



UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA AMENAZA DE ABORTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS; PISCO, NOVIEMBRE 2013- OCTUBRE 2014”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: KILDER BLADIMIR GUTIERREZ HERNANDEZ

ICA – PERU

2014

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a aquella persona que. Qué es mi motor y motivo a seguir adelante
A mi hija.

Agradecimiento:

Agradecimiento especial al Hospital San Juan de Dios - Pisco por haber permitido se pueda realizar esta investigación.

Agradecimiento al Departamento de gineco - obstetricia del Hospital San Juan de Dios - Pisco

Agradecimiento a la coordinadora de obstetricas del Hospital San Juan de Dios - Pisco por el apoyo incondicional brindado durante mi asistencia en dicho Hospital quien confió en mi capacidad brindándome su confianza.

Agradecimiento a todos los docentes con quienes tuve la oportunidad de aprender de sus conocimientos.

Resumen

Determinar los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal entre noviembre del año 2013 a octubre del año 2014, durante ese periodo ingresaron 1 000 gestantes al servicio de hospitalización del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Ingresaron 1 000 gestantes al servicio de Gineco – obstetricia; 278(28%) gestantes ingresaron con diagnóstico de amenaza de aborto, teniendo como resultado, en cuanto a la edad 113(41%) pacientes tuvo entre 21 a 30 años de edad, 152 (55%) casos eran convivientes, en cuanto al grado de instrucción 93(33%) pacientes tenían estudios superior no universitario, 165 (62%) eran multigestas, considerando los embarazos no deseados 187 (67%) gestantes no planificaron su embarazo, teniendo en cuenta que 185 (67%) gestantes tuvieron controles pre natales y a la vez 168(40%) presentaron antecedentes patológicos en sus anteriores gestaciones.

En esta investigación se encontró que dentro de los factores de riesgo predisponentes que influyen en la amenaza de aborto de las gestantes atendidas son la edad 17%, los antecedentes patológicos 17%, entre los cuales por prioridad se encontróa las infecciones del tracto urinario 28%, Vaginosis bacteriana 26%, hipertensión crónica 21% diabetes gestacional 15% y la incompatibilidad cervical 10%; por otro lado está el embarazo no planificado 15% y la gravidez 15% ; por lo que es necesario priorizar un buen control pre concepcional y pre natal para mejorar la calidad de atención para las gestantes disminuyendo así las amenazas de aborto y por ende los abortos espontáneos. Así mismo concluimos que el estado civil, el grado de instrucción no son factores de riesgo predisponentes para una amenaza de aborto.

Palabra clave: Amenaza de aborto, antecedentes patológicos.

Abstract

Determine the risk factors influencing the threat of abortion in pregnant women at the Hospital San Juan De Dios - Pisco; November 2013 - October 2014.

A descriptive, retrospective cross-sectional study from November 2013 to October 2014 was conducted during the period 1000 pregnant women admitted to hospital service service Gynecology - Obstetrics San Juan de Dios Hospital in Pisco.

They entered 1000 pregnant women in the service of Gynecology - obstetrics; 278 (28%) pregnant women admitted with a diagnosis of threatened abortion, resulting in terms of age 182 (65%) patients underwent 20 to 35 years old, 152 (55%) cases were cohabiting as to 93 level of education (33%) patients had higher non-university studies, 165 (62%) were multiparous, unwanted considering 187 (67%) pregnant women with unplanned pregnancies pregnancy, considering that 185 (67%) were pregnant antenatal checks and also 168 (40%) had pathological antecedents in previous pregnancies.

In this investigation it was found that within the predisposing risk factors influencing the threat of abortion of underserved pregnant women are age 17%, the medical history 17%, including for priority it will be found to urinary tract infections 28 % 26% Bacterial vaginosis, chronic hypertension gestational diabetes 21% 15% 10% cervical incompatibility; on the other hand are unplanned pregnancy and pregnancy 15% 15%; making it necessary to prioritize a good pre conceptional pre-natal control and to improve the quality of care for pregnant women and reducing the threats of abortion and therefore spontaneous abortions. Also we conclude that marital status, educational attainment are no predisposing risk factors for threatened abortion.

Keyword: Threat of abortion, clinical history

INDICE

PAG.

CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1.	Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2.	Delimitación de la Investigación	12
1.3.	Problema de Investigación	13
	1.3.1. Problema Principal	
	1.3.2. Problemas Secundarios	
1.4.	Objetivos de la Investigación	13
	1.4.1. Objetivo General	
	1.4.2. Objetivos Específicos	
1.5.	Hipótesis de la Investigación.	14
	1.5.1. Hipótesis General	
	1.5.2. Hipótesis Secundarias	
	1.5.3. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	
1.6.	Diseño de la Investigación	14
	1.6.1. Tipo de Investigación	
	1.6.2. Nivel de Investigación	
	1.6.3. Método	
1.7.	Población y Muestra de la Investigación	15
	1.7.1. Población	
	1.7.2. Muestra	
1.8.	Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos	16
	1.8.1. Técnicas	
	1.8.2. Instrumentos	
1.9.	Justificación e Importancia de la Investigación	17

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	19
2.2.	Bases Teóricas	25
2.3.	Definición de términos Básicos	37

CAPITULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1.	Presentación y análisis de los resultados obtenidos	39
	Discusión	49
	Conclusión	52
	Recomendación	53

ANEXOS

1.	Fuentes de Información.	54
2.	Matriz de Consistencia.	56
3.	Entrevista y ficha de recolección de datos	58

Introducción

Actualmente durante el pasar de los años se ha priorizado cumplir con los objetivos del milenio, uno de ellos esperando llegar a 65 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos para el año 2015, en el cual se basara en las mejoras económicas a nivel nacional, la educación, mayor acceso a servicios de salud, mejoras en la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, etc.

Todo embarazo implica un grado de riesgo, de presentar complicaciones o de provocar la muerte tanto como a la madre, como al hijo; por la que una adecuada vigilancia durante el proceso reproductivo, embarazo, parto y post parto debe iniciarse en una etapa previa al inicio del embarazo.

Uno de las complicaciones actualmente más frecuentes durante el primer trimestre del embarazo en la mayoría, son las amenazas de aborto; en el cual se asocian múltiples factores de riesgos; gracias a la atención oportuna y adecuada del obstetra calificado se logra mejorar y sensibilizar a la gestante a un cuidado adecuado tanto físico como emocionalmente para prevenir una amenaza de aborto y sus consecuencias.

La amenaza de aborto se define como la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. La amenaza de aborto no es una entidad nosológica. Es la expresión sintomática de uno de tantos estados patológicos generados por múltiples causas. Los síntomas y signos de la amenaza de aborto son tan variables que el resultado del embarazo no se puede predecir de forma fiable por las características clínicas de presentación.

El diagnóstico definitivo de amenaza de aborto se debe hacer después del examen ultrasonográfico, lo que confirma la presencia de actividad cardíaca fetal en un embarazo intrauterino.

La amenaza de aborto es preocupante. Entre el 20 a 25% de las mujeres manifiesta manchado vaginal o un sangrado un poco más abundante al principio del embarazo, que en ocasiones persiste durante varios días o semanas. Cerca de 50% de estos embarazos finalmente termina en aborto, Por ende de ahí parte la importancia de su estudio.

En ciertas ocasiones, cuando después de una hemorragia durante la primera mitad del embarazo no se produce un aborto, estos fetos tienden a tener mayor riesgo de sufrir parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal. El sangrado durante la primera mitad del embarazo puede indicar una disfunción placentaria subyacente, que pueden manifestarse más tarde como el causante de resultados adversos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La amenaza de aborto es el trastorno en el cual una gestante presenta el riesgo de perder su producto antes de las 20 semanas de gestación y constituye una complicación común que se produce hasta en el 50% de los embarazos y de estos entre el 9 y 30% acaban en aborto espontáneo. (1)

Alrededor del 50% de todos los óvulos fertilizados se pierden en forma espontánea, generalmente antes que la mujer sepa su estado. En los embarazos ya conocidos el promedio de abortos luego de la presencia del sangrado, esta entre 10 y 20% según la Universidad de Maryland y usualmente se presenta entre la 7 y 12 semanas y el riesgo se incrementa si la madre es mayor a 35 años, o si tiene una enfermedad sistémica como la diabetes o disfunción tiroidea o si tuvo 3 u más abortos espontáneos. (1)

En el periodo 2006 – 2013, La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del INMP indica que el 72% de las muertes fueron de causas directas, y el 28% por causas indirectas. Siendo la Pre eclampsia la causa más frecuente de muerte materna, seguida por la hemorragia, en el cual uno de los causantes frecuentes de la hemorragia son los abortos. (1)

En el Hospital San Juan de Dios de Pisco, se logró evaluar e identificar que más del 50% de gestantes que ingresan con diagnóstico de amenaza de aborto, presentaron en sus antiguas gestaciones antecedentes patológicos, que complicaron la culminación de su anterior gestación; entre ellos se

identifican por orden de prioridad;La Infección del tracto urinario con 28%, la Vaginosis bacteriana con 26 %, Hipertensión crónica con 21%, Diabetes gestacional con 15% y la Incompatibilidad cervical con 10%.⁽²⁾

En consecuencia la Amenaza de Aborto representa un serio problema obstétrico por su relación con la adolescencia, embarazos no deseados, la multiparidad, estrechez económica, violencia sexual y familiar con abortos, entre otros; afectando así la salud sexual y reproductiva de la madre. ⁽²⁾

1.2. Delimitación de la Investigación

Delimitación Espacial.- El estudio se realizó en el Hospital San Juan De Dios – Pisco, periodo noviembre 2013 – octubre 2014.

Delimitación Temporal.- La investigación se realizó durante el periodo noviembre 2013 – octubre 2014.

Delimitación Social.- La investigación abarco a todas las gestantes con Amenaza de Aborto atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco, periodo noviembre 2013 – octubre 2014.

Delimitación Conceptual.- El estudio pretende investigar los factores de riesgo para la amenaza de aborto.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014?

