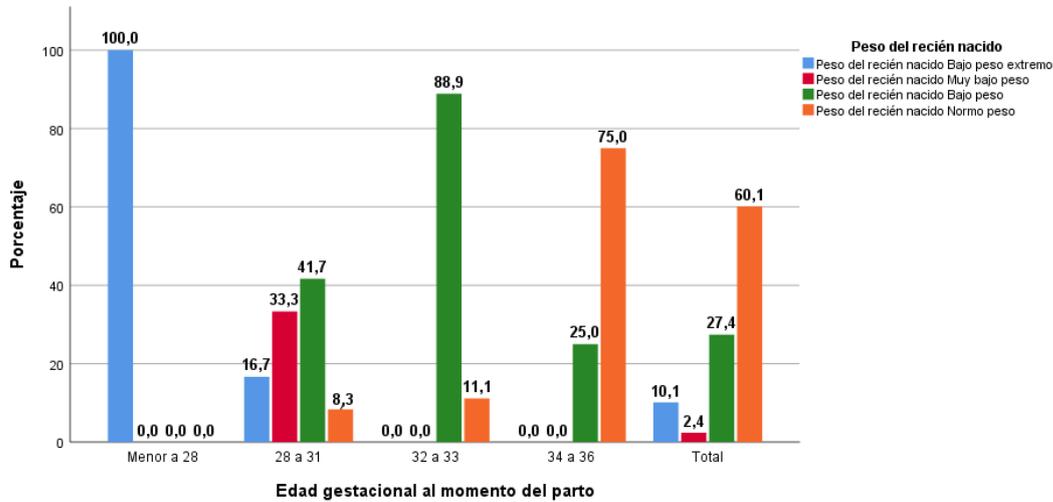
Tabla N° 8

		Edad gestacional al momento del parto (semanas completas)								Total	
		Menor a 28		28 a 31		32 a 33		34 a 36			
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
	Bajo peso extremo	15	100.0	2	16.7	0	0.0	0	0.0	17	10.1
Peso del recién nacido	Muy bajo peso	0	0.0	4	33.3	0	0.0	0	0.0	4	2.4
	Bajo peso	0	0.0	5	41.7	8	88.9	33	25.0	46	27.4
	Normo peso	0	0.0	1	8.3	1	11.1	99	75.0	101	60.1
Total		15	100.0	12	100.0	9	100.0	132	100.0	168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 2

Edad gestacional al momento del parto y peso del recién nacido. Hospital San Juan de Lurigancho, 2013-2017.

