

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



*“Amenaza de Aborto como Factor asociado a Resultados
Neonatales adversos en el Hospital General José Soto Cadenillas
- Chota, Período 2016”*

TESIS

Para Optar el Título de Obstetra

AUTORAS

Adriana Soledad Concepción Chacón

Anamelva Altamirano Barboza

ASESOR

Dr. Oscar Felipe Romero Gonzáles

*Chiclayo - Perú
2018*

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme dado la vida y la fortaleza de permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres “Rosario y Juan”

Por ser los pilares más importantes de mi vida; demostrándome su cariño y apoyo incondicional.

A mis hermanos

que siempre han estado junto a mí acompañándome en todo momento.

ADRIANA SOLEDAD

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera universitaria, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

A mi madre “Rosa”

Por darme el apoyo incondicional en todo momento y en cada proyecto de mi vida, por ser una mujer intachable y a quien siempre he admirado por su tenacidad y dulzura.

A mi padre “Jesús”

Por estar al pendiente de todas mis necesidades y velar sin importar nada por mi bienestar.

ANAMELVA

AGRADECIMIENTO

Primero dar gracias a Dios por la vida y la salud que nos concede y por haber puesto en nuestro camino personas que han sido soporte y compañía en el transcurso de toda esta investigación.

A nuestro asesor de tesis: Dr. Oscar Felipe Romero porque sin su colaboración este trabajo no se hubiese concluido exitosamente y por su constante espíritu que nos ha brindado desde un inicio.

Al Hospital José Soto Cadenillas - Chota que ha puesto a nuestra disposición la valiosa información para llevar a cabo el desarrollo de nuestra tesis.

LAS AUTORAS

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	11
c. Base Teórica	19
1.2 Problema	23
1.3 Objetivos	23
1.4 Justificación de la Investigación	24
1.5 Identificación de Variables: Operacionalización	24 - 25
II. MATERIAL Y MÉTODOS	26
2.1 Tipo de Investigación	26
2.2 Diseño de Contrastación	26
2.3 Población y muestra	27
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	28
2.5 Procedimiento	29
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	29
III. RESULTADOS	31
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXO	47

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar si la amenaza de aborto es un factor asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital General José Soto Cadenillas - Chota, período 2016. Se realizó el presente estudio de tipo descriptivo y longitudinal, cuyo diseño fue de casos y controles. La población estuvo constituida por 260 casos de amenaza de aborto de las cuales 109 fueron resultados neonatales adversos reportados en el Departamento de Gineco - Obstetricia del hospital en mención.

Los principales resultados fueron:

- La frecuencia de resultados neonatales adversos en el período de estudio fue 41.92%.
- Prevalcieron las madres entre los 24 a 29 años de edad en el 41.54%.
- La atención pre natal en su mayoría fue no controlada en el 57.69%
- La amenaza de aborto es un factor asociado significativo a los resultados neonatales adversos. ($p < 0.05$)
- Dentro de los resultados neonatales adversos se halló: Apgar menor de 7 a los 5 minutos en el 44.95%, bajo peso en el 28.44%, prematuridad en el 17.43% y RN pequeño para edad gestacional en el 9.17%.

Palabras Claves: Amenaza de aborto, factor asociado, resultados neonatales adversos.

ABSTRACT

With the general objective of determining if the threat of abortion is a factor associated with adverse neonatal outcomes in the Jose Soto Cadenillas - Chota General Hospital, 2016. This descriptive and longitudinal study was carried out, whose design was of cases and controls. The population was constituted by 260 cases of threatened abortion of which 109 were neonatal adverse results reported in the department of Gynecology - Obstetrics of the hospital in mention.

The main results were:

- The frequency of adverse neonatal outcomes in the study period was 41.92%.
- Mothers between 24 and 29 years of age prevailed in 41.54%.
- Pre-natal care was mostly incomplete at 57.69%.
- The threat of abortion is a factor associated with adverse neonatal outcomes. ($p < 0.05$).
- Among the adverse neonatal outcomes we found: Apgar less than 7 at 5 minutes in 44.95%, Low Weight in 28.44%, Prematurity in 17.43% and Small RN for Gestational Age in 9.17%.

Keywords: Threat of abortion, associated factor, adverse neonatal outcomes.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

Así pues, desde hace más de un quinquenio, el sangrado vaginal durante el primer trimestre complica al 25% de las gestaciones, variando del 10 al 30%. Las condiciones patológicas responsables del sangrado del primer trimestre son principalmente: El aborto como tal en sus distintas modalidades, aborto inevitable, aborto incompleto o completo, aborto frustrado, aborto séptico, amenaza de aborto el cual comprende a todo sangrado que no aparece etiquetado por ninguna de las otras etiologías.^{1,2}

En las gestantes que experimentan amenaza de aborto, está en riesgo la muerte del embrión o feto que aún no es viable, pero la gestación continúa. La amenaza de aborto es una complicación común que se produce en el 25% de los embarazos y de estos el 50% acaban en aborto.³