1.3.2. Problema secundario

- ¿Es la edad, estado civil, Grado de instrucción, el embarazo no planificado y gravidez son factores de riesgo para la amenaza de aborto en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014?
- ¿El control prenatal inadecuado constituye un riesgo para la amenaza de aborto en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014?
- ¿Son los antecedentes patológicos un riesgo para la amenaza de aborto en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014

1.4.2. Objetivo Especifico

- Conocer si la edad, estado civil, grado de instrucción, el embarazo no planificado y gravidez son factores de riesgo para la amenaza de aborto en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014.
- Identificar si el control prenatal inadecuado constituye un riesgo para la amenaza de aborto en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014.
- Determinar si los antecedentes de embarazos patológicos son un riesgo para la amenaza de aborto en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014.

1.5. Hipótesis de la Investigación

Por ser una investigación de tipo retrospectivo no se plantea hipótesis.

1.5.1. Identificación y clasificación de variables e indicadores

1.5.1.1. Variables Dependientes:

Amenaza de aborto

1.5.1.2. Variable independiente

Factores de Riesgo

1.5.1.3. Variable Interviniente:

- Edad materna
- Estado civil.
- Grado de instrucción
- Gravidéz
- Antecedente patológicos.
- Embarazo no planificado.
- Control prenatal inadecuado.

1.6. Diseño de Investigación

Estudio no experimental.

1.6.1. Tipo de investigación

Investigación Analítica

1.6.2. Nivel de investigación

Es **descriptivo** porque sólo describe la distribución de una variable o resultado, sin intentar explicar dicha distribución.

Es **retrospectivo** por que los datos se obtendrán de meses anteriores.

Es **Transversal**, porque las variables se miden en una sola ocasión, y porque no habrá seguimiento para estudiar la evaluación de las unidades de análisis en el tiempo.

1.6.3. Método

- Historias clínicas de las gestantes Hospitalizadas.
- Ficha de recolección epidemiológica.

1.7. Población y muestra de la investigación

1.7.1. Población:

La población estuvo constituida por todas las gestantes que ingresaron al servicio de hospitalización en el Hospital San Juan De Dios, Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014; la cual estuvo conformada por 1,000 gestantes.

1.7.2. Muestra

La muestra es censal, no probabilística ya que está constituida por todas las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Aborto hospitalizadas en el Hospital San Juan De Dios, Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que tengan factores de riesgo para la amenaza de aborto.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que tengan como diagnóstico amenaza de aborto.
- Pacientes con amenaza después de las 20 semanas.

La muestra está constituida por 278 gestantes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de aborto.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

N= 1 000 total de la población

P = 0.5 proporción esperada

Q = 1- P = 0.5

Z= 1,96 si la seguridad es del 95%

e= 5%= 0.05 precisión (en este caso deseo 5%)

Reemplazando valores:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 1\,000}{0.05^2 \cdot (1\,000 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = 277.74$$

$$n = 278$$

1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.8.1. Técnicas

Información indirecta.- Recopilación de la Información existente en fuentes bibliográficas y estadísticas; en libros, revistas especializadas, artículos y publicaciones de expertos por Internet, trabajos de investigación anteriores, otros.

Información directa.-

a) Técnica de recolección de datos previa autorización.- concedida por la dirección y del departamento de gineco- obstetricia del

Hospital San Juan De Dios de Pisco; en el cual se recurrieron a la identificación de casos en el departamento de estadística y posterior revisión de la historia clínica y llenado de la ficha técnica de recolección de datos.

1.8.2. Instrumentos

1.8.2.1 Ficha de investigación

Se utilizaron las fichas de recolección de datos, las fichas bibliográficas y las fichas textuales, para registrar la información que nos permitió elaborar el Marco Teórico y el Marco Conceptual del trabajo de investigación; así como la base de datos, el análisis estadístico, el carnet pre natal e historia clínica para registrar la información real que nos permitió elaborar los datos necesitados para la investigación.

1.8.2.2. Técnicas de procesamiento de los datos

Para el procesamiento de datos, se realizarán las siguientes operaciones:

- a) Clasificación.- para especificar criterios de agrupación de los datos obtenidos, determinándose las analogías correspondientes.
- b) Tabulación.- Se refiere al conteo y sumatoria de la información obtenida.

1.9 . Justificación e importancia de la investigación

Este estudio sobre factores de riesgo para la Amenaza de Aborto, constituye una patología frecuente en el Hospital san Juan de Dios de Pisco en relación a factores o circunstancias que llevaron a la gestante a presentar el cuadro hemorrágico; deseamos conocer si fue gestación deseada o no, si fue por violación, causas infecciosas, edad o que otra causa podría haberlo ocasionado. Mediante la presente investigación se pretende identificar cuáles son los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios, Pisco; durante el periodo de noviembre 2013 – octubre 2014; el cual atiende a un importante sector de madres de bajos recursos económicos y que no cuentan con un seguro médico.

Es necesario saber en qué medida se encuentra esta tasa para poder hacer la prevención adecuada con miras a disminuir la misma, esta investigación servirá a las autoridades de los centros hospitalarios quienes harán buen uso de los resultados de esta investigación.

La presente investigación es conveniente debido a la posibilidad de determinar los factores de riesgo asociación entre una situación frecuente, como lo es la amenaza de aborto, que forman parte de las cifras de morbilidad, mismas que estamos obligados a contrarrestar y disminuir.

Viabilidad de la Investigación:La investigación es viable, pues contamos con el recurso humano de los docentes de práctica, quienes laboran en el hospital de la región donde realizamos nuestras prácticas, y donde por convenio con nuestra universidad se nos permitirá efectuar nuestras investigaciones, lo que está proyectado para realizarse máximo en el periodo de un año.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

INTERNACIONALES

- Diana Angulo en la tesis **“prevalencia de infección del tracto urinario como factor de riesgo en pacientes con amenaza de aborto en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital marco Vinicio iza de la provincia de sucumbíos, nueva Loja durante los meses enero – abril 2014”**. en los meses de enero – abril 2014 en el servicio de ginecología y obstetricia hubo 1426 egresos del cual 97 presentaron amenaza de aborto y de estas, en 78 historias clínicas se encontró infección del tracto urinario mientras que en 11 historias clínicas se había diagnosticado alguna infección cérvico vaginal o de transmisión sexual. El 8.3% restante de pacientes no presentaron infección del tracto urinario o infección de transmisión sexual/ cérvico vaginal pero cursaban con amenaza de aborto. Además se determinó que del 80% de pacientes con infección del tracto urinario el 50% se encontraban en los rangos de edad de 16 a 25 años y eran amas de casa, mientras que el 53% tenían instrucción secundaria. La infección del tracto urinario se presentó con mayor frecuencia de 4 a 8 semanas de gestación que equivale al 40% y en aquellas pacientes que tenían 1 gesta previa representando al 27%. El principal motivo de consulta fue dolor pélvico más sangrado transvaginal representados por el 45% de los casos, mientras que según la evolución de la gestación el 44% terminaron en

aborto incompleto. El 85% de casos con infección urinaria fue diagnosticado por examen elemental. (3)

Bustillos C. Espinal M. en la tesis **“Evaluación de los resultados con administración de progesterona en paciente con amenaza de aborto en edades comprendidas entre 18 a 35 años en el Hospital Verdi Cevallos Balda desde el 01 de mayo del 2009 al 0 de mayo del 2010”** realizada en Ecuador, Encontró que del total de 56 pacientes del estudio 12 mujeres, tuvieron un aborto espontaneo, es decir que el 22% del total no fue efectivo e tratamiento con progestágenos; el grupo de edad que fue afectado con amenaza de aborto fue el de aquellas pacientes que tenían entre 12 y 13 años, con el 38%, esto nos demuestra que la edad es un factor de riesgo para las amenazas de aborto. Concluyendo que un porcentaje considerable de mujeres con amenaza e aborto si fue efectivo el uso de los progestágenos para evitar el aborto espontaneo, pero considerando también otras recomendaciones tales como el reposo.(4)

- Bravo R. Macías N. en la tesis **“Incidencia de abortos en mujeres en edad fértil en el Hospital IESS Manta en el periodo mayo 2012 a febrero 2013”** realizada en Manta, Ecuador; se determinó que el aborto en el ámbito hospitalario tiene una incidencia elevada con un predominio de abortos en mujeres de 28 a 33 años de edad, nuligestas y que presentan abortos incompletos que corresponden al 47.79%. A su vez la mayoría de mujeres que abortan no tienen un nivel de conciencia de las consecuencias que acarrearán y que desconocen la etiología que las llevan a tales consecuencias.(5)

- Cervantes B. Vera L. en la tesis “ **Infecciones Bacterianas en el tracto genito urinario en mujeres embarazadas del Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad Portoviejo , Abril – septiembre 2011**” realizada en Ecuador, donde se investigó un grupo de 120 mujeres embarazadas, de los cuales 36 gestantes eran positivas a infecciones del tracto urinario, de las cuales un porcentaje mayor no tuvo un control adecuado de higiene, un 25% de las gestantes presentaron complicaciones a raíz de la infección urinaria como amenazas de abortos, de las cuales algunas tuvieron un control inmediato y se pudo concluir la gestación , mientras que otras terminaron en aborto espontáneos.(6)
- Saraswat L. Bhattacharya S. Maheshwari A. en su revisión sistemática “**Resultado materno y perinatal en mujeres con aborto involuntario amenazada en el primer trimestre publicada en el 2009**”realizada en reino unido; sobre efectos de la amenaza de aborto del primer trimestre en los resultados maternos y perinatales, analizó 12 estudios sobre su asociación con parto pre término y obtuvo diferentes valores de OR según el estudio analizado, con valores desde 1.5 a 4.5 como máximo. El mismo Saraswat y cols., en la revisión sistemática del año 2009 sobre resultados maternos y perinatales por amenaza de aborto en el primer trimestre del embarazo encontró asociación significativa entre las mujeres con antecedente de hemorragia temprana del embarazo y recién nacidos con puntuación de Apgar. (7)

NACIONALES

- Obregoso A. en la tesis “ **Factores Asociados a Amenaza de Aborto en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria**”, realizado en Trujillo – 2014; mediante un estudio conformado por 545 gestantes, encontró que como factores de riesgo para amenaza de aborto fueron : El antecedente de aborto (OR: 2.53; P <0.05) , uso de anticonceptivos hormonales (OR: 2.87; P <0.05) y antecedentes de pielonefritis (OR: 2.11; P <0.05), mientras que la exposición a bebidas alcohólicas (OR: 4.05; P <0.05) no es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto. (8)