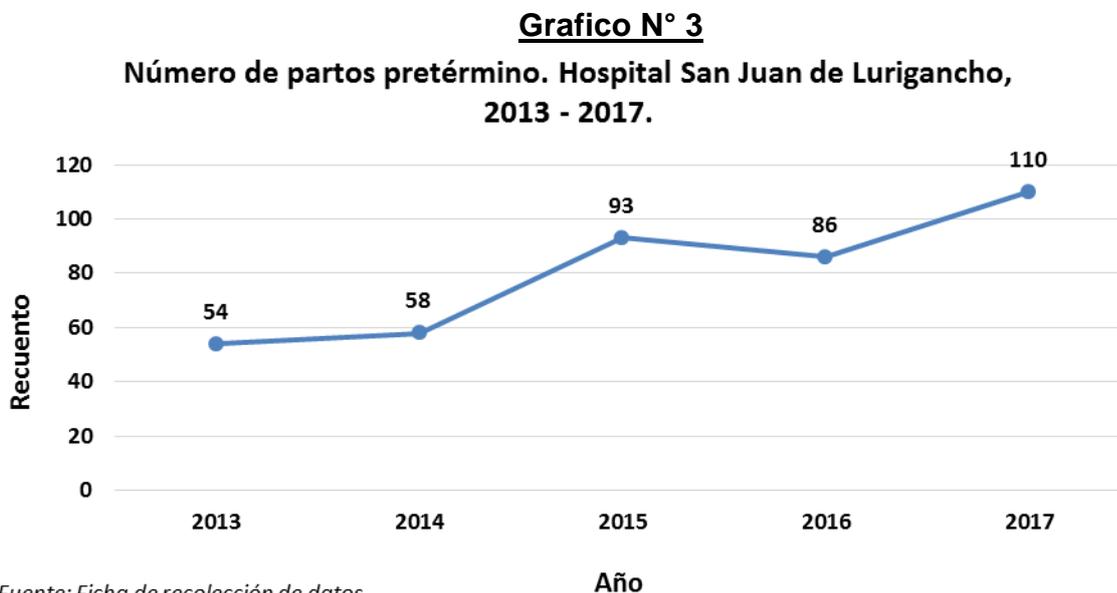


Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

El 100% (15) de las mujeres con una edad gestacional menor a 28 semanas al momento del parto, tuvieron un recién nacido con bajo peso extremo. De las que presentaron una edad gestacional entre 28 a 31 semanas, el 41.7% (5) tuvieron un recién nacido con bajo peso, el 33.3% (4) a un recién nacido con muy bajo peso y el 16.7% (2) tuvieron un recién nacido con bajo peso extremo. Las pacientes que tuvieron entre 32 a 33 semanas, el 88.9% (8) tuvieron un recién nacido con bajo peso, mientras que el 11,1% (1) a un recién nacido con peso normal. En las mujeres con edad gestacional entre 34 a 36 semanas, el 75% (99) de los recién nacidos presentaron un peso normal y el 25% (33) presentaron un bajo peso. (Tabla N° 8, Gráfico N° 2)

5. REGISTRO DE CASOS DE PARTO PRETÉRMINO



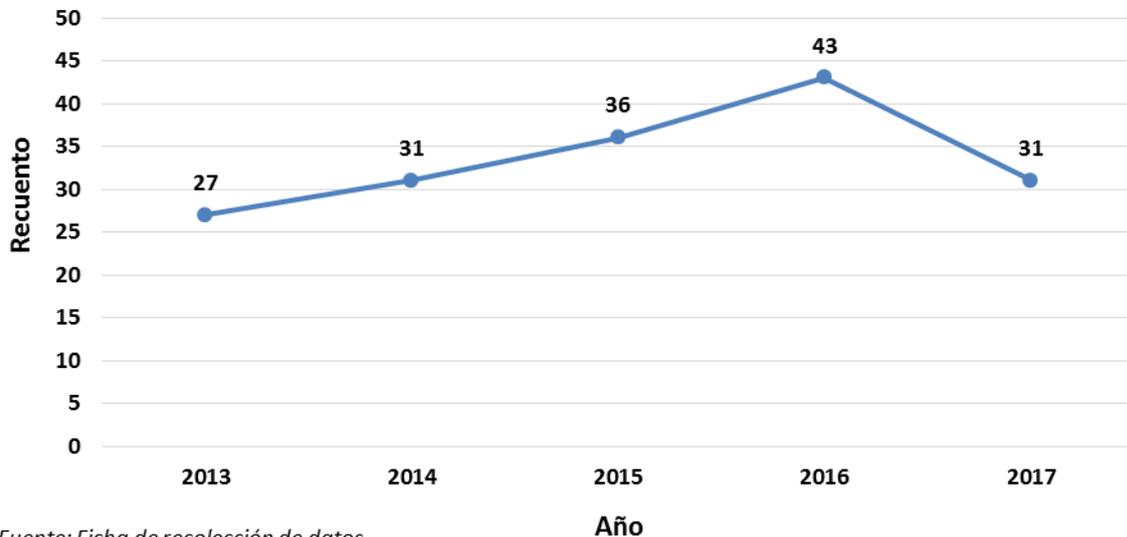
Interpretación:

Durante los años 2013 al 2017, se evidencia un incremento en el número de partos pretérmino en el Hospital San Juan de Lurigancho, presentando 54 casos para el año 2013, 58 en el año 2014, y un incremento significativo en el 2015 con 93 casos, y disminuyo en el año 2016 presentando 86 para luego volver a incrementar con 110 casos para el año 2017.

