



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO



“ABORTO PREVIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL JOSE H.
SOTO CADENILLAS - CHOTA, 2017”

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
OBSTETRICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

AUTORA

Obsta. MARÍA CONSUELO SÁNCHEZ MORALES

ASESORA

Mg. ZENOVIA AGAR VILELA QUISPE

CHICLAYO - PERÚ
2019

Título de la investigación:

ABORTO PREVIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO. HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS - CHOTA, 2017.

**Tesis presentada para obtener el Título de Especialista en Obstetricia de
Riesgo y Emergencias Obstétricas.**

OBSTA. MARÍA CONSUELO SÁNCHEZ MORALES

AUTORA

MG. ZENOVIA AGAR VILELA QUISPE

ASESORA

Aprobado por el siguiente jurado:

MG. ADA FLOR MANAY BARRERA

PRESIDENTA

MG. NICOLASA GONZÁLEZ FLORES

SECRETARIA

MG. LOURDES EVELIA UCAÑAY DÁVILA

VOCAL

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	01
INDICE	03
DEDICATORIA	04
AGRADECIMIENTO	05
INTRODUCCIÓN	06
RESUMEN	08
ABSTRACT	09
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Realidad Problemática	11
1.2 Formulación del Problema	13
1.3 Delimitación del problema	14
1.4 Planteamiento del Problema	14
1.5 Justificación e Importancia	16
1.6 Limitaciones de la Investigación	17
1.7 Objetivos de la investigación	18
1.7.1 Objetivo General	18
1.7.2 Objetivos Específicos	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO	19
2.1 Antecedentes	20
2.2 Base Teórica - Científica	29
2.3 Hipótesis	36
2.4 Variables: Identificación	37
2.5 Operacionalización de Variables	38
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 Tipo de Investigación	41
3.2 Diseño de Investigación	41
3.3 Población y Muestra	42
3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación	43
3.5 Métodos y Procedimiento para la recolección de datos	43
3.6 Análisis Estadístico e Interpretación de los datos	44
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
4.1 Presentación de los Resultados	46
4.2 Análisis y Discusión de los Resultados	54
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	69

DEDICATORIA

A mis padres en el cielo; a mis adorados hijos Edwin Jr., Stacy, Mike y a mi querido esposo Edwin. Por haber fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida con su infinito amor y su valioso e incondicional apoyo.

MARÍA CONSUELO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, y poder salir con éxito en este nuevo reto.

Al doctor Alan Ángeles Guevara, director del Hospital “José Soto Cadenillas” de Chota, por brindarme las facilidades para obtener la información necesaria para el desarrollo de este trabajo.

A mi asesora Mg. Zenovia Agar Vilela Quispe, por su apoyo y orientación para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A mis colegas por el apoyo y el compañerismo durante toda esta etapa.

LA AUTORA

INTRODUCCIÓN

La presente investigación de tipo cuantitativa, entrega los resultados de un estudio descriptivo y transversal el cual admitió realizar un análisis sobre el Aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017, identificando de esta manera, puntos críticos para el planteamiento futuro de un plan de acción encaminado a identificar si el Aborto previo es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Establecimiento de salud en mención durante el período antes indicado.

Es preciso mencionar que este estudio, se encuentra dividido en capítulos que responden al Esquema de investigación proporcionado por la Escuela de Pos Grado de la Universidad Particular de Chiclayo, desarrollado de acuerdo a la metodología de investigación científica y las normas establecidas para este tipo de trabajo.

A continuación, se detalla brevemente el contenido de cada uno de los capítulos:

El Capítulo I, denominado: El Problema de Investigación; donde se analiza y describe la problemática latente en torno al Aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017.

- Del mismo modo se detalla la justificación de la investigación, así como sus objetivos y limitaciones.
- El Capítulo II: Marco Teórico - Científico, contiene algunos estudios que se han desarrollado en torno al tema tratado, de igual forma, el sustento o marco teórico científico que garantizan la veracidad del contenido de la investigación. El proceso de Operacionalización de las variables considerando las dimensiones e indicadores que han ayudado en la construcción de los instrumentos aplicados.
- El Capítulo III: Marco Metodológico; define el tipo de investigación y su diseño epidemiológico analítico no experimental de casos y controles. Los métodos utilizados son descriptivos y de análisis. Los materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos. La Validación de los instrumentos. Métodos y procedimientos para la recolección de datos, así como el Análisis estadístico de los resultados.
- El Capítulo IV: Que incluye los Resultados de la Investigación, que contiene la presentación y análisis de la Información (en tablas estadísticas) y la Discusión de resultados.
- Las Conclusiones y Recomendaciones; recoge la sistematización de los resultados orientándolos de acuerdo a la formulación de los objetivos de la investigación. Por último, el trabajo contiene todo las Referencias Bibliográficas, que dan el sustento real de la investigación.