- Rojas M. en la tesis “ **Factores médicos y socio epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo febrero – setiembre del 2008**” realizado en la ciudad de Lima – 2009, encontraron que mediante una encuesta realizada a todas las gestantes atendidas y que cumplían los requisitos de inclusión a la investigación se determinó que hubieron 135 casos de amenaza de aborto de un total de 6 669 gestantes representando una incidencia de 2.02%, son características epidemiológicas : 24% son menores de 19 años, 41.5% son no deseados, 68.15% empezaron su relación sexual entre 15 a 19 años, 0.7% el embarazo fue por violación, 12.06% indujeron el aborto, el 89.63% no usaban métodos anticonceptivos, el 33.3% de los padres no controla la gestación de sus hijas y el 27.42% de los responsables del embarazo no aceptaban la gestación. (9)

- Mestanza M. en la tesis **“Percepción de las Primigestas sobre el cuidado en infección de vías urinarias, centro de salud materno pedro Pablo Atusparia”** realizada en Chiclayo en el año 2012, se recolectaron datos realizados por una entrevista semiestructurada a 8 gestantes, determinándose la muestra por saturación. Dando como resultado de esta investigación se orientara a la promoción y prevención lográndose de esta manera disminuir la presencia e complicaciones durante el embarazos, concluyendo que la infección urinaria en las gestantes era uno de las complicaciones que generaban una amenaza de aborto a algunas gestantes, priorizando así la prevención y promoción de salud de esta. ⁽¹⁰⁾

- Padilla J. En la tesis **“Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el hospital belén de Trujillo”** Realizada en la ciudad de Trujillo, Donde se investigó la base de datos de 184 historias clínicas (46 para el grupo de cohorte expuesta y 138 para la cohorte no expuesta). En la cohorte expuesta se incluyó historias clínicas de gestantes con amenaza de aborto entre 20 y 35 años, con paridad menor de 4 y cuya gestación culminó en parto. Se excluyeron aquellas historias clínicas que no cumplieron los criterios de inclusión. En donde determinaron que a comparación del grupo de las gestantes sin amenaza de aborto (n=138), las gestantes expuestas (n=46) fueron más propensas a tener recién nacidos prematuros (odds ratio [OR]: 3,6; intervalo de confianza del 95% [IC]: 1,5 a 9,1) y bajo peso al nacer (OR: 2,6; IC del 95%: 1,0 a 6,5). No se encontró asociación entre amenaza de aborto y apgar menor de 7 a los 5 minutos del parto; ni tampoco entre amenaza de aborto y pequeño para la edad gestacional. ⁽¹¹⁾

REGIONALES:

- Felipa colonio A. En la tesis **“infecciones urinarias y complicaciones maternas en gestantes adolescentes hospital san juan de dios pisco 2013”** realizado en la ciudad de pisco encontró en su resultado de 57% eran adolescentes de 16 a 17 años y 14% tenían las edades de 18 a 19 años, en cuanto al grado de instrucción con 66.67% en la cual más complicaciones presentaron en superior con un 31.75% en cuanto al estado civil con 50.79, por lo tanto encontró con un 41.27% eran solteras y en cuanto al control prenatal tuvo 47.62% tuvieron de 4 a 6 controles prenatales.⁽¹²⁾
- Arquíñego león P. en su tesis **“prevalencia y característica epidemiológicas de la infección urinaria en las gestantes a término atendidas en el hospital rene toche groppo Es salud chincha entre los meses de abril a julio 2014”** en la cual revisó 220 historias clínicas en un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo encontrándose los siguientes la prevalencia de ITU en las gestantes atendidas en el hospital rene toche groppo es salud fue 18.2%. el 75% de ITU de carácter sintomática y 25% son asintomática.⁽¹³⁾

2.2. Bases teóricas

Amenaza de Aborto

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción.⁽¹⁴⁾

Además el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento cardíaco). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continúa; Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. ⁽¹⁴⁾

La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de lumbalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica. ⁽¹⁴⁾

El tratamiento es el reposo absoluto en cama, con sedación según el estado de ansiedad de la paciente. También pueden utilizarse analgésicos antiespasmódicos para aliviar el dolor. En los embarazos tempranos es importante definir el pronóstico del embarazo, si existe embrión y si está vivo. El estudio ecográfico es una ayuda invaluable para precisar el diagnóstico. En los casos de embrión vivo pueden observarse zonas de desprendimiento o sangrado o sacos de implantación baja. Si de manera inequívoca no se detecta embrión (huevo anembrionado) debe procederse a la evacuación, mediante dilatación cervical y curetaje. Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el

desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continua su curso. (14)

En 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo.

Conducta:

Ante una consulta compatible con este cuadro se procede de la manera siguiente:

1. Ecografía para descartar una mola o un embarazo ectópico y precisar si existe o no una vida embrionaria o fetal.
2. Determinación de β hCG
3. Mientras no se cuenta con el resultado de estas exploraciones, reposo en cama. Hospitalizar si existen presiones familiares, se trata de aborto a repetición o el embarazo ha sido calificado previamente de alto riesgo.
4. Abstención del coito.
5. Administrar sedantes uterinos si persisten las contracciones dolorosas.
6. Procurar tranquilizar a la paciente y a sus familiares.

Tratamiento Médico:

1.- Si la ecografía demuestra viabilidad ovular la dosificación de HCG – B Cuantitativa, dentro de rangos normales y no hay sangrado activo:

- Manejo ambulatorio y control en 72 horas.
- Instaurar reposo absoluto.
- Intentar precisar si existen o no causas metabólicas, infecciosas o de otro tipo para la amenaza de aborto y tratar según hallazgos.

2.- Sí la ecografía demuestra viabilidad ovular pero pone de manifiesto un cierto desprendimiento placentario, o las pruebas de B-HCG cuantitativa expresan cierto déficit hormonal:

- Hospitalizar a la paciente para control y evaluación del embarazo.
- Prescribir reposo absoluto.
- Administrar progestágeno: progesterona natural micronizada 100 mg dos veces al día tras 24 a 48 horas sin presentar manchado de sangrado vaginal, se le da alta manteniendo reposo en casa y en forma gradual reiniciar actividad.
- Control dentro de 7 a 10 días en consulta ambulatoria del hospital.

3.- Si la Ecografía aún no revela placa embrionaria o un embriocardio positivo, o existe un desfase entre la edad gestacional real y la Ecografía, pero la B-HCG es positiva:

- Solicitar una nueva Ecografía al cabo de dos semanas y en el intervalo prescribir cierto reposo al paciente, sin medicación alguna.

Incidencia:

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo.⁽¹⁴⁾

✓ **Signos y Síntomas:**

Los signos y síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal
- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
- Volumen uterino acorde con amenorrea
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo.

La amenaza de aborto espontáneo puede presentarse con una pérdida de sangre apenas perceptible hasta un profundo shock potencialmente mortal

(McBride 1991). Una vez que el cuello uterino comienza a dilatarse, el aborto espontáneo y la pérdida del embarazo son inevitables. (15)

✓ **Causas**

De cada 5 mujeres embarazadas, 1 o 2 tendrán hemorragia vaginal en los primeros 3 meses del embarazo y muy probablemente una termine en una falla del embarazo propiamente dicha.

Las causas más frecuentes de hemorragia en el primer trimestre del embarazo y que pueden provocar Amenaza de Aborto son:

- Desprendimientos del saco gestacional.
- Desprendimientos de la placenta.
- Placenta de inserción baja en el inicio del embarazo.
- Bajos niveles de progesterona.
- Esfuerzos o el cargar objetos pesados por parte de la paciente.
- Falla temprana del embarazo no diagnosticada.
- Relaciones sexuales en algunos casos.
- Embarazo Ectópico.
- Enfermedades del útero como lo son Fibromas.
- Enfermedades de los ovarios como lo podrían ser quistes ováricos.
- Infecciones cérvico vaginales.
- Embarazo Molar.
- Enfermedades médicas maternas previas, con hipertensión arterial, diabetes, lupus eritematoso, enfermedades auto inmunitarias.
- Historia de abortos anteriores.
- Anomalías cromosómicas del embrión o feto.

Una amenaza de aborto requiere una evaluación médica especializada y lo primero que debe procederse a realizar por parte de la paciente y confirmar que efectivamente está embarazada, es: una prueba de embarazo, de preferencia en sangre, si ese resultado está positivo, el paso a seguir es consultar con su médico tratante para ser evaluada y a

través de una evaluación ginecológica determinar las posibles causas de la amenaza de aborto. (15)

FACORES DE RIESGO

Aborto espontaneo

Definición

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo (las pérdidas de fetos después de esa semana se denominan partos prematuros).

Un aborto espontáneo también se denomina "aborto natural" y se refiere a los hechos que ocurren naturalmente y no a abortos terapéuticos o abortos quirúrgicos. (15)

Otros términos para referirse a una pérdida temprana en el embarazo son:

- Aborto consumado: todos los productos de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto incompleto: sólo algunos de los productos de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto inevitable: no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.
- Aborto infectado (séptico): el revestimiento del útero o el útero y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.
- Aborto retenido: el embarazo se pierde y los productos de la concepción no salen del cuerpo.

Causas

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. Por lo regular, estos problemas no tienen relación con los genes del padre o de la madre.

Otras causas posibles de aborto espontáneo son:

- Drogadicción y alcoholismo
- Exposición a toxinas ambientales
- Problemas hormonales
- Infección
- Obesidad
- Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre
- Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo
- Tabaquismo

Alrededor de la mitad del total de los óvulos fecundados muere y se pierde (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada.⁽¹⁵⁾

Entre las mujeres que saben que están en embarazo, la tasa de aborto espontáneo es alrededor del 15 al 20%. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.⁽¹⁵⁾

Signos y síntomas

Los posibles síntomas abarcan:

- Lumbago o dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico
- Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina
- Sangrado vaginal con o sin cólicos abdominales
- Fiebre

Pruebas y exámenes

- Durante un examen pélvico, el médico puede observar que el cuello uterino está dilatado o adelgazado (borramiento del cuello uterino).
- Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado.