Presentando un total de 401 casos de partos pretérminos durante los 5 años.

Grafico N°4

Número de partos pretérmino con antecedente de aborto. Hospital San Juan de Lurigancho, 2013 - 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

De la misma manera, se evidencia un ligero incremento en el número de partos pretérmino con antecedente de aborto en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo 2013 al 2016, registrándose 27 casos en el año 2013, 31 en el año 2014, 36 casos en el año 2015 y 43 casos en el año 2016, mientras que para el 2017, los casos presentados descendieron a 31.

3.2 INTERPRETACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Una de las complicaciones muy frecuentes en nuestro medio es el parto pretérmino, esta complicación es originada por distintos factores que incurren entre los cuales tenemos el antecedente de aborto el cual se tuvo en cuenta para la investigación que se llevó a cabo en el Hospital de San Juan de Lurigancho

En el presente estudio se tomó una población de 401 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de parto pretérmino durante el periodo del 2013 al 2017 del cual existió 168 casos de parto pretérmino con antecedente de aborto las cuales fueron estudio para el presente trabajo.

Entre los datos generales, se evidencio que las edades en las que tuvo mayor incidencia el parto pretérmino fue entre 20 y 30 años, con un 49.4% (83) le siguió el grupo de edad de 31 a 40 años que tuvo un 37.5% (63) mientras que en el grupo de adolescentes (menor o igual a 19 años) solo se encontró el 8,9%,(15) a diferencia de los resultados de García Calvo, Bethzabe Claudia con su estudio “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente Madre-Niño San Bartolomé durante enero a febrero del año 2015 donde encontró la mayoría de pacientes con edad materna de 20 a 35 años con un 50.0%, tuvieron un parto pretérmino y en segundo lugar las del grupo etáreo menor o igual a 19 años 30,0% comportándose este último como factor de riesgo siendo el Odds ratio 3.86 veces.

En cuanto al estado civil ocupó el mayor porcentaje el ser conviviente con 79.2% (133) mientras que el 12.5% (21) aún se encontraba soltera. Similar a la investigación de Ornetta Meza Glenny Lorena que estudió los “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María del periodo de enero a diciembre del 2016” donde evidencio mayor porcentaje de partos pretérmino en las gestantes convivientes en un 51.4% de los casos. También es similar a los resultados de Flores Robles, Flor del Rosario, en tu estudio titulado El aborto previo como factor de riesgo para la

amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015 a mayo 2016. que encontró que el 73.83% eran convivientes.

En relación al grado de instrucción el 51.8% (87) culminó la secundaria, mientras que el 25.0% (42) no termino la secundaria, resultados similares a los resultados de Ornetá Meza Glenny Lorena en su estudio “factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María del periodo de enero a diciembre del 2016” donde el grado de instrucción secundaria con un 48,5% sin embargo no reporta si las pacientes culminaron o no la secundaria. En tanto al ítem de ocupación representa que el 85.1% (143) de las mujeres eran amas de casa, similar al estudio de Flores Robles, Flor del Rosario, en tu estudio titulado, El aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015 a mayo 2016. Donde encontró el 79,91% eran amas de casa y de acuerdo al lugar de procedencia, el 58.9% (99) era de Lima y el 41.1% (69) provenía de Provincia.

Según los antecedentes obstétricos basándonos en la formula obstétrica se evidencia que el total de la población de estudio tenía como historial de 2 a más gestaciones, encontrando el mayor porcentaje con el 48.2% (81) de las mujeres que había tenido cuatro a más gestaciones; referente a los partos, el 56.5% (95) tuvo un parto a término en sus gestaciones anteriores; el 98.8% (166) un parto pretérmino siendo este el último parto y el motivo de estudio, en cuanto al número de hijos vivos, el 29.7% (50) tenía vivo un hijo y el 26.8% (45) dos hijos estaban vivos.