RESUMEN

Con el objetivo de determinar si el aborto previo es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017, se presenta el siguiente estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. La Población muestral la constituyeron 270 gestantes con APP (Casos) mientras que los controles lo constituyeron 1210 gestantes sin APP atendidas en el Hospital antes mencionado.

Los principales resultados fueron:

- La frecuencia de amenaza de parto pretérmino fue 18.24%.
- La frecuencia de Aborto previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino fue 47.41%.
- Las gestantes con antecedente de aborto previo tuvieron una exposición de riesgo de 3.3 (OR) para desarrollar amenaza de parto pretérmino.
- El número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino fue en su mayoría, uno (39.25%) y dos abortos (05.19%).
- En la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tenían edades entre los 24 a 29 años (26.56%), procedían de zonas rurales en el 63.28% eran convivientes en el 78.91%, amas de casa en el 84.37% y con estudios primarios en el 46.88%).
- En la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tuvieron entre 33 a 36 semanas fueron multíparas y tenían ≥ 5 APN.

Palabras Claves: Aborto previo, factor de riesgo, Amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

With the objective of determining if prior abortion is a risk factor for the threat of preterm delivery. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017, presents the following observational, analytical, retrospective study of cases and controls. The sample population consisted of 270 pregnant women with PPP (Cases) while the controls consisted of 1210 pregnant women without PPH treated in the aforementioned Hospital.

The main results were:

- The threat frequency of preterm delivery was 18.24%.
- The frequency of previous abortion in patients with threatened preterm delivery was 47.41%.
- Pregnant women with a history of previous abortion had a risk exposure of 3.3 (OR) to develop preterm labor threat.
- The number of previous abortions in pregnant women with Preterm Labor Threat was in its majority, one (39.25%) and two abortions (05.19%).
- In the majority of pregnant women with preterm labor with previous abortion had ages between 24 to 29 years (26.56%), came from rural areas in 63.28% were cohabitants in 78.91%, housewives in 84.37% and with primary studies at 46.88%).
- In the majority of pregnant women with Threat of preterm delivery with previous abortion they had between 33 and 36 weeks were multiparous and had ≥ 5 APN.

Key words: Previous abortion, risk factor, Threat of preterm delivery.

CAPÍTULO I:

CAPÍTULO I: El Problema de Investigación:

1.1 Realidad Problemática

A nivel internacional, la prematuridad simboliza la primera causa de muerte en niños menores de cinco años. Así pues, las estadísticas reportan que, cada año nacen unos 15 millones de niños antes de llegar a término. Asia meridional y África subsahariana personifican la mitad de los nacimientos del mundo, más del 60% de los bebés prematuros y más del 80% de los 1,1 millones de las muertes del mundo debido a complicaciones por nacimientos prematuros.¹ Asimismo, en los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. De igual modo, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto pretérmino.²

Por otra parte, existe una catastrófica brecha de supervivencia para los niños prematuros dependiendo de dónde nacen. En este sentido, la mitad de ellos nacidos a las 24 semanas sobreviven en países de altos ingresos, sin embargo, en países de bajos ingresos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas siguen muriendo debido a la falta de atención efectiva, factible y económica, tales como el calor, apoyo a la lactancia y cuidados básicos para las infecciones y problemas respiratorios.^{1,2}

A nivel mundial, la amenaza de parto pretérmino representa un problema de salud pública, manteniéndose a su vez como problemática para los obstetras y neonatólogos, por los problemas relacionados con: la fisiología, patología; atención a los pretérminos y al igual que el pronóstico de la muestra.³

Se han estudiado numerosos factores de riesgos; considerando como principales: Antecedentes de parto pretérmino, aborto, la cual repercute directamente a la gestante ya que puede actuar como recidiva, así mismo, la falta de asistencia a la atención pre natal, este es un procedimiento obstétrico, que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno - fetal a su mínima expresión y al mismo tiempo, las hemorragias vaginales del segundo trimestre tales como placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta, al igual que el consumo del tabaco, alcohol y drogas, edades extremas (< de 20 años y > de 35 años).⁴

En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Nacido demasiado pronto, se especifica que, a nivel mundial cerca de 15 millones de criaturas nacen cada año antes de tiempo.⁵

En el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital José H. Soto Cadenillas de Chota, la frecuencia de Amenaza de Parto Pre termino es alta y bordea el 20% de todos los ingresos.⁶

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Es el Aborto previo un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia de amenaza de parto pretérmino?
2. ¿Cuál es la frecuencia de Aborto previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino?
3. ¿En qué medida, el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino?
4. ¿Cuál es el número de abortos previos en la amenaza de parto pretérmino?
5. ¿Cuáles son las características socio - demográficas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo?
6. ¿Cuáles son las características Gineco – Obstétricos en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo?