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes de sangre:

Tipo de sangre

- Incompatibilidad Rh (si usted tiene un tipo de sangre Rh-negativo, requeriría un tratamiento con inmunoglobulina Rh).
- Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar cuánta sangre se ha perdido.
- GCH (cualitativa) para confirmar el embarazo.
- GCH (cuantitativa) que se hace con intervalos de algunos días o semanas.
- Conteo de glóbulos blancos
- fórmula leucocitaria

Medidas Generales

1.- En pacientes hemodinámica mente estables:

Evaluación uterina a través de aspiración manual endouterina (AMEU), en aborto no complicado < 12 semanas o legrado uterino en aborto no complicado > 12 semanas, en caso de Aborto no complicado el manejo post AMEU es ambulatorio, a diferencia de los casos de aborto no complicado mayor de 12 semanas los cuales deben tener control hospitalario.

2.- En pacientes Hemodinamicamente descompensada: por hemorragia o infecciones.

- Hospitalización
- Canalizar vía endovenosa con catéter 18

- Reanimación hemodinámica con cloruro de sodio 0.9 % 1000 cc a chorro luego 60 got/min y evaluar necesidad de transfusión sanguínea.
- Oxigenoterapia 3 L
- Antibioticoterapia endovenosa amplio espectro.
- Colocar una sonda Foley
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Evacuación uterina a través de legrado uterino en centro quirúrgico.
- En caso de aborto con complicaciones se indicara hospitalización de la paciente con Antibioticoterapia de amplio aspecto.

Tratamiento médico:

Misoprostol: el tratamiento médico es reservado a la maduración cervical para el tratamiento quirúrgico posterior y evitar así posibles injurias sobre el cérvix o útero.

Tratamiento quirúrgico:

- Dilatación y legrado
- Aspiración Manual Endouterina

Después del tratamiento, la mujer generalmente reanuda su ciclo menstrual normal al cabo de 4 a 6 semanas, pero cualquier sangrado vaginal posterior debe ser vigilado cuidadosamente. A menudo, es posible quedar embarazada inmediatamente. Se recomienda que las mujeres embarazadas esperen un ciclo menstrual normal antes de tratar de quedar en embarazo de nuevo.⁽¹⁶⁾

➤ **Factores de riesgo**

A continuación se mencionan los factores más importantes posiblemente asociados al aborto espontáneo:

- Multiparidad
- Edad materna y paterna avanzada

- Abortos y embarazos previos
 - Tabaquismo y alcoholismo
 - Anticonceptivos orales
 - Embarazo con DIU
-
- Antecedente de aborto inducido Patología materna (alteraciones uterinas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis, hipotiroidismo, etc.)

Etiología

El desarrollo del embrión humano puede ser afectado por innumerables causas y factores asociados. Entre las más importantes se destacan, por orden de frecuencia, las siguientes:

- Anomalías genéticas (50-60%)
- Incompetencia cervical (8-15%)
- Endocrinas (5-10%)
- Separación corioamniótica (5-10%)
- Infecciones (3-5%)
- Inmunológicas (3-5%)
- Anomalías uterinas (1-3%)

Anomalías genéticas.- La mayoría corresponden a pérdidas que suceden antes de las 8 semanas de embarazo, generalmente como huevos anembrionado.

Las distintas alteraciones que se producen llevan a la formación de un cigoto anormal como consecuencia de un error en la meiosis I o II, ya sea materna o paterna; súper fecundación o bien división cromosómica sin división citoplasmática. A continuación se mencionan las Anomalías cromosómicas más frecuentes:

- Trisomías autosómicas (T 16)

- Triploidías (doble fertilización)
- Monosomía X (45XO)
- Translocaciones e inversiones B.

Incompetencia cervical; Consiste en la dilatación indolora del cuello que lleva a una protrusión de las membranas y la consecuente expulsión fetal si no se maneja oportuna y adecuadamente. Ocurre por lo general durante el 2º o 3 er trimestre y tiende a recurrir en embarazos posteriores.

Etiología: Entre las causas más frecuentes destacan las de tipo congénita principalmente, seguidas de aquellas secundarias como: conizaciones, traumáticas o dilatación cervical manual.

El diagnóstico es obtenido por la historia obstétrica más la ecografía.

El tratamiento es quirúrgico consistente en el reforzamiento del cuello mediante un cerclaje el cual puede ser profiláctico si se realiza antes de las 16 semanas o de rescate si se practica después de esa fecha y asociado a síntomas.

Esta última modalidad se asocia a mayor tasa de complicaciones. (15)

Ecografía en el primer trimestre del embarazo

La ecografía del primer trimestre del embarazo empezó a ser utilizada hace más de 35 años con la intención de medir la longitud cráneo-caudal (LCN) del feto y estimar la edad gestacional. Actualmente no solo se mide LCN sino también se evalúa una serie de detalles ecográficos entre las 11+0 y 13+6 semanas, con los siguientes objetivos principales:

- Confirmar la ubicación intrauterina del embarazo
- Confirmar la viabilidad fetal
- Determinar el número de fetos y corionicidad en caso de embarazos múltiples
- Determinar la edad gestacional
- Evaluación de marcadores de anormalidades cromosómicas

- Valoración de la anatomía fetal, para excluir anomalías mayores
- Valoración Doppler de las arterias uterinas para determinar riesgo de pre-eclampsia
- Medición de la longitud cervical como potencial predictor de parto pre término.

Confirmación del embarazo intrauterino

Durante los últimos 25 años, la incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado progresivamente, mientras la morbilidad y mortalidad asociada ha disminuido sustancialmente. Esto es debido principalmente al diagnóstico temprano y la evidencia a favor de manejos mínimamente invasivos (i.e. laparoscopia) o no invasivos (i.e. manejo expectante, manejo médico). La ecografía entre las 11+0 y 13+6 semanas nos permite confirmar la presencia del embarazo intrauterino o determinar su localización en caso de tratarse de un embarazo ectópico. Si bien la ecografía transvaginal convencional puede detectar confiablemente un embarazo viable intrauterino a las 6 y 7 semanas, no debe ser realizada en forma rutinaria para tamizar embarazo ectópico a esta edad gestacional, por el alto número de falsos positivos que requerirán después evaluaciones innecesarias y porque definitivamente no ha demostrado ser costo efectiva. Dado que la forma común de presentación de un embarazo ectópico es sangrado vaginal o dolor abdominal, la ecografía temprana solo debe ser realizada ante este escenario clínico o tras la identificación de otros factores de riesgo.⁽¹⁷⁾

Confirmar la viabilidad fetal

Igualmente, no existen evidencias actuales que hagan necesaria una evaluación temprana de la viabilidad del producto. La mayoría de anomalías cromosómicas severas no evolucionarán y se harán clínicamente evidentes bajo la forma de abortos espontáneos, los cuales pueden ser manejados de la forma estándar. En un estudio prospectivo de viabilidad fetal entre las 6 a 10 semanas, los únicos factores relacionados con pérdida fetal fueron edad materna avanzada, hábito de fumar y

sangrado vaginal. Adicionalmente, encontraron un menor diámetro del saco gestacional y bradicardia fetal; sin embargo, debido al alto número de falsos positivos en estos casos, no se recomienda la evaluación ecográfica de rutina antes de las 11 semanas.⁽¹⁷⁾

Determinar el número de fetos y corionicidad

El embarazo múltiple es cada vez más frecuente, debido a que nuestra población de mujeres tiende a postergar su embarazo y a que las técnicas de reproducción son cada vez más accesibles a la población. La incidencia actual de embarazo múltiple es de 1 a 2%. Su seguimiento y manejo de las complicaciones plantean serios retos en nuestra práctica. De 1 a 2% de las gestaciones bicoriales va hacia muerte perinatal, mientras lo propio ocurre en 3 a 4% de las gestaciones monocoriales. El 20% de las gestaciones monocoriales desarrolla transfusión feto-fetal y de estas, 50% presentará la forma más grave, que ameritará tratamiento. Por lo que, la determinación de la corionicidad definirá el futuro, manejo y pronóstico de un embarazo múltiple. La determinación de la corionicidad entre las 11 y 13 semanas es sencilla y confiable, alcanzando una sensibilidad y especificidad de casi 100%. Sin embargo, el diagnóstico en el segundo y tercer trimestre es inexacto, por lo que no se debe dejar pasar la oportunidad de evaluar la corionicidad y etiquetar el embarazo de aquí en adelante. El signo de lambda λ indica que la gestación es dicoriónica y el signo de la 'T' invertida hace el diagnóstico de monocoriónicodiamniótico.⁽¹⁷⁾

Determinar la edad gestacional

La determinación de la edad gestacional clásicamente fue basada en el número de semanas de amenorrea, la cual fija como criterios absolutos ciclos regulares de 28 días, no dudas en la fecha exacta y no uso de anticonceptivos por lo menos tres meses previos. Sin embargo, solo 50% cumple con estos criterios, por lo que la determinación actual de la edad gestacional debe hacerse en base a la ecografía del primer trimestre o ser

confirmada con esta última. El momento más exacto y confiable para determinar la edad gestacional es entre las 8 y 12 semana. La evaluación ecográfica del primer trimestre incluye la medida de LCN, que es el método más exacto para la estimación de la edad gestacional.⁽¹⁷⁾

Seguimiento de una amenaza de aborto

Ante una amenaza de aborto es recomendable realizar una ecografía vaginal, en la que puede encontrarse algo de lo siguiente.

1. En la ecografía se puede observar un embrión normal con su latido cardíaco y con su placenta. En ese caso, no suele ser necesario ningún seguimiento más.

2. En la ecografía se puede apreciar un cúmulo de sangre detrás de la placenta: se llama hematoma retrocorial. Muchos ginecólogos encuentran conveniente seguir realizando ecografías cada cierto número de días para conocer la evolución de ese hematoma; aunque conocer un desenlace negativo en este caso no sirve para evitarlo, una vez que se observe la existencia del hematoma.⁽¹⁷⁾

3. En la ecografía puede no encontrarse latido cardíaco fetal pero el embrión es aún pequeño o no se ve. En este caso es necesario repetir la ecografía en una semana o dos. El retraso en el diagnóstico no causa ningún problema y, en cambio, si esperamos, estaremos más seguros del diagnóstico. Si a la semana la imagen no evoluciona, se confirma el aborto. Si hay latido del corazón se debe hacer reposo y no suele ser necesario más seguimiento. Y si la imagen evoluciona pero no hay latido es necesario seguir investigando para estar seguros de que no se trata de una gestación fuera del útero, que requeriría un tratamiento especial.⁽¹⁸⁾

4.- En la ecografía puede no encontrarse latido cardiaco fetal con un embrión de tamaño de 11 semanas. En ese caso se diagnostica un aborto.