Referente al número de controles prenatales de la última gestación que culmino en parto pretérmino se evidencio, el 39.9% (67) recibieron entre 4 y 6 atenciones, mientras que el 22.6% (38) no recibió ninguna atención, por otro lado el 19.6% (33) completó 6 controles a más y el 17.9% (30) solo tuvo de 1 a 3 controles prenatales, resultados que difieren con el estudio de Ornetá Meza Glenny Lorena en su trabajo de “factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María del periodo de enero a diciembre del 2016” donde encontró que el 31.42% cumplió con 6 controles a mas

Con respecto a los antecedentes de aborto; el número de abortos reflejó que el 82.7% (139) tenía como antecedente un aborto; el 15.5% (26) dos abortos y el 1.8% (3) tres abortos. Resultados mayores a los resultados encontrados en el estudio de García Calvo, Bethzabe Claudia; titulado “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente Madre-Niño San Bartolomé durante enero a febrero del año 2015, en el cual presentaron un aborto el 23.3% y dos abortos el 3.35% de las pacientes con parto pretérmino. De la misma manera resultados mayores a los resultados del estudio de Hardy Ghislain et al, titulado Efecto de abortos inducidos sobre los nacimientos prematuros y resultados perinatales adversos”, en donde encontraron que el 13% se sometió a un aborto inducido y el 5% a dos abortos. Así también resultados mayores del estudio de Ornetá Meza, Glenny Lorena, con título “factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016” en el cual encontró que el 55% tuvieron un aborto, aumentando 1.2 veces más de probabilidades de presentar un parto pretérmino. De la misma manera el estudio de Retureta Milán, Silvia Estelbina y col. “factores de riesgo asociados al parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila Cuba” determinó que tener antecedente de aborto previo aumenta (OR: 2.560) veces el riesgo de parto pretérmino.

Respecto al tipo de aborto, el 16.6% (28) tuvo un aborto incompleto; el 4.2% (7) un aborto completo; el 1.2% (2) un aborto frustrado; el 0.6% (1) un aborto séptico sin embargo el 77.4% (130) no especificó este tipo de antecedente; resultados diferentes a los encontrados en el estudio de García Calvo, Bethzabe Claudia; titulado “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente Madre-Niño San Bartolomé durante enero a febrero del año 2015, donde encontró que el 62.50% tuvieron aborto espontáneo y el 37,50% tuvieron aborto inducido.

Según la clasificación de la edad estacional, el parto pretermino se ocasionó en su mayoría entre las 34 y 36 semanas completas con un 78.6% (132) teniendo como producto a un recién nacido prematuro tardío. El 8.9% (15) tuvo una edad gestacional al momento del parto menor a 28 semanas obteniendo un recién

nacido prematuro extremo, el 7.1% (12) tuvo un parto entre las semanas 28 a 31 teniendo un recién nacido muy prematuro y el 5.4% (9) su parto fue entre las semanas 32 a 33 con un recién nacido prematuro moderado. Difiere con el estudio de Hardy et al (2013) en Canadá que estudian “Efecto de abortos inducidos sobre los nacimientos prematuros y resultados perinatales adversos” que en su estudio se mostró el riesgo de tener un aborto para parto pretermino presentándose a las 32 semanas en 1,45 veces, 28 semanas 1,71 veces y 26 semanas aumenta 2,17 veces.

En cuanto al tipo de parto se refiere, el 66.1% (111) fue por vía vaginal y el 33.9% (57) por vía abdominal. Estos resultados no se pudieron comparar debido a que no se muestra en los antecedentes. Según la evolución clínica, el 55.4% (93) tuvo un parto pretérmino espontáneo; el 36.3% (61) un parto pretérmino por intervención médica y solo en el 8.3% (14) el parto pretérmino fue desencadenado por la rotura de membranas. Similar a la investigación llevada a cabo por Couto Núñez, Dayana y col. quienes estudiaron “Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba 2013” donde el parto pretérmino que mayor incidencia tuvo fue de forma espontánea con un 41.0%, por intervención médica fue el 33,2% y el parto pretermino por rotura prematura de membranas fue de 25,8%.