La amenaza de aborto se caracteriza por tener como signo principal al sangrado vaginal procedente de la cavidad uterina, generalmente es escasa, de color rojo brillante o pardo, que puede ser intermitente, casi siempre indolora o acompañada de un leve dolor hipogástrico tipo cólico similar al dolor menstrual, que cursa antes de la semana 22 de

gestación. En la exploración clínica se describe un cérvix uterino cerrado, formado, sin evidenciar expulsión de productos de la concepción y un tamaño uterino apropiado para la edad gestacional, siendo la actividad cardíaca fetal detectable por ecografía transvaginal, sin objetivarse otros hallazgos de interés en dicha prueba.^{4,5}

Es pertinente acotar que el periodo perinatal es considerado de gran riesgo para el ser humano debido a la mayor morbilidad y mortalidad en comparación con etapas posteriores de la vida.⁶ Se debe considerar que, tanto la madre como su producto, requieren una asistencia obstétrica y neonatal de calidad ante la presencia de factores de riesgo que pueden condicionar resultados adversos, dentro de ellos los neonatales.⁷

Las investigaciones que se describen más adelante, contienen varios resultados neonatales adversos relacionados con el antecedente de amenaza de aborto, por lo que en el presente estudio se ha considerado a: La prematuridad, el bajo peso al nacer (BPN), Apgar menor de 7 a los 5 minutos de nacimiento y pequeño para la edad gestacional (PEG).

Así pues, la literatura indica que, estos resultados neonatales adversos pueden ser considerados dentro de la morbilidad neonatal. Los factores que influyen en la morbilidad neonatal pueden

identificarse desde antes del embarazo, durante el mismo, a la hora del trabajo de parto y durante el nacimiento, siendo diversos, tanto generales como específicos. Los primeros tienen que ver con: edad materna, peso, escolaridad y el nivel socio – Económico y Cultural, entre otros. Los segundos se involucran con antecedentes personales patológicos, en especial endocrinopatías, hipertensión arterial, nefropatías, desnutrición, anemia e infección de las vías urinarias. Entre los antecedentes obstétricos están, entre otros, la cesárea, morbilidad perinatal, hijos con una discapacidad menor o mayor, antecedente de preeclampsia, así como el aborto habitual.⁸

Son muchos los autores que indican la asociación de esta condición con los siguientes problemas: prematuridad, bajo peso al nacer y Apgar menor de 7 a los 5 minutos.^{7,8}

En el Hospital General José Soto Cadenillas – Chota, la incidencia de Amenaza de aborto es una entidad que bordea el 10% de todas las hospitalizaciones.

Aunque no existen estudios realizados dentro del Hospital relacionados al tema si se sabe por la experiencia diaria que la prematuridad está relacionada al antecedente de amenaza de aborto.⁹

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales

Retureta S, Rojas L, Retureta M (Cuba – 2015).¹⁰ Ejecutaron un estudio analítico del tipo casos y controles, analizaron los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el período 2007 - 2012. El grupo de casos estuvo conformado por las mujeres (n = 423) cuyo parto se produjo entre 22 y 36,6 semanas de gestación y el grupo control lo integraron aquellas (n = 486) con parto a las 37 o más semanas, con recién nacidos de peso superior a los 2500g, seleccionadas mediante un muestreo de pareamiento (un caso por dos controles). Los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro 5105 y de aborto de embarazos anteriores 2560, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150 cm, la ganancia 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. Concluyeron que 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.

Hardy G, Benjamín A y Abenhaim H (Canadá – 2013).¹¹ Realizaron un estudio titulado Efecto de los abortos inducidos sobre los nacimientos prematuros y los desenlaces adversos; evidenciando que hubo un aumento significativo en el riesgo de parto pretérmino en mujeres con antecedentes de aborto inducido anterior y esta asociación fue más fuerte a medida que disminuye la edad gestacional. En un total de 17 916 mujeres fueron incluidos en el estudio de ellos 2.276 (13%) se habían sometido a un aborto inducido antes, y 862 (5%) se habían sometido a dos o más abortos inducidos previos. En este análisis se da a conocer que las mujeres con un aborto son 45, 71 y 217 por ciento más propensas a partos prematuros a las 32, 28 y 26 semanas de gestación, respectivamente. Este riesgo se refuerza en mujeres con dos o más abortos previos. Las mujeres con un aborto inducido antes eran 45% (IC del 95%: 1,11 a la 1,90), 71 % (IC del 95%: 1,21 a la 2.42) y 217% (95% IC 1.41 a la 3.35) más propensas a tener partos prematuros a la 32, 28 y 26 de semanas de gestación respectivamente; Odds ratios ajustados. Esta asociación fue más fuerte para las mujeres con dos o más abortos inducidos anteriores.

Shah P y Zao J (Canadá – 2009).¹² En su artículo publicado en la Revista Británica de Obstetricia y Ginecología en el año 2009, titulado Induced termination of pregnancy and low birth weight and preterm birth, un equipo de investigadores canadienses examinó los datos de

37 estudios y encontró que tener un aborto anterior aumentó el riesgo posterior de parto prematuro en un 36%, mientras que tener más de un aborto previo aumentó el riesgo en un 93%.