5.-La principal dificultad para el diagnóstico se plantea cuando existe una prueba de embarazo positiva y no es posible localizar la gestación por ecografía. En estos casos se debe cuantificar el nivel en sangre de la hormona β -hCG. (18)

2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Amenaza de aborto: La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. (19)

Aborto espontaneo:Expulsión del feto de forma espontánea antes de las 20 semanas del embarazo. En general, los abortos espontáneos suelen estar causados por problemas cromosómicos, aunque también disfunciones hormonales en la madre o infecciones pueden ocasionarlo. Se ha calculado que la mitad de los óvulos fecundados no evolucionan favorablemente y son abortados espontáneamente. (19)

Aborto incompleto.- Es la interrupción de la gestación en la que los productos de la concepción no se expulsan o extraen completamente, con frecuencia acompañada de una hemorragia que puede requerir la evacuación quirúrgica mediante legrado, oxitócicos y transfusión de sangre.(19)

Aborto diferido.- Se habla de aborto diferido cuando el embarazo termina de manera repentina, pero el feto sigue creciendo por razones inexplicables. (19)

Aborto espontáneo.- El aborto espontáneo o aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo,¹ denominándose a partir de ese momento parto prematuro. A su vez el aborto se puede subdividir en temprano (antes de semana 12) y tardío (después de la semana 12 y hasta las 20 semanas de gestación) El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada, incompleto, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación, completo cuando todo es eliminado por completo. (19)

Aborto terapéutico.- El aborto terapéutico es el aborto inducido justificado por razones médicas. La mayor parte de las legislaciones que regulan el aborto, tanto las permisivas como las restrictivas, distinguen, en diferente grado, entre la total o mayor admisibilidad del aborto terapéutico respecto a la interrupción voluntaria del embarazo.(19)

Aborto clínico cuando se pierde la gestación tras haberse objetivado ecográficamente la implantación del embrión y la formación del saco gestacional.(19)

Bradicardia fetal: Disminución de la frecuencia cardiaca fetal por debajo de 120 latidos por minuto y durante más de 15 minutos.(19)

Ecografía: Técnica inocua base de la ginecología y obstetricia modernas, basada en el efecto piezoeléctrico. Actualmente compuesta de diversas variantes como la 2D, 3D, 4D, Doppler, Doppler color, etc. (20)

Control prenatal: control y monitoreo que se realiza a toda gestante desde la ausencia de la menstruación hasta el inicio del trabajo de parto.
(20)

Embarazo complicado: aquella gestación que durante su evolución presenta alguna complicación o patología. (20)

Control prenatal inadecuado: el control prenatal inadecuado debido a la alteración no continua de un control de embarazo apropiado conlleva a mayores tasas de partos pre término, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), amenaza de aborto, pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal.(20)

La infección urinaria (IU): Es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. Los síntomas que acompañan a una infección de orina son los que

componen el síndrome miccional, teniendo en cuenta que las infecciones de orina también pueden ser asintomáticas. (20)

La diabetes: Es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos. (20)

Diabetes gestacional: Diabetes gestacional o intolerancia a la glucosa durante el embarazo es la presencia de glucemia alta (diabetes) que empieza o se diagnostica primero durante el embarazo. (20)

La incompetencia cervical: También conocida como cuello uterino incompetente, consiste en la incapacidad del cuello del útero para permanecer cerrado hasta el final del embarazo. En condiciones normales, el cuello del útero adelgaza en la etapa final del embarazo, preparándose para el trabajo de parto. Sin embargo, si la mujer presenta insuficiencia cervical, el cuello uterino se abre antes del término del embarazo originando un aborto espontáneo o un parto prematuro. (20)

La hipertensión arterial: Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. (20)

Vaginosis bacteriana: Es una infección polimicrobiana de amplia distribución, no considerada como infección de transmisión sexual, pero que acompaña a muchas otras, constituyéndose en un marcador inespecífico de ellas, asociando con muchas complicaciones infecciosas ginecológicas y obstétricas de gran importancia. (20)

CAPITULO III.
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

3.1 . Presentación y análisis de los resultados obtenidos

3.1.1. Puntuaciones de variables en estudio descriptivo

El punto de partida en este trabajo de investigación es determinar los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco, permitiendo identificar los factores más frecuentes que intervienen en la amenaza de aborto.

Tabla N° 1

Gestantes que ingresan al servicio de Hospitalización de gineco-obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

Diagnostico	Nº	%
Amenaza de aborto	278	28 %
Otros diagnósticos	722	72 %
total	1000	100 %

De 1000 gestantes que ingresaron al servicio de Hospitalización, 278 (28 %) ingresaron con diagnóstico de Amenaza de aborto; mientras que 722 (72 %) ingresaron con otros diagnósticos.

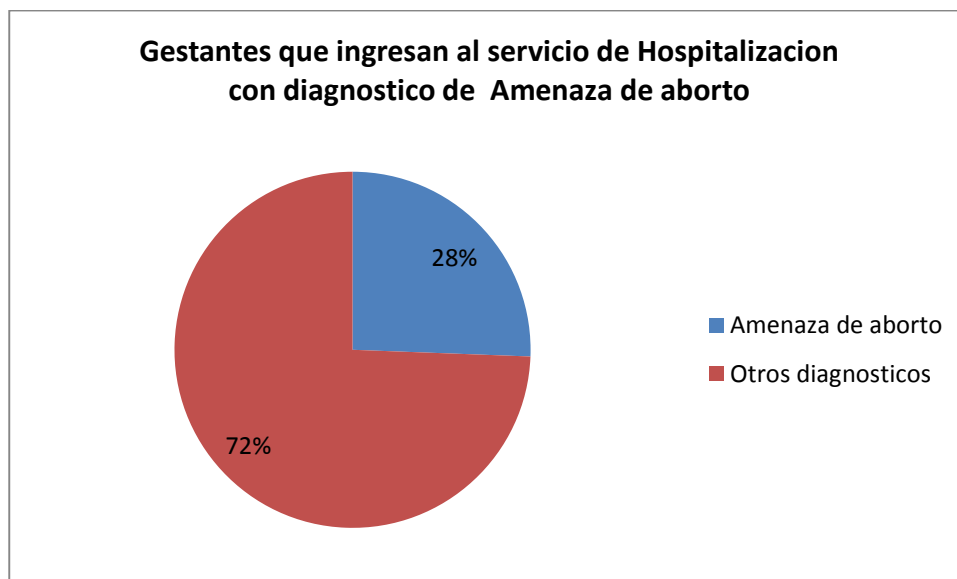
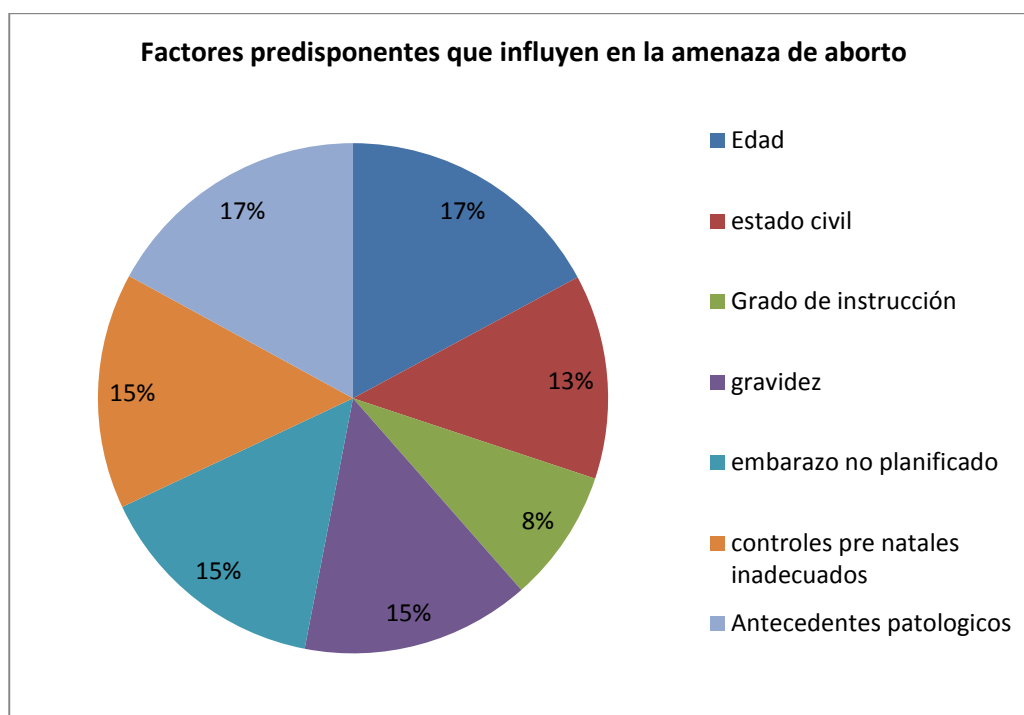


Tabla N° 2

Factores de riesgo predisponentes que influyen en las gestantes que ingresan al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.



En cuanto a los factores de riesgos asociados por orden de prioridad encontramos a la edad con un 17% y a los antecedentes patológicos 17%; la gravidez , el embarazo no planificado y los controles prenatales inadecuados con un 15%, mientras que al estado civil con 13% y el grado de instrucción con 8%.