En las características de los recién nacidos preterminos se encontró que el 52.4% (88) de los recién nacidos fueron de sexo femenino, y el 47.6% (80) de los recién nacidos fueron de sexo masculino. En relación al peso de recién nacido el 60.1% (101) tuvo un peso normal, mientras el 27.4% (46) un bajo peso, el 10.1% (17) presento un bajo peso extremo y 2.4% (4) muy bajo peso. Asimismo, el 76.2% (128) y el 84.5% (142) presentó una puntuación Apgar de 7 a 10 al minuto y a los 5 minutos de nacido, respectivamente. En tanto el 17,3% (29) y el 13.1% (22) presento la puntuación de Apgar de 0 a 3 al minuto y a los 5 minutos respectivamente.

La asociación del tipo de aborto y el parto pretérmino fue, el 100% (2) de mujeres con antecedente de aborto frustrado y séptico tuvieron un parto prematuro tardío, al igual que el 75% (21), 85.7% (6) y 78.5% (102) de mujeres que sufrieron un aborto incompleto, completo y no especificado, respectivamente. Solo en el 10.7% (3) de mujeres con antecedente de aborto incompleto, el parto fue prematuro extremo y en el 14.3% (1) de los casos de aborto completo, el parto fue prematuro moderado.

En relación a la edad gestacional al momento del parto y el peso del recién nacido el 100% (15) de los casos presentaron una edad gestacional menor a 28 semanas al momento del parto, y tuvieron un recién nacido con bajo peso extremo. Asimismo, el 41.7% (5) y el 88.9% (8) de las que presentaron una edad gestacional entre 28 a 31 semanas y entre 32 a 33 semanas, respectivamente, tuvieron un recién nacido de bajo peso. En las mujeres con edad gestacional entre 34 a 36 semanas, el 75% (99) de los recién nacidos presentaron un peso normal.

Por último se hace referencia del Registro de casos de parto pretermino durante los años 2013 al 2017, donde se evidencia un incremento en el número de partos pretérmino en el Hospital San Juan de Lurigancho, pasando de 54 casos para el año 2013 a 110 casos para el año 2017, de la misma manera, se evidencia un ligero incremento en el número de partos pretérmino con antecedente de aborto en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo 2013 al 2016, registrándose 27 casos en el año 2013 y 43 casos en el año 2016. Sin embargo para el 2017, los casos de parto pretermino con antecedente de aborto tuvieron un descenso registrándose solo 31 casos.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- Las historias clínicas de las pacientes que han sido atendidas en la institución, no tienen un diagnóstico claro sobre el aborto, dificultando cualquier estudio al respecto, sin embargo a continuación se presentan los resultados obtenidos:
- Se puede concluir que del total de partos pretérminos (401) ocurridos desde el 2013 al 2017, el 41.9% (168) tienen un aborto previo.
- De los 168 partos pretermino con antecedente de aborto el 82,7% tuvo un aborto, el 15.5%, dos abortos y el 1.8%, tres abortos.
- En el presente estudio no se pudo identificar con precisión el tipo de aborto con mayor proporción debido a que el 77.4% de los casos no ha sido registrado el tipo de aborto. Sin embargo dentro de los casos reportados el mayor porcentaje (16.7%) registra como aborto incompleto en el parto pre término

4.2 RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la institución en donde se realizó el presente estudio que cuando se elabore la historia clínica de pacientes con aborto se coloque claramente el diagnóstico indicando el tipo de aborto, que permita de esta manera realizar el análisis respectivo y plantear estrategias de trabajo para la prevención del aborto y por consiguiente un futuro parto pretérmino.
- Al profesional de Obstetricia que refuerce la educación durante la atención prenatal para prevenir los abortos e indirectamente riesgos y complicaciones en futuras gestaciones.
- Promover la planificación familiar y temas relacionados a la salud sexual y reproductiva a las mujeres en su etapa reproductiva.

FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Mundial de la Salud, Parto pretérmino – 2017, [en línea] [fecha de acceso el 18 de febrero del 2018]; URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
2. Dr. Carbajal, Jorge A.; Dra. Ralph T. Contanza; Manual de Obstetricia y Ginecología, VIII edición, Chile, facultad de medicina, Agosto 2017. [en línea] [fecha de acceso 19 de febrero del 2018]; URL disponible en: <http://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
3. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Consenso, Parto Pretérmino, vol. 13 – N° 1 mayo 2014. [en línea] [fecha de acceso 18 de febrero del 2018]; URL disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf.
4. Lijarcio Andrés, la tasa de partos prematuros en España, Con Salud.es, 2015 [en línea] [fecha de acceso 21 de febrero del 2018]; URL disponible en: https://www.consalud.es/profesionales/la-tasa-de-parto-prematuro-en-espana-es-del-7-5_18688_102.html.
5. Boletín de Calificaciones sobre el Nacimiento Prematuro de March of Dimes Estados Unidos tasa de nacimientos prematuros en Puerto Rico, 2016 CyberNews, [en línea] [fecha de acceso 20 de febrero del 2018]; URL disponible en: <http://www.periodicolaperla.com/34705-2/>.
6. S. Jorge Andrés Robert, Leiva B. Juan Luis, A. Alfredo Germain, Protocolo de Manejo en Pacientes con Amenaza de Parto Prematuro en Clínica Las Condes, REV. MED. CIN. CONDES, 2014, 25 (6) 953-957.
7. Flores Robes Flor del Rosario, El aborto previo como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015 – mayo 2016 [tesis de pregrado] Lima, Cybertesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
8. Organización Mundial de la Salud, Comunicado de prensa en conjunto de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Guttmacher, aborto, Ginebra, septiembre del 2017 [en línea] [fecha de acceso el 28 de febrero

- del 2018]; URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortions-worldwide/es/>.
9. Instituto Guttmacher, Aborto inducido a nivel mundial, septiembre 2017 [en línea] [fecha de acceso el 26 de febrero del 2018]; URL disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>.
 10. Rodríguez Mendoza Jorge A; Sabalza Negrete Mvhis J; Modelo para la detección y prevención de resultados perinatales adversos en las Gestantes Adolescentes y sus Neonatos en el Hospital de Engativa, de la Ciudad de Bogotá D.C. - 2010 [tesis de prost grado] Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; 2010.
 11. Ministerio de Salud, Boletín estadístico de nacimientos del Perú: Registro del certificado de nacido vivo en línea. 2016 abril. Salud.p.10 [en línea] [fecha de acceso 24 de febrero del 2018]; URL disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf.
 12. Oficina de comunicaciones, Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre del 2015. [en línea] [fecha de acceso el 25 de febrero del 2018]; URL disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/noticia/el-95-de-nacimientos-en-el-inmp-corresponde-a-prematuros>.
 13. Ministerio de Salud, Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios Instituto Materno Perinatal 2016, [en línea] [fecha de acceso el 25 de febrero del 2018]; URL disponible en: file:///C:/Users/Mily/Downloads/ASIS_2016.pdf.
 14. Quirós González Gabriela; Alfaro Piedra Raúl; Bolívar Porras Mariela; Solano Tenorio Natalia; Amenaza de Parto Pretérmino, Rev. CIEMed UCR Año 2016; 1 (1) 75-80.
 15. Huaroto Palomino K, Paucca Huamanca MA, Polo Álvarez M, Meza León J N, Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un Hospital Público de Ica, Perú, Rev. méd panacea. 2013 3(2): 27-31.