1.3 Delimitación de la Investigación

Delimitación Espacial y Temporal:

El desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el año 2017

Delimitación Social:

El grupo social involucrado en la investigación fueron las gestantes con amenaza de parto pretérmino.

Delimitación Conceptual:

La amenaza de parto prematuro (APP) es la presencia de contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos) con dilatación cervical de 3 cm antes de las 37 semanas de embarazo.⁷

En esta oportunidad se ha ambicionado indagar si el aborto previo es un factor de riesgo para que se instale una Amenaza de parto pretérmino, de tal manera que se pueda dar un enfoque sólo en ese entorno por la extensión sus factores de riesgo asociados a ella.

1.4 Planteamiento del Problema

Según la bibliografía la amenaza de parto pretérmino ocurre en 5 a 10% del total de nacimientos, incidencia que no ha cambiado por décadas. A pesar de la agresiva terapia tocolítica y las múltiples

investigaciones en la etiopatogenia, los programas para prevención han tenido poco impacto institucional. Ya que este se considera como un síndrome caracterizado por borramiento y dilatación del cuello uterino, o por aumento de la irritabilidad uterina a causa de diversos factores que varían según el grupo poblacional.⁵

Algunos estudios han identificado que factores como el antecedente de aborto constituye un riesgo para la presencia de parto pretérmino, tal como, Retureta, M, et al.⁸; También según Hardy et al.⁹ se encontró que en pacientes con antecedentes de aborto siendo este un aborto inducido el riesgo de parto pretérmino aumenta; Así también según Brown J, Adera T, Masho S¹⁰, se ha visto que el riesgo de parto pretérmino aumenta con el número creciente de abortos pudiendo a tener un parto muy prematuro, y para Martin Mc Caffrey¹¹ Una vez sucedido el aborto inducido, podría causar un inmutable factor de riesgo para los futuro nacimiento de parto prematuro.

Por todo lo expresado, se considera que, es necesario analizar si el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino debido al aumento de parto pretérmino y a las grandes consecuencias que este trae tanto para el niño, la madre, la familia, la sociedad e incluso la economía sanitaria del país.

1.5 Justificación de la Investigación

Como se sabe, el período más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, más importante aún en los prematuros, quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo. La inmadurez del aparato respiratorio y del sistema nervioso central domina la morbimortalidad y pronóstico del prematuro; sin embargo, todos los aparatos son vulnerables, siendo el mayor riesgo a menor edad gestacional.

Muchas mujeres inician su vida reproductiva con un aborto y en Perú muchas mujeres se someten clandestinamente a procedimientos que ocasionan gran número de complicaciones y en el peor de los casos muerte, algunos secundarios a un aborto, por ende es necesario evaluar si el antecedente de aborto influye en embarazos posteriores, ya que esta asociación es poca estudiada y al haber escases de estudios a nivel local se decide buscar asociación entre el antecedente de aborto y el desarrollo de un parto pretérmino y de hallar dicha relación se podrían tomar medidas preventivas para gestaciones posteriores a un aborto.

La importancia del presente estudio reside en identificar si el aborto previo es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en una población de alto riesgo obstétrico con elevada incidencia de

esta patología, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de este factor, lo que usará al diseño de estrategias y medidas de intervención para la reducción de la morbilidad materna y morbimortalidad neonatal. Esta investigación abordó una problemática de indudable interés y relevancia social, ya que el parto pretérmino en los hospitales es uno de los acontecimientos obstétricos de mayor importancia y responsable de una gran morbimortalidad neonatal. Las beneficiarias de esta investigación serán las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y por ende aquellos neonatos en que el impacto de morbimortalidad será menor y, sobre todo, respetando los derechos fundamentales de las personas.

No obstante, en el Hospital H. Soto Cadenillas – Chota; concretamente, esta relación no solo se supone que está presente, sino que se desconoce hasta qué punto influyen el aborto previo en la amenaza de parto pretérmino, o a qué medida es esta amenaza de parto pretérmino es un resultado adverso del aborto previo.

1.6 Limitaciones del estudio

- Libros de registros con datos incompletos.
- Historias Clínicas incompletas.