Tabla N° 3

Relación de Amenaza de aborto y la edad de la gestante que ingresa al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

Edad	Nº	Porcentaje %
≤ 20 años	78	28 %
21 a 30	113	41 %
≥ 30 años	87	31 %
TOTAL	278	100 %

El 41 % de las gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto tenían entre 21 a 30 años, el 31% abarco la edad ≥ 30 años, mientras que un 28 % fueron pacientes ≤ 20 años

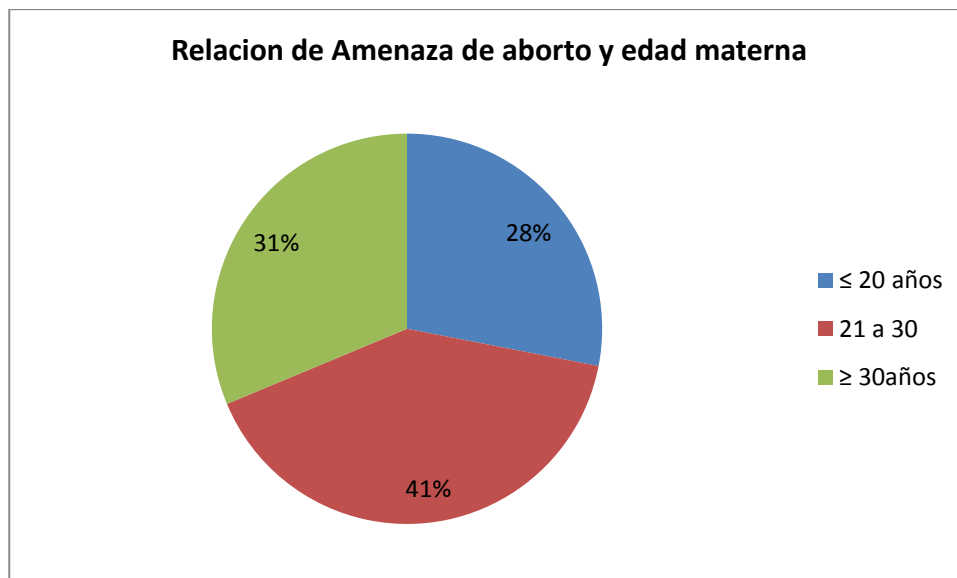


Tabla N° 4

Relación de Amenaza de aborto y el estado civil de la gestante que ingresa al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

<u>Estado Civil</u>	<u>Nº</u>	<u>Porcentaje %</u>
Soltera	44	16 %
casada	82	29 %
Conviviente	152	55 %
TOTAL	278	100 %

El 55% de las gestantes tenía como estado civil conviviente, el 29% casada y el 16% era soltera.

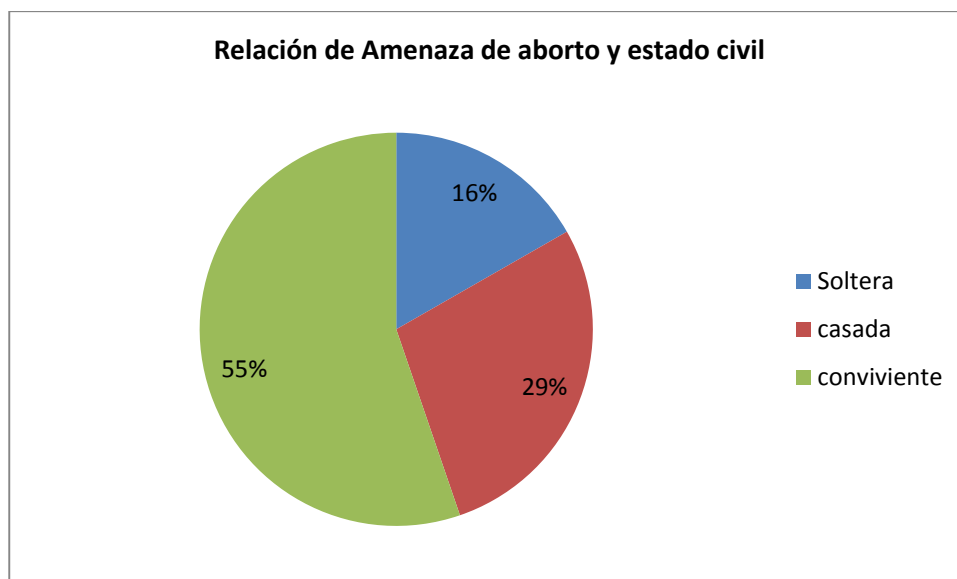


Tabla N° 5

Relación de Amenaza de aborto y el grado de instrucción de la gestante que ingresa al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo

Noviembre 2013 – Octubre 2014.

<u>Grado de instrucción</u>	<u>N°</u>	<u>porcentaje %</u>
analfabeta	12	4 %
primaria	24	9 %
secundaria incompleta	39	14 %
secundaria completa	71	26 %
superior no universitario	93	33 %
superior universitario	39	14 %
Total	278	100 %

El 33% de las gestantes tuvo un nivel de educación superior no universitario, el 26% tuvo secundaria completa, 14% superior universitario, 14% secundaria incompleta, 9% primaria y solo un 4% de las pacientes fueron analfabetas.

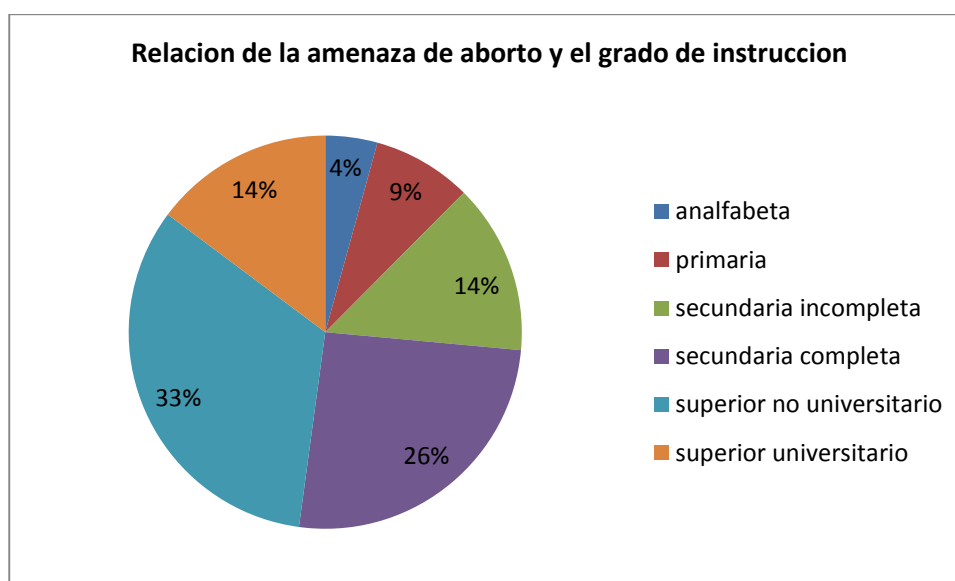


Tabla N° 6

Relación de Amenaza de aborto y la gravidez de la gestante que ingresa al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

Gravidez de la gestante	N°	Porcentaje %
Primigestas	107	38 %
Multigestas	171	62 %
Total	278	100 %

El 62% de la gestante que ingresa con diagnóstico de amenaza de aborto eran multigestas y el 38% eran Primigestas.

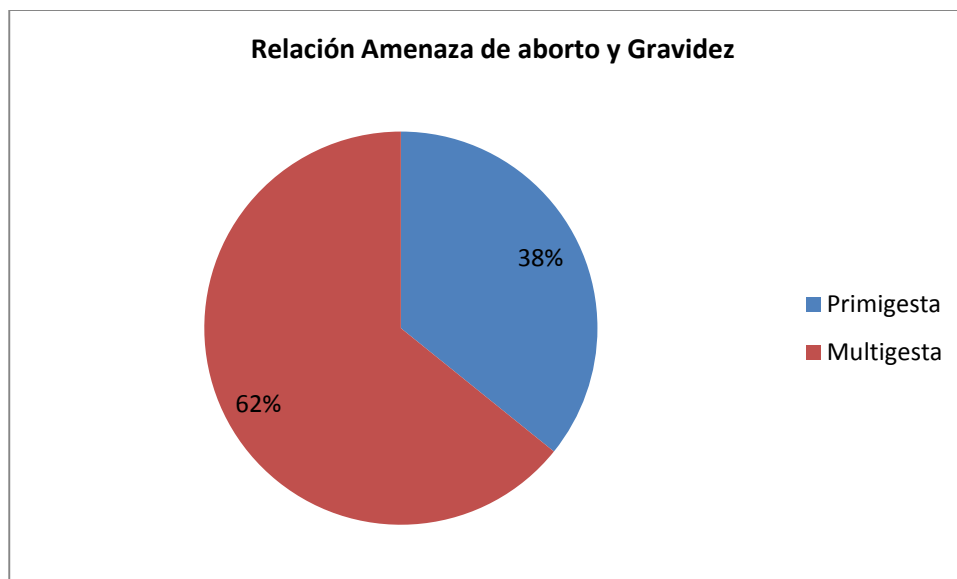


Tabla N° 7

Relación de Amenaza de aborto y el embarazo no planificado de la gestante que ingresa al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

Embarazo planificado	Nº	Porcentaje %
No	187	67 %
Si	91	33 %
total	278	100 %

El 67% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto No planifico su embarazo, mientras que el 33% si planifico su embarazo.

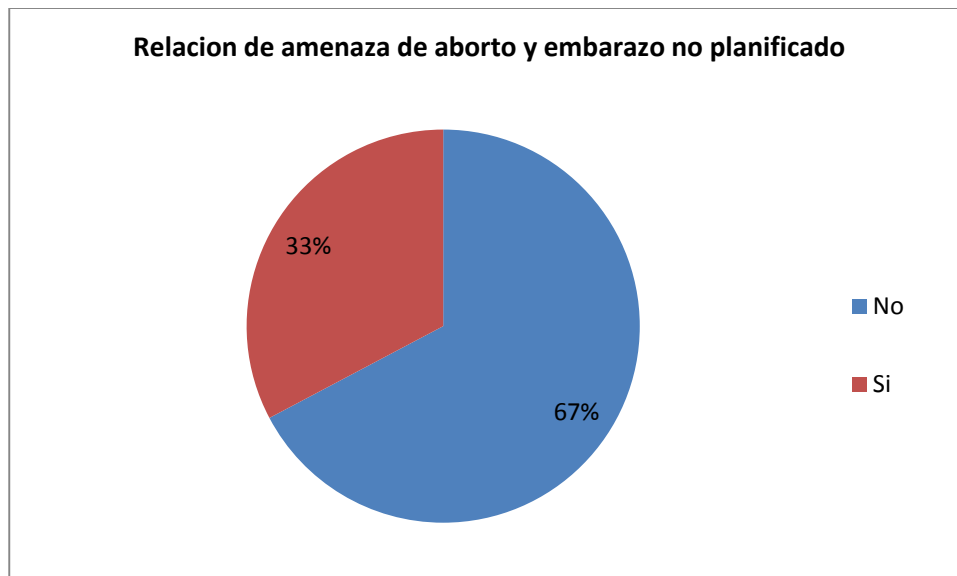


Tabla N° 8

Relación de Amenaza de aborto y el control prenatal inadecuado de la gestante que ingresa al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

Control prenatal	Amenaza de aborto	porcentaje %
Sin Controles pre natales	93	33 %
con controles prenatales inadecuado	185	67 %
Total	278	100 %

En el siguiente grafico encontramos que de 278 pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de aborto 185 gestantes 67% tuvieron controles pre natales inadecuado; mientras que 93 gestantes 33% notuvieron controles pre natales.