Swingle M, Tarah T, Colaizy M, Zimmerman B, Morris F (EEUU - 2009).¹³ Realizaron un estudio de revisión sistemática con metaanálisis en este se incluyó 12 abortos inducido y 9 estudios de aborto espontáneo mostró una Odds ratio ajustada para el parto prematuro después de un aborto de 1,25 (Aumento del 25 %), y después de 2 o más abortos el Odds ratio fue de 1,64, (incremento a 64%). Un hallazgo muy importante es que las mujeres con abortos inducidos previos tienen un 64% más de riesgo relativo de un parto muy prematuro (menos de 32 semanas) que las mujeres con cero abortos inducidos previos. Para el riesgo de parto prematuro tras un aborto espontáneo aumentó 43% (OR ajustada 1,43, IC del 95%: 1,05 a 1.66; seis estudios) y después de más de un aborto espontáneo 127% (OR ajustada 2,27, IC del 95%: 1,98 a 2,81; siete estudios). Concluyeron que el aborto inducido y el aborto espontáneo aumentan el riesgo de parto prematuro en posteriores gestaciones.

Brown, J, Adera, T y Masho, S (España – 2008).¹⁴ Efectuaron un estudio de regresión logística. En comparación con las mujeres sin antecedentes de aborto, las mujeres que tenían uno, dos y tres o más abortos anteriores tuvieron (IC del 95%: 2,48 a 3,07) 2,8 (IC del 95%: 3,94 a 5,46) 4,6 y 9,5 (IC 95%: 7,72 a 11,67) veces más

probabilidades de tener bajo peso al nacer, respectivamente. El riesgo de Parto prematuro era también (IC 95% 1,52 a 1,83) 1,7, 2,0 (IC 95% 1,73 a 2,37) y 3,0 (95% CI 2,47 a 3,70) veces mayores en las mujeres con antecedentes de uno, dos y tres o más abortos previos, respectivamente. Aumentando el riesgo de parto prematuro con el aumento del número de abortos anteriores. Concluyeron que el anterior aborto es un factor de riesgo significativo para el bajo peso al nacer (BPN) y el parto prematuro (PP), y el riesgo aumenta con el aumento del número de abortos anteriores. Los médicos deben considerar el aborto anterior como un factor de riesgo para BP y el PP.

Losa, E, González, E y González G (España – 2006).¹⁵ Realizaron un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, en el que se comparó a 315 gestantes con partos pretérmino espontáneos o por rotura prematura de membranas y un grupo control de 315 gestantes con partos a término. Las variables se clasificaron en sociobiológicas, antecedentes obstétricos y características de la gestación actual. Antecedentes de parto pretérmino (Odds ratio [OR] = 3,4; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,7-6,7), y abortos previos ($p = 0,002$) mayor en función del número de éstos (1 aborto: OR = 1,7; IC del 95%, 1,1-2,7; a partir de 2 abortos: OR = 2,7; IC del 95%, 1,3-5,8), la gestación múltiple, las técnicas de reproducción asistida y la hospitalización con

necesidad de tocólisis (OR= 10,8; IC del 95%, 4,2-27,7) y el cerclaje (OR = 5,6; IC del 95%, 1,2- 25,7) son más frecuentes entre los casos; sin embargo, ajustando por otras variables, el riesgo desaparece para el cerclaje (OR = 2,8; IC del 95%, 0,5-14). Concluyeron que los antecedentes de parto pretérmino y abortos previos, la gestación múltiple, las técnicas de reproducción asistida y la hospitalización con necesidad de tocólisis son los factores de riesgo de parto pretérmino en su población de estudio.

Moreau C, Kaminski M, Ancel P, Bouyer J, Escande B, et al (Francia – 2005).¹⁶ Ejecutaron un estudio titulado Abortos inducidos anteriores y el riesgo de parto muy prematuro: La muestra consistió en 1943 nacidos vivos muy prematuros (<33 semanas de gestación), 276 nacidos vivos prematuros moderados (33-34 semanas) y 618 controles a término completo (39 - 40 semanas). Encontrando que las mujeres con antecedentes de aborto inducido se encuentran en mayor riesgo de parto muy prematuro que aquellos sin tal historia (1,5; IC del 95%: 1,1-2,0); el riesgo era aún mayor para los partos extremadamente prematuros (< 28 semanas).

Nacionales:

Flores F (Lima – 2016).¹⁷ Efectuó un estudio Observacional, Analítico de casos y controles, con el objetivo de 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. Incluyó en el estudio 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). Resultando que la edad media de las gestantes con y sin amenaza fue similar 27 y 25 años respectivamente: en ambos grupos la mayoría tendría grado de instrucción secundaria completa, eran convivientes y ama de casa. Respecto a las características obstétricas las gestantes que tienen mayor número de controles prenatales (5 controles a más) son la que no presenta amenaza de parto pretérmino (26,16% vs 73,83%) en gestantes sin y con amenaza respectivamente; El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino aumentado 2,5 veces más que las que no lo tienen; el tener dos abortos previo aumenta a 4,425 veces más el riesgo y tener más de dos abortos previos no se encontró significancia. Concluyendo 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 abortos no se encontró significancia.

Taboada R (Iquitos – 2015).¹⁸ En su estudio con el título de “Factores de riesgo asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013”. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre

las gestantes con antecedentes de aborto y el parto pretérmino. Se observa que en el grupo de Casos el 60% (45) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 40% (30) tuvieron uno o más abortos. En el grupo Control se aprecia según lo investigado igual distribución así el 77.3% (58) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 22.7% (17) tuvieron uno o más abortos. En cuanto a la presencia del antecedente de parto pretérmino se encontró que solo el 25% (19) representa a las gestantes del grupo de Casos y el 12.4% (8) en el grupo Control.