1.7 Objetivos de la Investigación

1.7.1 Objetivo General:

Determinar si el aborto previo es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017.

1.7.2. Objetivos Específicos:

1. Conocer la frecuencia de amenaza de parto pretérmino.
2. Estimar la frecuencia de Aborto previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino.
3. Determinar la exposición de riesgo entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino.
4. Definir el número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino.
5. Establecer las características socio - demográficas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo.
6. Especificar las características Gineco – Obstétricas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo.

CAPÍTULO II:

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO - CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes

Internacionales:

Pérez M (Ecuador – 2017).¹² Ejecutó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo epidemiológico transversal retrospectivo, en un diseño no experimental en la identificación de los factores de riesgo en adolescentes asociados con amenaza de parto pretérmino. Con una muestra de 58 embarazadas adolescentes que acudieron al Hospital Provincial General de Latacunga al servicio de ginecología con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, se identificaron diferentes factores asociados: adolescentes entre 17 y 19 años con un 76%, de raza mestiza 84%, de instrucción secundaria 79%, en estado de unión libre 58%, 69% procedente de zona rural, ocupación ama de casa corresponde al 43%, nulíparas 76%, antecedentes de aborto 10%, respecto a las principales patologías asociadas: 40% de los casos presentó infecciones durante el embarazo, 20% anemia, 18% ruptura prematura de membranas, 16% trastornos hipertensivos y un 2% otras patologías asociadas. En cuanto a los controles prenatales un 36% tuvieron menos de 5 controles durante el embarazo, y un 64% más de 5 controles.

Retureta S, Rojas L y Retureta M (Cuba – 2015).⁸ Efectuó un estudio analítico del tipo casos y controles, con el objetivo de analizar

los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el período 2009 – 2012. Los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro (OR=5,105; IC=3,766-6,920) y de aborto de embarazos anteriores (OR=2,560 IC=1,847-3,547), el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150 cm, las ganancias de peso bajo 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).⁹ Ejecutaron un estudio sobre el 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. También se encontró que el aborto anterior inducido se asoció con una mayor necesidad de tocólisis en los embarazos posteriores, pero no hubo asociación entre abortos inducidos anteriores y la admisión en la unidad de cuidados intensivos, fiebre intraparto, y ruptura prematura de membranas.

Obando R, Zamora J (Nicaragua – 2011).¹³ Realizaron un estudio fue de casos y controles, con el objetivo de identificar los factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes embarazadas que acuden a las unidades de salud del municipio del Tuma- La Dalia, Matagalpa en el 2010. La población de estudio fue todas las embarazadas del municipio de la Dalia (n=857) que acudieron a control prenatal en el periodo de estudio. La muestra resultante fue de 65 casos y 65 controles. Se consideró caso a toda paciente con amenaza de parto prematuro entre las 22 y 36 semanas cumplidas de gestación, y control a toda paciente sin datos clínicos de APP, pero que se

encuentran entre las 22 y 36 semanas y que acudieron a las unidades en estudio. Hallando que los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino fueron embarazo en adolescentes, estado civil soltera, antecedente de amenaza de aborto e infecciones vaginales asociadas. El porcentaje de riesgo atribuible de dichos factores fue de 72%, 92%, 71% y 65%, respectivamente.

Nacionales:

Espinoza L (Trujillo - 2018).¹⁴ Realizó un estudio de casos y controles con el objetivo de determinar si el antecedente de aborto es factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo durante 2016 – 2017 en 150 pacientes que culminaron su gestación de las cuales 75 pertenecieron al grupo de casos (gestantes que tuvieron parto pretérmino) y 75 al grupo control (gestantes con parto a término). Se realizó medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (Edad, número de controles prenatales, edad gestacional). Para el análisis estadístico para comparar las variables parto pretérmino y antecedente de aborto, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, seguido del Odds Ratio para estimación de riesgo. Así pues, durante el periodo de estudio se atendieron 4283 partos de los cuales el 13.12% (562) fueron prematuros El promedio de edad en años de los casos y controles fue de 24.5 (± 5.2) y 26.1 (± 5.1) respectivamente. Asimismo, el promedio de controles prenatales fue de 4.2 (± 2.6) para los casos y

7.0 (± 2.5) para los controles. El promedio de edad gestacional en semanas para los casos fue de 33.8 (± 2.8) y para los controles de 38.9 (± 1.1). Presentaron antecedente de aborto el 33.3% de los casos y 16% de los controles. Se encontró asociación entre el antecedente de aborto y el parto pretérmino ($p=0,014$) $OR=2.625$ [1.201-5.738]. El autor concluyó que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para parto pretérmino.