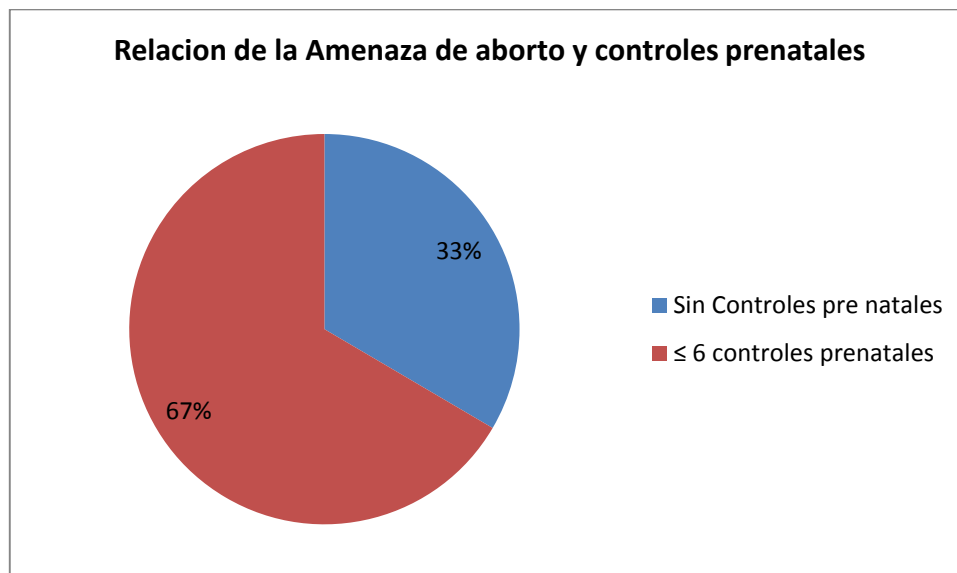


Tabla N° 9

Relación de Amenaza de aborto y Antecedentes patológico de la gestante que ingresa al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

<u>Antecedentes patológico</u>	<u>Amenaza de aborto</u>	<u>Porcentaje %</u>
Si	168	60 %
No	110	40 %
Total	278	100 %

En el siguiente grafico de 278 gestantes que ingresaron con diagnostico de amenaza de aborto, 168 gestantes 60 % tuvieron antecedentes patológicos en su antiguo embarazo, mientras 110 gestantes 40 % no tuvieron antecedentes patológicos en su antiguo embarazo.

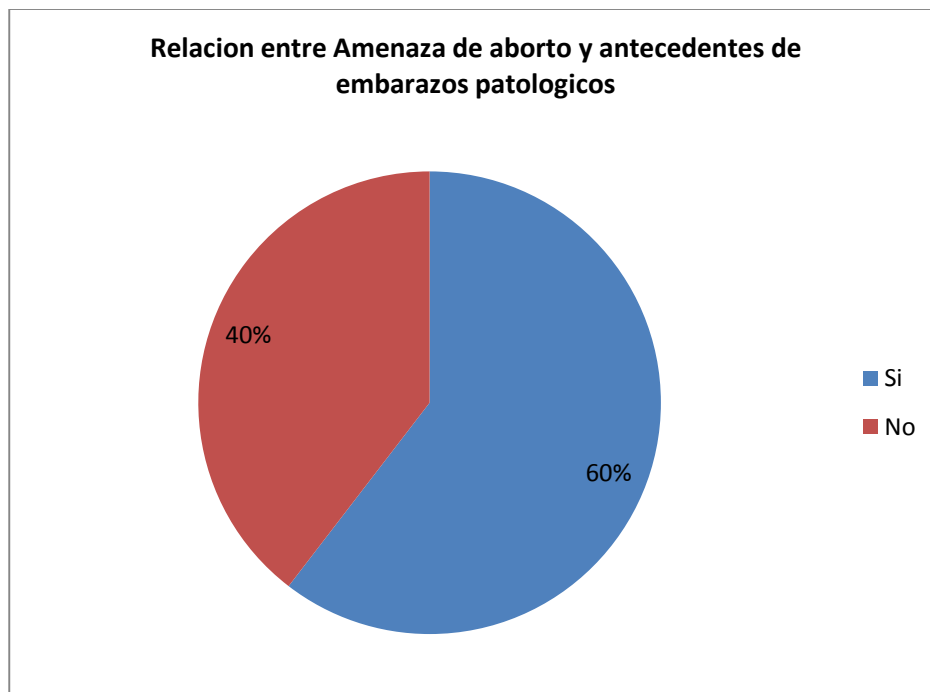
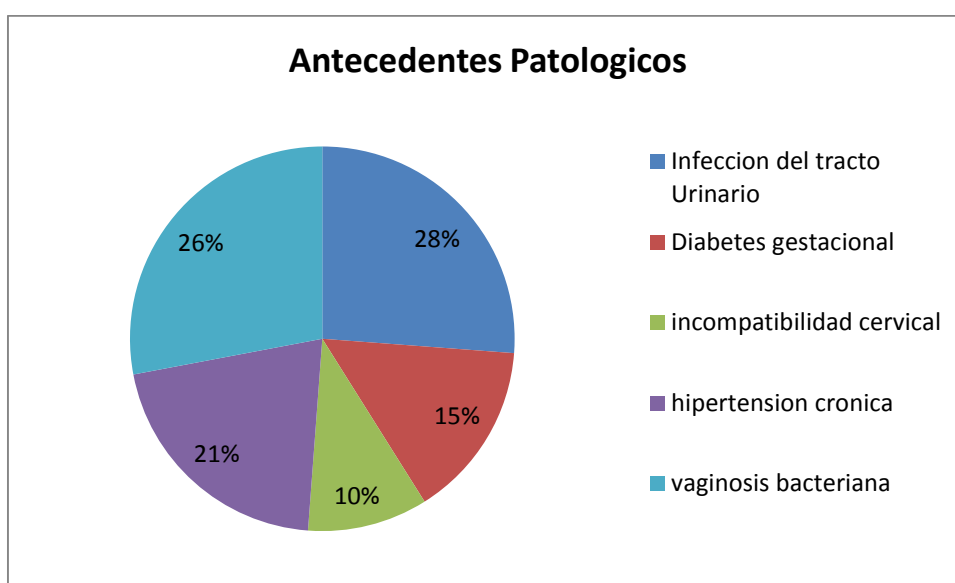


Tabla N° 10

Antecedentes patológicos de la gestante que ingresaron al servicio de Hospitalización de gineco - obstetricia del hospital San Juan de Dios, Pisco. Periodo Noviembre 2013 – Octubre 2014.

Antecedentes Patológicos	Nº	Porcentaje %
Vaginosis Bacteriana	44	26 %
Diabetes gestacional	25	15 %
incompatibilidad cervical	17	10 %
Hipertensión crónica	35	21 %
Infección del tracto Urinario	47	28 %
Total	168	100 %

El 28% de gestantes presento Infección del tracto urinario en su antiguo embarazo, el 26% Vaginosis bacteriana, 21% Hipertensión crónica, 15% Diabetes gestacional y 10% Incompatibilidad cervical.



Discusión

En mi trabajo de investigación realizada en el Hospital San Juan De Dios – Pisco, durante el periodo noviembre 2013 a octubre 2014 se encontró que de 1 000 gestantes que ingresaron al servicio de hospitalización del servicio de Gineco – Obstetricia, de las cuales 278 (28%) gestantes ingresaron con diagnóstico de amenaza de aborto; mientras que un 722 (72%) gestantes ingresaron por otros diagnósticos al servicio de obstetricia; resultado que se diferencia en la investigación de la autora Rojas M. en su tesis Factores médicos y socio epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto realizado en la ciudad de Lima; obtuvo como resultado que de 6 669 gestantes que ingresaron al Instituto Materno Perinatal 135 (2.02 %) presentaron amenaza de aborto, mientras un 97.98% ingreso por otro diagnóstico.

En mi investigación Se encuentra que de 278 gestantes que ingresaron al Hospital San Juan de Dios de Pisco, el 65% de las gestantes tenían entre 20 a 35 años de edad, 23 % tenían menos de 19 años y un 12 % eran mayores de 36 años. En el cual determinamos que la edad es un factor de riesgo predisponente ya que nos indica que el mayor porcentaje de gestantes inicia su actividad sexual a temprana edad por la falta de comunicación, dialogo y charlas sobre métodos anticonceptivos. En cuanto a la investigación realizada en Ecuador, por las autoras Bustillos C. Espinal M; encontraron que en cuanto a factor de riesgo que influye en la amenaza de aborto el 38% de gestantes eran menores de 19 años; Se concluye que edades tempranas antes de los 19 y mayor de 35 años son factores de riesgo para las amenazas de aborto según resultado de la investigación del autor, en cuando a mi investigación no es así ya que el 65% de las gestantes tenían edades entre 20 a 35 años.

En mi investigación realizada en el Hospital San Juan de Dios de Pisco; se encontró que de 278 gestantes que ingresaron al servicio de gineco obstetricia con diagnóstico de amenaza de aborto; el 63% eran multigestas, mientras que el 37% eran Primigestas, en el cual determinamos que la gravidez de la gestante es un factor predisponente , en el cual nos indica que la mayoría de las gestantes ha tenido un embarazo anterior complicado por lo que no se le brindo una consejería pre concepcional y las posibles complicación durante el embarazo , en el cual un grupo finalizo su embarazo en un parto exitoso mientras otro grupo no. Mientras que En una investigación realizada en Ecuador, por los autores Bravo R. Macías N. en su tesis Incidencia de abortos en mujeres en edad fértil en el Hospital IESS Manta; encontraron que en cuanto a la gravidez de las gestantes que presentaron amenaza de aborto el 52.21% eran multigestas y el 47.8% eran Primigestas.