Urrutia V (Iquitos – 2015).¹⁹ Ejecutó un estudio analítico, observacional, de casos y controles retrospectivo, con el objetivo de determinar la amenaza de aborto como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional de Loreto, 2014. Durante el periodo hubo un total de 2984 recién nacidos de los cuales 1142 fueron cesáreas y 1842 fueron partos espontáneos. De este último grupo se obtuvo una muestra constituida por un total de 170 gestantes con una paridad < 4 y cuya edad de parto estuvo comprendida entre los 20 y 35 años; divididos en dos grupos: el primer grupo estuvo conformado por 50 gestantes con amenaza de aborto (casos) y el segundo grupo estuvo conformado por 120 gestantes sin amenaza de aborto (controles). Ambos grupos terminaron en partos espontáneos. Llegando a la conclusión que la amenaza de aborto se presentó como un factor de riesgo asociado a resultados neonatales,

la frecuencia de prematuridad en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 36%, la frecuencia de bajo peso al nacer en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 28%, la frecuencia de Apgar menor de 7 puntos a los 5 minutos en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 18%, la frecuencia de pequeño para la edad gestacional en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 20%, encontrando que la prematuridad, BPN, El apgar < 7 puntos a los 5 minutos y PEG tienen asociación significativa con amenaza de aborto ($p < 0.05$).

Padilla J (Trujillo – 2014).²⁰ Realizó un estudio analítico, observacional, de cohortes retrospectivas, con el objetivo de determinar la amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos. Con una muestra de 184 historias clínicas (46 para el grupo de cohorte expuesta y 138 para la cohorte no expuesta). En la cohorte expuesta 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. Resultando que 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. Concluyendo que la amenaza de aborto se asocia significativamente a recién nacidos prematuros y bajo peso al nacer.

Gutiérrez V (Loreto – 2007).²¹ Ejecutó un estudio en una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 41.6% (106) y el 22.7% (58) representan a las gestantes nulíparas y gestantes con antecedentes de abortos respectivamente.

Locales:

* No se han hallado estudios a nivel Local.

c) Base teórica

El sangrado vaginal durante el embarazo es un motivo de consulta obstétrica muy frecuente. Las condiciones patológicas responsables del sangrado del primer trimestre son principalmente: El aborto como tal, en sus distintas modalidades, aborto inevitable, aborto incompleto o completo, aborto frustro, aborto séptico, amenaza de aborto.^{1,2}

En la amenaza de aborto el signo principal es el sangrado vaginal procedente de la cavidad uterina, generalmente escasa, de color rojo brillante o pardo, que puede ser intermitente, casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor en el hipogastrio tipo cólico similar al dolor menstrual, el cual cursa antes de la semana 22 de gestación. En

la exploración clínica se describe un cérvix uterino cerrado y formado, sin evidencia de expulsión de productos de la concepción y un tamaño uterino apropiado para la edad de gestación, siendo la actividad cardíaca fetal detectable por ecografía transvaginal o examen doppler si la gestación es lo suficientemente avanzada.^{3,2}

Al establecerse el diagnóstico de amenaza de aborto, lo que se recomienda es reposo en cama, lo cual no ha demostrado que ayude a prevenir el aborto posterior. El pronóstico a corto plazo depende del grado del desprendimiento del corion; cuando este es pequeño el pronóstico es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continúa su curso; de otra forma progresará en aborto.⁴

Autores como Liversedge H, Goffey D, Hawton A, Liversedge N y Taylor M²² han consensuado que la edad materna influye en la presencia de embarazos complicados por sangrado en menos de 12 semanas.

Dentro de los factores de riesgo que pueden condicionar resultados neonatales adversos se pueden mencionar a: La prematuridad, el bajo peso al nacer (BPN), Apgar menor de 7 a los 5 minutos de nacimiento y pequeño para la edad gestacional (PEG).^{6,7}

Así pues, un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días $\pm$ 15 días.^{23,24} Como parece

razonable, cuanto menor sea el tiempo del embarazo, los resultados adversos que derivan de la inmadurez del recién nacido van siendo mayores, por ello, es de vital importancia reconocer todas aquellas situaciones que nos puedan aumentar el riesgo de tener un niño prematuro.²⁴

En relación al peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud.

El BPN, < 2500 g de peso, es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. La repercusión negativa del bajo peso se extiende habitualmente más allá del período perinatal.²⁵

En lo que se refiere al test de Apgar, es un examen que valora 5 estándares en el recién nacido para obtener una primera valoración clínica del estado general del neonato después del parto. El test se realiza al minuto con una puntuación de 0 a 10 al nacer. La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del RN, la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del RN al medio ambiente.²¹

El Apgar al minuto de vida del RN es diagnóstico y el Apgar a los 5 minutos de vida del RN es pronóstico.²¹

Un RN con Apgar menor de 7 a los 5 minutos podemos tomarlo como marcador indirecto de morbilidad neonatal. ^{21,24}