Zaga P (Puno – 2018).¹⁵ Ejecutó un estudio es de tipo descriptivo transversal y diseño retrospectivo, con el objetivo de determinar la correlación que existe entre antecedentes de aborto y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Puno, 2013 - 2017. La población estuvo conformada por 129 gestantes con parto pretérmino ocurridos en el periodo del año 2013 al 2017 y la muestra por 41 gestantes. La recolección de datos se realizó aplicando la técnica de revisión de documentos y el instrumento será una ficha clínica. El análisis de los datos se realiza con la estadística descriptiva porcentual y la contrastación de la hipótesis con la prueba de Spearman. Hallando que, de 129 gestantes atendidas por parto pretérmino, 41 gestantes culminaron en parto eutócico, de esta muestra el 61% tuvieron antecedente de aborto, de éstos el 48% tenían entre 30 a 35 años de edad, 80% con grado de instrucción superior, 68% con estado civil conviviente y el 56% con trabajo independiente, el 40% fue segundigesta, el 16% tuvo antecedente de

parto pretérmino. Del total de partos eutócicos, el 53.7% culminó en parto prematuro leve, así como el 26.8% que no tuvo el antecedente de aborto. De las gestantes con antecedente de aborto el 88% fueron de tipo espontáneo, todas ellas presentaron RN con prematuridad leve. El 84% de gestantes que tuvieron como antecedente 1 aborto, el 8% 2 abortos quienes tuvieron parto prematuro en la categoría leve, mientras el 8% terminó en parto prematuro muy extremo teniendo como antecedente 3 abortos. El autor concluyó que, la mayoría de gestantes con parto pretérmino tenían antecedente de aborto; fueron segundigestas, con un aborto previo y de tipo espontaneo; en su mayoría no tuvieron antecedente de parto pretérmino; se obtiene un valor del coeficiente de Spearman distinto de 0 ($r = -0,765$), por lo que podemos afirmar que existe correlación entre las variables “antecedentes de aborto” y “prematuridad”, siendo la correlación negativa alta.

Orneta G (Huánuco – 2017).¹⁶ Realizó un estudio observacional, retrospectiva, longitudinal y analítico, con diseño caso y control, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de enero a diciembre del 2016. Encontrando que el 51.4% de los casos (parto pretérmino) proceden de zonas urbanas y un 48.5% proceden de zonas rurales. Mientras que el 65.7% de los controles (parto a término) proceden de zonas urbanas y un 34.2% de zonas

rurales. Se evidencia que el mayor porcentaje fue representado por las gestantes convivientes en un 51.4% de los casos (parto pretérmino). Mientras que el 68.5% de los controles (parto a término) también fueron convivientes. El grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes con un grado de instrucción secundaria con un 48.5%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidenció que el grado de instrucción secundaria tuvo la mayor proporción con un 65.7%. En relación a los Factores de riesgo Maternos se pudo evidenciar que el antecedente de un aborto previo, la Infección del tracto urinario, Pre eclampsia y la Anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. En relación a los Factores de riesgo Ovulares se evidencio que la ruptura prematura de membrana y la placenta previa son factores de riesgo para el parto pretérmino.

Flores F (Lima – 2017).¹⁷ Efectuó un estudio observacional, analítico de casos y controles, con el objetivo de determinar si 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. Incluyendo 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). Hallando 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 atenciones prenatales (≥ 5 APN) 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. La autora concluye 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, tener más de dos abortos no se encontró significancia.

Taboada R (Iquitos – 2015).¹⁸ Realizaron un estudio de casos y controles con el objetivo de identificar los 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.

García B (Lima – 2015).¹⁹ Realizó un estudio con el objetivo de determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del 2015. Este estudio fue no experimental, con enfoque cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, cuyo tamaño muestra estuvo conformado en dos grupos: El grupo casos, conformado por 30 púérperas de parto pretérmino y el grupo control, conformado por 30 púérperas de parto a término; este último grupo se obtuvo mediante la técnica de pariamiento en relación 1:1 con el grupo casos. Dentro de los resultados reportados, se señala que el número de abortos, no tiene asociación con el parto pretérmino ($p>0.05$), por tanto, el no tener antecedente de abortos se comporta como un factor protector para parto pretérmino.