En mi investigación realizada en el Hospital San Juan de Dios de Pisco; se encontró que de 278 gestantes que ingresaron al servicio de gineco obstetricia con diagnóstico de amenaza de aborto; el 67 % de las gestantes no planifico su embarazo y un 33 % de las gestantes no tuvo un control pre natal; el cual nos indica en ambas investigaciones que las gestantes no toman importancia a la planificación familiar y al control pre natal temprano. En cuanto a una investigación realizada en Lima, por la autora Rojas M. en la tesis Factores médicos y socio epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal; encontró que dentro de los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto tuvieron al embarazo no planificado con un 41.5 % y el 33.3% de las gestantes no tuvieron un control pre natal.

En mi investigación realizada en el Hospital San Juan de Dios de Pisco; se encontró que de 278 gestantes que ingresaron al servicio de gineco obstetricia con diagnóstico de amenaza de aborto; en cuanto a los antecedentes patológicos un 60 % de gestantes presentaron antecedentes patológicos en su gestación anterior, de los cuales por orden de prioridad se identificó que el 28% de gestantes presento Vaginosis bacteriana en su antiguo embarazo, el 26% Infección del tracto urinario, 21% Hipertensión crónica, 15% Diabetes gestacional y 10% Incompatibilidad cervical. Mientras que en una investigación realizada por la autora Rojas M. en la ciudad de lima, se encontró que solo un 2 % de las gestantes que tuvo amenaza de aborto presento antecedentes patológicos, marcando diferencia entre ambas investigaciones en cuanto a patologías de gestantes.

Conclusiones

1.- Dentro de los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto, concluimos que tanto la edad 17% , el embarazo no planificado 15% y la gravidez 15% son factores que influyen directamente en la amenaza de aborto, mientras que el estado civil y el grado de instrucción no son factores que influyen directamente.

2.- En cuanto a los controles pre natales como factor de riesgo, concluimos que es un factor de riesgo predisponente para la amenaza de aborto, debido a que la mayoría de las gestantes cuenta con controles pre natales, siendo estos inadecuados, indicándonos que hay una falta de consejería pre concepcional donde muchas de las gestantes acuden al consultorio cuando presentan sintomatologías de complicaciones, entre otros; de igual forma no toman en consideración las recomendaciones que se les hace en consultorio complicando así su desarrollo gestacional.

3.- En cuanto a los antecedentes patológicos 17% como factor de riesgo, concluimos que si es un factor de riesgo, debido a que 168 (60%) de las gestantes presento complicaciones en su anterior gestación.

Recomendaciones

1.- Fortalecer y ampliar por parte de las obstetras el enfoque en los controles pre conceptuales para lograr que la gestante tome conciencia en cuanto a la importancia de planificar un embarazo optimo, a una edad adecuada y en el tiempo indicado, priorizando una buena educación y comunicación de la gestante y su pareja, disminuyendo así los embarazos no deseados y continuos.

2.- Fortalecer y ampliar el enfoque en los controles prenatales para lograr que toda gestante tenga una Atención pre natal apropiada con sentido humanístico, respetando los derechos ciudadanos y priorizando la información, educación y comunicación de la gestante y su familia mediante la cual se podrá valorar el tiempo que se le da en un control prenatal observando que en algunos casos no es suficiente para llegar más a la gestante; por el cual muchas de ellas no toman en cuenta las recomendaciones que se les da en consultorio, reincidiendo en complicaciones maternas que complican el embarazo.

3.- Realizar continuamente reuniones técnicas con la participación de todo el personal del departamento de Gineco Obstetricia del Hospital San Juan De Dios; Pisco para analizar, deliberar, coordinar y planificar una mejor captación y atención de pacientes, así como realizar un radar evaluando los factores determinantes tanto maternos como sociodemográficos que pueden generar complicaciones a las gestantes, programando así un seguimiento frecuente a todas las gestantes con antecedentes patológicas, para lograr identificarlas y a la vez sensibilizarlas para que tengan un apropiado control para su gestación actual y posterior.

Anexos

1.- Fuentes de información:

- (1) Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del INMP [página de internet] Boletín epidemiológico consolidado 2013 [consultado enero 2014], disponible en: http://www.inmp.gob.pe/images/archivos/Epidemiologia/2014/boletin/Boletin_Epidemiologico_N_3.pdf.
- (2) Sistema estadístico. Modulo – egresos: Morbilidad Hospitalaria por grupo etario; Hospital San Juan de Dios Pisco; 2013.
- (3) Diana Angulo en la tesis “prevalencia de infección del tracto urinario como factor de riesgo en pacientes con amenaza de aborto en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos, nueva Loja durante los meses enero – abril 2014”. Ecuador 2014.
- (4) Bustillos C. Espinal M. “Evaluación de los resultados con administración de progesterona en paciente con amenaza de aborto en edades comprendidas entre 18 a 35 años en el Hospital Verdi Cevallos Balda desde el 01 de mayo del 2009 al 0 de mayo del 2010” [tesis]. Ecuador. 2010.
- (5) Bravo R. Macías N. “Incidencia de abortos en mujeres en edad fértil en el Hospital IESS Manta en el periodo mayo 2012 a febrero 2013” [tesis]. Ecuador. 2013.
- (6) Cervantes B. Vera L. “Infecciones Bacterianas en el tracto genito urinario en mujeres embarazadas del Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad Portoviejo, Abril – septiembre 2011” [tesis] Ecuador. 2012.

- (7) Saraswat L., Bhattacharya S., Maheshwari A., Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG. 2009.
- (8) Obregoso A. “Factores asociados a amenaza de aborto en el Hospital de especialidades básicas La Noria” [tesis] Trujillo. 2014.
- (9) Rojas M. “Factores médicos y socio epidemiológicos asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo febrero – setiembre del 2008” [tesis]. Lima. 2009.
- (10) Mestanza M. “Percepción de las Primigestas sobre el cuidado en infección de vías urinarias, centro de salud materno pedro Pablo Atusparia” [tesis]. Chiclayo. 2012.
- (11) Padilla J. “Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el hospital belén de Trujillo” [tesis]. Trujillo. 2013.
- (12) Felipa colonio A. En la tesis “infecciones urinarias y complicaciones maternas en gestantes adolescentes hospital san juan de dios pisco 2013”
- (13) Arquíñego león P. en su tesis “prevalencia y característica epidemiológicas de la infección urinaria en las gestantes a términos atendidas en el hospital rene toche groppo Es salud chincha entre los meses d abril a julio 2014”
- (14) Gonzales A. Amenaza de aborto: Revista médica de Costa Rica y Centro América IXVIII [Revista en internet].2011. [Consultado 12 diciembre 2013]; disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>

(15) Cano E. [Página principal en internet] Guatemala. 2010, [citado enero 2014]; disponible en: <http://edsoncano.com/amenaza-de-aborto/>

(16) University of Maryland Medical Center [Homepage on the internet]. 2012, [Actualizado mayo, 2014 – Citado julio 2014]; disponible en : <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/aborto-espontaneo>

(17) Clinic Barcelona Hospital Universitari [Homepage on the internet]. 2008, [Actualizado Junio 2012 – revisado Enero 2014]. [about 7 screens]. Disponible.

(18) Nazario C. Ventura J. La importancia de la ecografía a las 11+0 a 13+6 semanas de embarazo [artículo de revisión]. 2011. [consultado 24 agosto 2014]; disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a10v72n3.pdf>

(19) Instituto Bernabeu – Medicina Reproductiva. [Homepage on the internet]. 1985. [Actualizado 2013 – revisado 2014]. Disponible en: https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=4weWVPuRHqba8gfcx4H4CQ#q=diccionario+ginecologico

(20) Obstetricia y Ginecología. [Homepage on the internet]. 2004. [Actualizado 2013 – Revisado 2014]. Disponible en : <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>

2.- Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Instrumento	Fuente
¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014?	<p>Objetivo General.</p> <p>Determinar los factores de riesgo que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el factor de riesgo más frecuente que influyen en la amenaza de aborto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios – Pisco; noviembre 2013 – octubre 2014.</p>	Por ser una investigación de tipo descriptivo no se plantea hipótesis.	<p>- variables Dependientes:</p> <p>Amenaza de aborto</p> <p>- Variable independiente</p> <p>Factores de Riesgo</p> <p>- Variable Interviniente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad materna • Estado civil. • Grado de instrucción • Gravidéz • Antecedente patológico. • Embarazo no planificado. • Control prenatal inadecuado. 	<p>Presente / Ausente</p> <p>Si / No</p> <p>≤19 a. 20 _ 35 a. ≥ a 36 a</p> <p>Soltera Casada Conviviente</p> <p>- Analfabeta - Primaria - Secundaria Incompleta - Secundaria completa - Superior universitario no - Superior universitario</p> <p>Primigestas Multigestas</p> <p>Si (ITU, Vaginosis bacteriana, Hipertensión, Diabetes, inco. Cervical.</p> <p>No</p> <p>Si No</p> <p>Sin CPN CPN inadecuado</p>	Ficha de recolección de datos	Historias Clínicas

3.- Entrevista y fichas de recolección de datos



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÈMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Hospital San Juan De Dios - Pisco

Fecha:...../...../.....

DATOS DE FILIACION

H.C.....

Estado civil: Soltera _____ Casada _____

Conviviente _____

Grado de Instrucción Analfabeta _____ Primaria _____

Sec. Comp _____ Sec. Incomp _____

Sup Univers. _____ Sup No Univers. _____

Edad ≤ 19 a _____ 20 a 35 a _____ ≥ 35 a. _____

Embarazo planificado Sí _____ No _____

F.O: G.....P..... FUR...../...../.....

FPP...../...../.....

EG.....SEM. Anticonceptivo: Si _____ No _____

Antecedente patológicos en embarazo anterior Sí _____ No _____

Infección del tracto urinario Incompatibilidad cervical

Diabetes gestacional Hipertensión crónica

Vaginosis bacteriana

Amenaza de aborto debido a antecedentes patológicos Sí _____ No _____

Procesos infecciosos en el embarazo actual Sí _____ No _____

CPN Sin Controles Pre Natales _____

Controles pre natales Tardíos _____

DIAGNOSTICO:.....

.....