En cuanto a la condición de pequeño para la edad gestacional (PEG), la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a aquellos cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 (p10) por género al nacer, para la edad gestacional.²⁶ La identificación de los niños PEG es importante porque presentan un mayor riesgo de morbimortalidad que en niños adecuados para la edad gestacional. Los RN PEG tienen 5 veces más probabilidad de morir en el período neonatal y 4,7 veces más probabilidad de morir en su primer año de vida. ²⁶

Definición de Términos y Conceptos

- **Amenaza de aborto:** Es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la semana 22 sem de gestación con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión del producto de la concepción.⁹
- **Prematuridad:** Condición del neonato por el cual el nacimiento se produce antes de que se cumplan las 37 semanas de edad gestacional.²³
- **Apgar menor de 7 a los 5 minutos:** Condición del neonato por el cual el puntaje de la valoración del apgar es inferior a 7 puntos a los 5 minutos después del parto. ²⁸

- **Bajo peso al nacer:** Condición del neonato por el cual nace con un peso inferior a 2500 gramos.²⁵
- **Pequeño para la Edad Gestacional (PEG):** Aquél cuyo peso queda por debajo del percentil 10 por su edad gestacional.²⁰

1.2 Problema

¿Es la amenaza de aborto un factor asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital General José Soto Cadenillas - Chota, período 2016?

1.3 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar si la amenaza de aborto es un factor asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital General José Soto Cadenillas - Chota, período 2016.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la frecuencia de resultados neonatales adversos en el período de estudio.
2. Cualificar y cuantificar la variable edad materna y atención prenatal.
3. Demostrar si la amenaza de aborto es un factor asociado a los resultados neonatales adversos.

4. Identificar los principales resultados adversos en el grupo en estudio.

1.4 Justificación de la Investigación:

La presente investigación se justifica porque establecerá la asociación entre la amenaza de aborto y la presencia de resultados neonatales adversos que forman parte de las cifras de morbilidad, como el parto prematuro, bajo peso al nacido, apgar <7 a los 5 minutos y pequeño para la edad gestacional, mismas entidades que los profesionales de Gineco – Obstetricia y Obstetricia están obligados a neutralizar.

De corroborar nuestra hipótesis la población neonatal sería beneficiada directamente, ya que se fomentaría la alerta preventiva en los casos que presenten amenaza de aborto.

La presente investigación ayudará al conocimiento pleno de la asociación de esta eventualidad en nuestra realidad y contribuiría a fortalecer y neutralizar la posible relación con las variables estudiadas.

1.5 Identificación de la Variables:

- V.I: Amenaza de Aborto.
- V.D: Resultado Neonatal Adverso: Prematuridad, bajo peso al nacer, apgar menor de 7 a los 5 minutos, pequeño para la edad gestacional.

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Sub Indicadores	Escala	Instrumento
<u>V.I</u> Amenaza de Aborto	Clínica	Presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de semana 22 sem de gestación con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión del producto de la concepción.	Dolor Sangrado vaginal	Nominal	Ficha de Recolección de datos
<u>V.D</u> Resultado Neonatal Adverso	Clínica	Prematuridad	Registro del nacimiento de neonato < 37 sem.	Ordinal	
		Bajo peso al nacer	Registro del peso del neonato <2500 gramos	Ordinal	
		Apgar menor de 7 a los 5 minuto	Registro de la valoración de Apgar <7 puntos a los 5 minutos	intervalo	
		Pequeño para la edad gestacional	Registro de la condición del neonato debajo del p10 para la edad gestacional	Ordinal	
<u>Variable. Interviniente</u>	Epidemiológica				
Edad materna		Años	18 – 23 24 – 29 30 – 35	De Razón	
Atención Pre natal		Atención Pre natal	Controlada No controlada	Nominal	

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio Analítico longitudinal de cohortes retrospectivas. ³⁰

Poblaciones (P):

G1: Gestaciones con amenaza de aborto

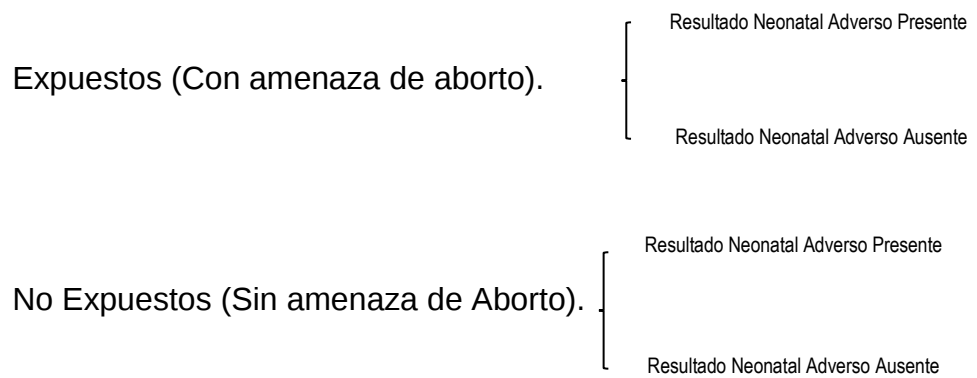
- O1: Prematuridad
- O2: Bajo peso al nacer
- O3: Apgar menor de 7 puntos a los 5 minutos
- O4: Pequeño para la edad gestacional

G2: Gestaciones sin amenaza de aborto

- O1: Prematuridad
- O2: Bajo peso al nacer
- O3: Apgar menor de 7 puntos a los 5 minutos
- O4: Pequeño para la edad gestacional

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

Estudio epidemiológico, analítico observacional de Cohortes retrospectivas. ³⁰



2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población: Estuvo constituida por todas historias clínicas de 260 gestantes atendidas con Amenaza de Aborto de las cuales 109 fueron resultados neonatales adversos reportados en el Departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital General José Soto Cadenillas - Chota, período 2016.