16. Rojas Vásquez, Iris Esther, Nivel de Conocimiento sobre el Aborto en adolescentes del 5° secundaria del Colegio Nacional de Iquitos: Noviembre 2017 [tesis de pregrado] Iquitos, Universidad Científica del Perú; 2017.
17. Ministerio de Salud, Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria Hospital San Juan de Lurigancho, junio 2018, [en línea] [fecha de acceso el 25 de junio del 2018]; URL disponible en: <http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Seguros/ASIS2018.pdf>
18. García Calvo, Bethzabe Claudia, Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital docente Madre Niño San Bartolomé durante enero a febrero del 2015 [tesis de pregrado] Lima, cybertesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
19. Ornetá Meza, Glenny Lorena, factores de riesgo asociados al parto pretermino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, enero a diciembre del 2016 [tesis de pregrado] Universidad de Huánuco – Perú, 2017.
20. Retureta Milán S E, Rojas Álvarez L M, Retureta Milán M E, Factores de riesgo de Parto pretérmino en gestantes del Municipio de Ciego de Ávila, ISSN 2015 3 (4) 1727-897X.
21. Hardy G, Benjamin A, Abenhaim H, Effect of Induced Abortions on Early Preterm Births and Adverse Perinatal Outcomes, J Obstet Gynaecol Can 2013 febrero;35(2):138–143.
22. Couto Núñez Dayana; Nápoles Danilo; Méndez; Montes de Oca Santiago; Repercusión del parto pretermino en la Morbilidad y Mortalidad perinatales; MEDISAN 2014; 18 (16):841-847.
23. Schwarcz R. L.; Fescina R.; Duverges c.; Obstetricia, 23° ed. Argentina, Ed El ateneo, 2009.
24. Ministerio de Salud, Guías de Práctica Clínica y De Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, Instituto Materno Perinatal, Perú, 2014.
25. Ministerio de Salud, Recomendaciones para la prevención diagnóstico y tratamiento de Amenaza de Parto pretérmino, atención del parto

- pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas, dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Argentina, 2015.
26. Williams Obstetricia, 23^a ed. Mexico, Mc GRAW-HILL, 2011.
 27. Norma técnica de Salud para la atención integral de la salud Materna, 2013. <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>.
 28. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Interrupción voluntaria del Embarazo, declaración de la comisión de bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo 2009. 2017 [en línea] [fecha de acceso el 28 de febrero del 2018]; URL disponible en Marzo. <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>.
 29. Donoso S. Enrique, Vera P-G Claudio, El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales, REV CHIL OBSTET GINECOL 2016; 81(6) pág.
 30. Guevara Ríos Enrique, Hemorragias de la primera mitad del embarazo, Rev. Per Ginecol Obstet. 2010; 56:10-17(1).
 31. Control Prenatal, Guía Práctica Clínica, Ministerio de Salud Pública Ecuador 2015 <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL PARTO PRETÉRMINO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2013 – 2017

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variables	indicadores	
<p>Problema P: ¿Cuáles son las características del aborto en los partos pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho 2013 - 2017?</p>	<p>Objetivo G: Determinar las características del aborto en los partos pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho 2013 – 2017</p>	<p>Por ser un trabajo descriptivo no tiene hipótesis.</p>	<p>Variable1: Antecedente de Aborto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un aborto - Dos abortos - Tres abortos a más <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - completo - Incompleto - Frustrado o retenido - Séptico 	<p>Diseño: No experimental</p> <p>Tipo: Descriptivo, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>Método: cuantitativo</p> <p>Población: 401 historias</p>

<p>Problemas S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué tipo de aborto son antecedentes del parto pree término? ¿Qué número de abortos son antecedentes para el parto pretérmino? 	<p>Objetivos E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el tipo de aborto en los partos pretermino. - conocer el número de abortos en los partos pretermino. 		<p>Variable 2:</p> <p>Parto Pre término</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prematuros extremos - Muy prematuros - Prematuros moderados -Prematuros tardíos <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Parto por vía vaginal - Parto por vía abdominal 	<p>clínicas de mujeres atendidas por parto pre término 2013 al 2017</p> <p>Muestra: 168 Hc. de parto pretermino con antecedente de aborto.</p> <p>Técnica: Revisión de Historias Clínicas Revisión de libro de registro de partos.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p> <p>Análisis estadístico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ms Excel 2013 -SPS V. 25
--	--	--	--	---	--

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL PARTO PRETÉRMINO EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO,
2013 – 2017

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: / / Ficha N° N° HC:

I. DATOS GENERALES

1. Edad materna:

2. Estado civil.

- a. () Soltera
- b. () Casada
- c. () Conviviente
- d. () Divorciada
- e. () Viuda