Curisinche K (Huancavelica - 2014).²⁰ Efectuó una investigación fue de tipo retrospectiva, de casos y controles, de nivel correlacional con el objetivo de establecer la asociación entre antecedente de aborto y parto pretérmino. método deductivo y bibliográfico documental, en una muestra de 198 historias clínicas de gestantes cuyo parto fue atendido

en el Hospital Departamental de Huancavelica durante el 2012, Los resultados reportados fueron: De las mujeres que hicieron parto pretérmino, el 62% tuvo antecedente de aborto, con un aborto (38%), principalmente fetal temprano (46%), espontáneo (77%) y con legrado uterino (85%). Basado en los hallazgos se concluyó que, 1 de cada 10 gestantes presenta parto pretérmino, de las cuales 9 de cada 10 llegan a prematuridad leve; 1 de cada 5 tienen antecedente de un aborto, embrionario, espontáneo y con legrado uterino; 3 de cada 5 mujeres tienen antecedente de un aborto, fetal temprano, espontáneo y con legrado uterino. La asociación entre las variables en estudio es significativa. ($\chi^2= 27.635$, $p<0.01$), teniendo nueve veces más riesgo de parto pretérmino si se tiene antecedente de aborto.

2.2 Base Teórica - Científica

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un producto menor de 22 semanas, este puede ser espontáneo o inducido.²¹ La SEGO lo define como “la expulsión o extracción de un embrión o de un feto de menos de 500g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo”.²² Esta definición está de acuerdo con la de diversos organismos internacionales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y responde al concepto de viabilidad fetal.^{23,24}

En Perú se penaliza el aborto, muchas mujeres se someten de manera clandestina a una serie de procedimientos que ocasionan un gran número de complicaciones y muertes maternas.²⁴ El número de hospitalizaciones anuales por abortos inducidos en el Perú se ha estimado en 54 200 para 1989 ²⁵ y 28 652 para el 2013.²⁶ Esta aparente disminución puede deberse al incremento del uso clandestino de misoprostol.²⁵ La etiología del aborto es multifactorial, donde se incluyen causas endocrinas, anatómicas, inmunológicas y genéticas, de los cuales se reporta que aproximadamente el 50% son de causa genética.²⁷

Algunos estudios han identificado que factores como la presencia de un aborto previo se comporta como factor de riesgo para parto pretérmino, siendo esta relación más fuerte con la existencia de 2 o más abortos previos.⁸ Una revisión sistemática en 2015 se evidenció que las mujeres con un historial de aborto quirúrgico tenían un pequeño aumento de riesgo de parto pretérmino en un embarazo posterior en comparación con los controles. Las mujeres que se sometieron a la interrupción médica del embarazo tenían un riesgo similar futuro de parto prematuro que las mujeres sin antecedentes de la interrupción del embarazo.²⁸

A pesar de que el aborto quirúrgico parecía ser un factor de riesgo para un posterior parto pretérmino, los estudios observacionales son deficientes porque están sujetos a sesgos de memoria y el ajuste

inadecuado de muchos de los otros factores de riesgo de resultados adversos del embarazo.²⁹

La prematuridad es la principal causa de muerte neonatal y la segunda causa de muerte infantil en menores de 5 años.³⁰

La presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación, asociada al menos a una de los siguientes escenarios: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical $\geq$ a 2 cm y borramiento $\geq$ 80%; se le llama “Amenaza de parto pretérmino” (APP). Oscilando su prevalencia entre 7-10%. Se presume que el 65% de muertes perinatales es por esta causa.³¹

Causas y Factores de Riesgo

No es una entidad clínica única. Es multifactorial. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, pre eclampsia; aborto. Causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc. ³²

Evaluación Clínica ³¹

Cuando existe la sospecha de que un cuadro clínico orienta hacia una APP se deben tener en cuenta diferentes parámetros:

- Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal.
- Antecedentes personales y antecedentes obstétricos.
- Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura.
- Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.
- Exploración genital con la finalidad de realizar:
 - o Especuloscopia para ver las condiciones del cuello uterino, la presencia de sangrado genital.
 - o Recogida de cultivo vagino-rectal para Estreptococo grupo B (EGB) y otros frotis y cultivos si fueran necesarios.
- Ecografía abdominal para visualizar número de fetos, estática fetal, estimar peso fetal, volumen de líquido amniótico y ver localización placentaria.
- Ecografía Transvaginal para evaluar la cervicometría.
- Analítica básica: hemograma, coagulación, bioquímica y sedimento de orina.

- Valorar realizar Urocultivo previo a tratamiento con antibióticos si se decide ingreso de la paciente.