Criterios de Inclusión (Cohorte Expuesta)

- Gestantes con amenaza de aborto, cuya gestación culmine en parto.
- Gestantes de mayores entre 18 – 35 años.
- Gestantes con paridad < de 4.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan determinar las variables en estudio de manera precisa.

Criterios de Inclusión (Cohorte No Expuesta)

- Gestantes sin amenaza de aborto, cuya gestación culmine en parto.
- Gestantes de mayores entre 18 – 35 años.
- Gestante con paridad menor de 4.

Criterios de Exclusión

- Gestantes con historias clínicas ilegibles.
- Gestantes cuyos productos presenten malformaciones congénitas.
- Gestantes con hipertensión inducida por la gestación.
- Gestantes con diabetes gestacional.
- Gestantes con obesidad.
- Gestantes trasladadas a otra institución de salud.

Muestra:

La muestra la constituyeron el 100% de todas las gestantes con amenaza de aborto (n = 260).

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la respectiva recolección de los datos se empleó como instrumento, una Ficha de Recolección de datos (Ver Anexo). Como técnica se utilizó el fichaje.

2.5 PROCEDIMIENTO:

- Luego de obtener la aprobación del tema de investigación por parte del Centro de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Chiclayo, se pidió el permiso respectivo a la Jefatura del Hospital antes mencionado para poder realizar la respectiva recolección de datos.
- Se seleccionó al 100% de las historias clínicas de mujeres con diagnóstico de amenaza de aborto.
- Las historias se evaluaron para cumplimiento de criterios de selección.
- Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio, las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos, la misma que constará de tres partes: datos generales, datos de la variable independiente y datos de la variable dependiente. (Anexo 1).
- Se reunió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo. Posteriormente se elaboraron los resultados, discusión y conclusiones respectivos.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos fueron consolidados en tablas de una y doble entrada. El análisis de Amenaza de Aborto como Factor asociado a Resultados

Neonatales adversos se determinó mediante la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado (χ^2); las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse era menor al 5% ($p < 0.05$). El procesamiento de datos fue mediante el programa SPSS versión 23.

Estadígrafo propio del estudio:

		RESULTADOS NEONATALES ADVERSOS	
		Si	No
AMENAZA DE ABORTO	Si		
	No		

III.- RESULTADOS

Tabla 1:

En el siguiente cuadro podemos apreciar que la frecuencia de resultados neonatales adversos en el período de estudio fue 41.92%.

Tabla 2:

En el siguiente cuadro se puede observar que prevalecieron las madres con edades entre los 24 a 29 años de edad en el 41.54%. Por otra parte la atención pre natal fue no controlada en el 57.69%.

Tabla 3:

En el subsecuente cuadro se puede apreciar que la prevalencia de Resultados Neonatales adversos en gestantes con amenaza de aborto fue 07.67%, mientras que en las que no tuvieron antecedente de amenaza de aborto fue 78.39%. Encontrándose asociación estadística significativa entre la amenaza de aborto y la presencia de Resultados Neonatales adversos. ($p < 0.05$)

Tabla 4:

En el siguiente cuadro se puede apreciar los principales resultados adversos en pacientes con amenaza de aborto. Dentro de los cuales se encuentran al: Apgar menor de 7 a los 5 minutos (44.95%), Bajo Peso (28.44%), Prematuridad (17.43%) y RN Pequeño para Edad Gestacional en el 9.17% respectivamente.

TABLA 1

HOSPITAL GENERAL JOSÉ SOTO CADENILLAS - CHOTA
FRECUENCIA DE RESULTADOS NEONATALES ADVERSOS EN
PACIENTES CON AMENAZA DE ABORTO
2016

TOTAL DE GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO	Nº	%
	260	100%
RESULTADOS NEONATALES ADVERSOS	109	41.92

Fuente: Ficha de Recolección de datos

TABLA 2

HOSPITAL GENERAL JOSÉ SOTO CADENILLAS - CHOTA
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES CON ANTECEDENTE DE AMENAZA
DE ABORTO SEGÚN EDAD Y ATENCIÓN PRE NATAL
2016

Edad (Años)	Nº	%
Total	260	100.00
18 – 23	15	05.77
24 – 29	108	41.54
30 – 35	84	32.31
> 35	53	20.38
Atención Pre Natal	Nº	%
Total	260	100.00
Controlada	110	42.31
No controlada	150	57.69

Fuente: Ficha de Recolección de datos

TABLA 3

HOSPITAL GENERAL JOSÉ SOTO CADENILLAS - CHOTA
AMENAZA DE ABORTO COMO FACTOR ASOCIADO A RESULTADOS
NEONATALES ADVERSOS
2016

AMENAZA DE ABORTO	RESULTADOS NEONATALES ADVERSOS				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	1223	86.07	198	13.93	1421	100.00
SI	109	07.67	151	10.63	260	18.30
NO	1114	78.40	47	03.30	1161	81.70