3. Grado de instrucción

- a. () Ilustrada
- b. () Primaria completa
- c. () Primaria incompleta
- d. () Secundaria completa
- e. () Secundaria incompleta
- f. () Sup. Técnico Completo
- g. () Sup. Técnico Incompleto
- h. () Universitario completo
- i. () Universitario incompleto

4. Ocupación:-----

5. Dirección actual:-----

6. Lugar de procedencia:-----

II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

1. Formula obstétrica: G: P:

2. Número de controles prenatales:.....

III. Variable: Antecedente de abortos

- a. () Si
- b. () No

3.1 Número de abortos:

- a. 1 aborto
- b. 2 abortos
- c. 3 a más abortos

3.2 Tipo de aborto:

- a. Frustrado o retenido
- b. Incompleto
- c. Completo
- d. Séptico
- e. No especifica

IV. Variable de parto pretérmino.

4.1 Edad gestacional al momento del parto:.....

4.2 Fecha de parto : / /

4.3 Tipo de parto pretérmino

- a. Parto por vía Vaginal
- b. Parto por vía Abdominal

V. Clasificación de parto pretérmino

5.1 Clasificación del parto pre término según edad gestacional

- a. Prematuros extremos: de 22 a 27,6 semanas.
- b. Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
- c. Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.
- d. Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas

5.2 Clasificación de partos pretérmino según evolución clínica

- a. Pretermino Idiopático o espontaneo
- b. Pretermino por rotura de membranas
- c. Pretermino por intervención medica

5.3 Sexo del recién nacido

- a. Femenino
- b. Masculino

5.4 Peso de recién nacido

- a. Bajo peso extremo: menos de 1000 gr
- b. Muy bajo peso-. Entre 1000 y 1499
- c. Bajo peso: entre 1500 y 2499
- d. Normo peso: 2 500 o mas

5.5 Apgar del recién nacido

- a. Al minuto:
- b. A los 5 minutos:

JUICIO DE EXPERTOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	3
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	3
Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1	1	1	3
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	3
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	3
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	3
TOTAL	6	6	6	18

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

$$b = \frac{18}{18 + 0} \times 100 = 1.0 \quad \text{Validez perfecta}$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

Validez perfecta



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): MAURO REYES ACUÑA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada:.....

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
DR. MAURO REYES ACUÑA
JEFE DE DEPTO. DE OBSTETRICIA
C.M.P. 10847

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Mg. Ruth Otárola De La Torre

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada:.....

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. La estructura del instrumento es adecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Los ítems son claros y entendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO UAP
RUTH OTÁROLA DE LA TORRE
Obstetra Asistencial
0000126

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): VERONICA GIANNINA MORAN RODRIGUEZ

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada:.....

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. La estructura del instrumento es adecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Los ítems son claros y entendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE JURIGANCHO
VERONICA GIANNINA MORAN RODRIGUEZ

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas
de Salud Lima Centro
"Salud en nuestra prioridad"

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

NOTA INFORMATIVA Nº 106 –2018 -UADI- HSJL

A : Lic. **DIANA SUSY TELLO NUÑEZ**
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

DR. MAURO REYES ACUÑA
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia

ASUNTO : PROYECTO DE INVESTIGACION

FECHA : Canto Grande, 20 de Abril del 2018



Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que con la finalidad de obtener el título de Licenciada en Obstetricia se ha presentado la Tesis titulada **"ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL PARTO PRETERMINO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL .S.J.L. 2013-2017 "**, el cual ha sido revisado por el Comité de Ética e Investigación.

Por lo expuesto solicito a Usted, se brinde las facilidades a la **TESISTA TERRONES GARCÍA SHEYLA MILAGROS** de la **UAP** para proporcionar relación de número de historias clínicas con diagnóstico médico de Aborto como factor de riesgo para el parto pretermino en mujeres atendidas en el Hospital .S.J.L. 2013-2017, así como el acceso a estas historias clínicas para desarrollar estudio de investigación.

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,




MC. HUGO ENRIQUE MARTINEZ RIOS

Jefe de la Unidad de Apoyo a La Docencia e Investigación