$X^2 \text{ exp} = 521.28$ gl = 1 $X^2 \text{ tab} = 3.84$ p < 0.05

TABLA 4

HOSPITAL GENERAL JOSÉ SOTO CADENILLAS - CHOTA
PRINCIPALES RESULTADOS NEONATALES ADVERSOS
2016

Resultados Neonatales Adversos	Nº	%
Total	109	100.00
Apgar menor de 7 a los 5 minutos	49	44.95
Bajo Peso	31	28.44
Prematuridad	19	17.43
RN Pequeño para Edad Gestacional	10	09.17

Fuente: Ficha de Recolección de datos

IV.- DISCUSIÓN

Como sabemos, el sangrado vaginal durante el embarazo es un motivo de consulta obstétrica. La presente investigación encontró que las pacientes que tuvieron amenaza de aborto estaban predispuestas significativamente de tener resultados neonatales adversos.

Durante dicho período se presentaron un total de 260 gestantes que tuvieron antecedentes de amenaza de aborto (18.30% del total de partos presentados) de las cuales 109 tuvieron resultados neonatales adversos dándonos una frecuencia de resultados neonatales adversos de 41.92%.

Es preciso destacar que desde hace más de una década ya se hablaba de que los abortos anteriores representaban factores de riesgo asociados al parto muy prematuro. (Resultado Neonatal Adverso), como así lo expresa el estudio de **Moreau C y Colab** ¹⁶ realizado en Francia.

Otro de los estudios que expresan lo anterior expuesto es el **Brown, J, Adera, T y Masho, S** en España. Los cuales expresan que, los o deben considerar el aborto anterior como un factor de riesgo para BP y el PP.

De las madres con antecedente de amenaza de aborto la mayoría tenían edades entre 24 y 29 años en el 41.54%. El 57.69% tuvo atención pre natal incompleta.

La prevalencia de Resultados Neonatales adversos en gestantes con amenaza de aborto fue 7.67%, mientras que en las que no tuvieron antecedente de amenaza de aborto fue 78.39%, aplicando la fórmula de criterios de Chi o ji cuadrado se halló asociación estadística entre la amenaza de aborto y la presencia de Resultados Neonatales adversos. ($p < 0.05$).

Gutiérrez V ²¹ en su investigación realizada en Loreto halló asociación estadística entre el parto pretérmino y gestantes con antecedentes de abortos.

En el siguiente cuadro se puede apreciar los principales resultados adversos en pacientes con amenaza de aborto. Dentro de los cuales se encuentran al: Apgar menor de 7 a los 5 minutos (44.95%), Bajo Peso (28.44%), Prematuridad (17.43%) y RN Pequeño para Edad Gestacional en el 9.17%.

Padilla J, en su investigación realizada en Trujillo encontró que, la amenaza de aborto se asocia significativamente a recién nacidos prematuros y bajo peso al nacer. ²⁰

Por su parte **Urrutia V** ¹⁹ halló que, la amenaza de aborto se presentó como un factor de riesgo asociado a resultados neonatales, la frecuencia de prematuridad en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 36%, la frecuencia de bajo peso al nacer en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 28%, la frecuencia de Apgar menor de 7 puntos a los 5 minutos en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 18%, la frecuencia de pequeño para la edad gestacional en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 20%.

A nivel nacional el estudio de **Flores F** ¹⁷, ultimó que 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.

Hardy G y Colab en Canadá, halló que, las mujeres con un aborto son 45, 71 y 217 por ciento más propensas a partos prematuros a las 32, 28 y 26 semanas de gestación, respectivamente. Este riesgo se refuerza en mujeres con dos o más abortos previos. ¹¹

Finalmente, en cuanto a la condición de Pequeño para la Edad Gestacional, los resultados encontrados nos hacen ver que esta condición se presentó con una frecuencia de 9.17% en los casos con amenaza de aborto.

Estos datos, guardan relación con el estudio publicado por Dadkhah et al ³¹ quienes, al realizar un estudio de cohorte prospectivo en el 2010,

dieron a conocer que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a Pequeño para la Edad Gestacional (PEG).

V.- CONCLUSIONES

- La amenaza de aborto es un factor asociado significativo a los resultados neonatales adversos, que refiere el 18.30%.
- La frecuencia de resultados neonatales adversos en el período de estudio fue 41.92%.
- Prevalcieron las madres entre los 24 a 29 años de edad en el 41.54%.
- La atención pre natal en su mayoría fue no controlada en el 57.69%
- Dentro de los resultados neonatales adversos se halló: Apgar menor de 7 a los 5 minutos en el 44.95%, Bajo Peso en el 28.44%, Prematuridad en el 17.43% y RN Pequeño para Edad Gestacional en el 9.17%.

VI.- RECOMENDACIONES

A LAS AUTORIDADES DE SALUD

- Es necesaria una vigilancia más estrecha cuando se trata de amenaza de aborto al considerar la prematuridad y bajo peso al nacer.

A LOS OBSTETRAS

- Concientizar sobre la importancia de controles pre natales tempranamente.

A LA UNIVERSIDAD

- Promover el desarrollo de investigaciones en las diferentes instituciones de salud con el propósito de conocer la casuística real de amenaza de aborto y por ende de los resultados neonatales adversos.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oppenraaij R, Jauniaux E, Christiansen O. Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. Hum. Reprod. Update. 2009;15 (4):409–21.
2. SEGO, Aborto espontáneo. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011; 54(4): 207-24.
3. Odeh M, Ophir E, Grinin V. Prediction of abortion using three-dimensional ultrasound volumetry of the gestational sac and the amniotic sac in threatened abortion. J Clin Ultrasound. 2012;40(7):389–93.
4. Wahabi H, Fayed A, Esmail S. Progestogen for treating threatened miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD005943. DOI: 10.1002/14651858.CD005943.pub4.
5. Goffey D. Aborto espontaneo. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011;54(4):207–24.
6. Delgado A, Ortiz M, Fernández L, Arroyo L. Morbilidad en neonatos a término relacionada con la vía de nacimiento. Ginecol Obstet Mex 2007; 75(8):471-76.
7. Castan B. Fiebre intraparto y resultados neonatales adversos. [Tesis de maestría]. Facultad de Medicina, Universidad Zaragoza; 2012.
8. Valdez R. Origen de la morbilidad neonatal. Ginecol Obstet Mex 2006; 74:215-7.

9. Hospital José Soto Cadenillas – Chota. Datos de los años 2016. Servicio de Estadística.
10. Retureta S, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Cuba. Medisur. septiembre 2015 | Volumen 13 | Numero 4.
11. Hardy G, Benjamin A, Abenhaim H. Effect of induced abortions on early preterm births and adverse perinatal outcomes. J Obstet Gynaecol Can. 2013 Feb; 35(2):138-43.
12. Shah P, Zao J. Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Induced termination of pregnancy and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2009; 116 (11): pp 1425-1442. <http://www.issues4life.org/pdfs/iariskptb016>.
13. Swingle H, Tarah T, Colaizy M, Zimmerman B, Morris F Jr. Abortion and the Risk of Subsequent Preterm Birth: A Systematic Review with Meta-analyses. J. Reproductive Med. 95-108 (2009)
14. Brown J, Adera T, Masho S, Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births. J Epidemiol Community Health. 2008 Jan;62(1):16-22 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
15. Losa E, Gonzales, E Gonzales, G Factores de Riesgo del Parto Pretérmino. Prog Obstet Ginecol. 2006; 49(2): pp 57 - 65. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España. <http://www.elsevier.es/es-revistaprogresos->

obstetricia-ginecologia-151-articulofactores-riesgo-del-partopretermino-13084343#

16. Moreau C, Kaminski M, et al. Abortos inducidos anteriores y el riesgo de parto muy prematuro: resultados del estudio EPIPAGE. France. BJOG. 2005 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777440>
17. Flores F. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015 – mayo 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima – Perú, 2016.
18. Taboada R. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013. Perú, 2015.
19. Urrutia V. Amenaza de aborto y resultados neonatales adversos. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Iquitos – Perú, 2015.
20. Padilla J. Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Belén de Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Medicina Humana. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Trujillo – Perú, 2014.

21. Gutiérrez V. Factores Maternos asociados a Parto Prematuro y Hallazgos en el Neonato en el Hospital Regional de Loreto. 2007 www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis.
22. Liversedge H, Goffey D, Hawton A, Liversedge N, Taylor M. The influence of maternal age on the outcomes of pregnancies complicated by bleeding at less than 12 weeks. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2010; 88(1): 116-8.
23. Rellan S. García C, Paz M. El recién nacido prematuro. *AEP*. 2008; 8(1):68-77.
24. Gutiérrez S. Evolución gestacional de las metrorragias del primer trimestre. [Trabajo de Investigación de ciencias de la salud]. España: Universidad de Valladolid. Facultad de medicina; 2012.
25. García L. Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer. *RCSP*. 2012; 38(2):238-245.
26. Boguszewski C. Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional. *Rev. Chil Pediatr*. 2012; 83(6):620-634.
27. Gonzales C. Amenaza de aborto. *Rev. Med Costa Rica*. 2011; 68(599):495-498.
28. 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; 117: 245-257.
29. Boguszewski C. Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional. *Rev. Chil Pediatr*. 2012; 83(6):620-634.

30. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México. 2010.
31. Dadhkhah F, Kashanian M, Eliasi G. A comparison between the pregnancy outcome in women both with or without threatened abortion, 2010; 86(3):193-196.

ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Ficha de Recolección de Datos

**“ AMENAZA DE ABORTO COMO FACTOR ASOCIADO A RESULTADOS NEONATALES ADVERSOS
EN EL HOSPITAL GENERAL JOSÉ SOTO CADENILLAS - CHOTA, PERÍODO 2016”**

H.C:Nº _____

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE

- Edad: () ≤ 17 () 18 - 23 () 24 - 29 () 30 - 35 () > 35
- Atención Pre Natal: Controlada () No controlada ()

II.- VARIABLE INDEPENDIENTE.

Amenaza de aborto: Si () No ()

III. VARIABLE DEPENDIENTE:

Resultados neonatales adversos:

- Prematuridad: Si () No ()
- Bajo peso al nacer: Si () No ()
- Apgar menos de 7 pto a los 5 min: Si () No ()
- Pequeño para la edad gestacional

SPSS v23