Diagnóstico ³³

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales:

- a) Identificar a las pacientes con riesgo de padecer amenaza de parto pretérmino.
- b) Detección precoz de la sintomatología.
- c) Diagnóstico clínico

La identificación de la paciente se relaciona directamente con los factores de riesgo descritos en la etiología, se lo realiza mediante una buena anamnesis:

- ☐ Dolor abdominal tipo contracción
- ☐ Presión pélvica o dolor en la espalda
- ☐ Embarazo igual o menor de 37 semanas

Diagnóstico ³¹

Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de

contracciones necesarias para definir una APP, pero generalmente se consideran:

- 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
 - Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
 - Palpables y dolorosas. Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. Las contracciones de Braxton-Hicks existen en un gran número de embarazos que finalizan a término la gestación. Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales.
- Cambios cervicales comprobados mediante diferentes parámetros.³¹

El diagnóstico clínico, se puede dividir en:³³

- Diagnóstico presuntivo: se establece cuando la paciente presenta contracciones uterinas superiores a los patrones normales después de un período de reposo de 1 hora en decúbito lateral izquierdo, y después del cual las condiciones del cuello son iguales a las del comienzo.
- Diagnóstico de certeza: cuando junto con las contracciones se constata al ingreso o después de la hora de reposo, modificaciones cervicales.

En la clínica pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- Dolores uterinos difusos (continuos o esporádicos)
- Dolores en región supra púbicos (constantes o no)
- Dolores en región sacrolumbar
- Contracciones uterinas en 10 min. (Dolorosas o no)
- Sensación de presión fetal
- Pérdida de líquido por vagina (claro o sanguíneo)
- Aumento del flujo vaginal (mucoso, espeso o acuoso)

Definición de Términos y Conceptos:

- **Amenaza de Parto Pretérmino:** Se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36 semanas 6 días semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino.³³
- **Aborto.** Interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.²³
- **Factor de Riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.³⁴ En epidemiología un factor de riesgo asociado es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican

que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor. En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento.³⁵

- **Riesgo:** Probabilidad que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad, trastorno, accidente o cambio en el estado de salud en un período específico en una comunidad dada.³⁵
- **Odds Ratio:** Razón entre las probabilidades de exposición de los que son casos y las probabilidades de exposición de los que no son casos = $\frac{\text{enfermos expuestos} \times \text{sanos no expuestos}}{\text{sanos expuestos} \times \text{enfermos no expuestos}}$. Se aplica en los estudios de casos-controles siempre que los controles sean representativos de la población general y los casos representativos de los casos enfermos.³⁶

2.3 Hipótesis:

2.3.1 Hipótesis General:

El aborto previo es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017

2.3.2 Hipótesis Específica:

1. La frecuencia de amenaza de parto pretérmino es media y significativa.
2. La frecuencia de Aborto previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino es alta y significativa.
3. El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino aumentado 5 veces más que las que no lo tienen.
4. El número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino es sólo uno.
5. Dentro de las características socio - demográficas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo destacan la población joven, la procedencia de zonas urbanas, convivencia y la escolaridad incompleta.
6. Dentro de las características Gineco – Obstétricas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo tenemos a:
La Multiparidad, gestaciones pre término y la atención pre natal incompleta.

2.4 Variables: Identificación de las variables

V.I: Aborto previo

V.D: Amenaza de Parto Pretérmino

2.5 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUB INDICADORES	ESCALA
V.I Aborto previo	Interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.	Culminación de la gestación antes de las 22 semanas o expulsión de un producto con peso inferior a 500 gramos	SI NO	Nominal
V.D Amenaza de Parto pretérmino	Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 4 cada 20 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o más y una dilatación $\geq$ a 2cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.	La sintomatología de la APP suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o sangrado genital escaso.	SI NO	Nominal

VARIABLES INTERVINIENTES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	ESCALA
Edad	Cronológica	Años	≤ 17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 >35	De Razón
Procedencia	Demográfica	Lugar de donde procede la gestante	Urbana Urbana – Marginal Rural	Nominal
Estado Civil	Social	Condición conyugal de la gestante	Soltera Casada Conviviente	Nominal
Edad Gestacional	Clínica	Tiempo de embarazo (expresado en semanas)	$\geq a 22$ y < 37 semanas	Intervalo
Paridad	Clínica	Nº veces que una mujer ha parido	- Primípara - Multípara - Gran Multípara	Ordinal
Atención Pre Natal	Clínica	Nº de atenciones que una gestante tiene a lo largo del embarazo.	< 6 ≥ 6	Ordinal

CAPÍTULO III:

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación:

Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.³⁷

3.2 Diseño de Investigación:

Diseño epidemiológico analítico no experimental de Casos y Controles.³⁷

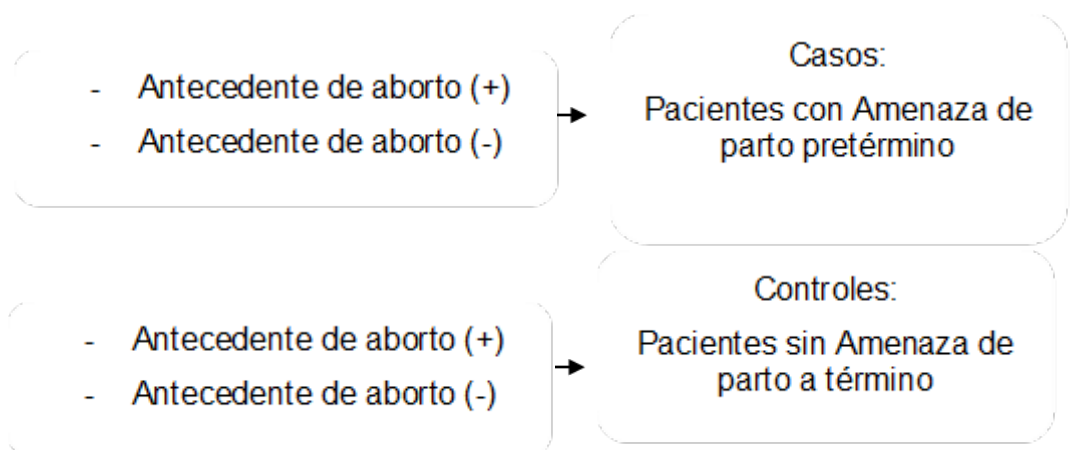
G1 O1, G2 O2,

G1: Pacientes que tuvieron Amenaza de parto pretérmino.

G2: Pacientes que no tuvieron Amenaza de parto pretérmino.

O1: Pacientes con antecedente de aborto.

O2: Pacientes sin antecedente de aborto.



3.3 Población y Muestra:

Población: Estuvo constituida por todas las gestantes que presentaron Amenaza de Parto Pretérmino atendidas en el Hospital H. Soto Cadenillas - Chota.

Muestra: Aquellas gestantes que cumplieron con los siguientes criterios de selección, que fueron un total de 270 los casos de gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino.

Criterios de Inclusión

Casos

- Haber presentado amenaza de parto pretérmino atendida en este hospital durante el periodo de estudio.
- Tener expediente médico completo congruente al motivo de la atención (nota de ingreso y de egreso de la madre, nota de atención del parto, carnet perinatal, certificado de nacimiento del recién nacido, historia clínica del recién nacido, nota de egreso).

Controles

- Gestantes sin Amenaza de parto pretérmino.

Criterios de Exclusión

- Pacientes cuya historia clínica contengan datos incompletos para el seguimiento del estudio.
- Pacientes que hayan sido transferidas a otros centros hospitalarios.
- Pacientes provenientes de otros nosocomios.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación:

Como Técnica se utilizó el Fichaje.

Como instrumento se utilizó una Ficha de Recolección de datos (Ver Anexo).

3.5 Métodos y Procedimiento para la recolección de datos

Métodos de Análisis de Datos: Se hizo uso de los métodos teóricos como el Inductivo y Deductivo, Analítico y Sintético, Dialéctico, de la abstracción:

Procedimientos para la Recolección de Datos

Luego de obtener la aprobación del Proyecto de investigación, se procedió a la aplicación del instrumento, no sin antes haber solicitado el respectivo permiso para la recolección de datos. Luego fueron procesados y presentados en tablas estadísticas.

3.6 Análisis Estadístico e interpretación de los datos:

El procesamiento de datos fue mediante el programa SPSS versión 25. Los datos fueron consolidados en tablas de Una y Doble entrada con sus respectivas frecuencias relativas y porcentuales. Para determinar si el Aborto previo es un factor de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino se aplicó la razón de momios, razón de proporciones u Odds ratio.

Estadígrafo propio del estudio:

ABORTO PREVIO	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	
	SI	NO
SI	a	b
NO	c	d

$$OR = a/b/c/d$$

CAPÍTULO IV:

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Presentación de los Resultados

TABLA 1:

En la siguiente tabla se puede apreciar que la frecuencia de Amenaza de parto pretérmino durante el año 2017 en el Hospital José H. Soto Cadenillas – Chota fue 18.24%.

TABLA 2:

En la sucesiva tabla se observa que la frecuencia de Aborto previo en las gestantes con amenaza de parto pretérmino durante el año 2017 fue 47.41%.

TABLA 3:

En lo que respecta al aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino se puede observar que se halló un OR de 3.3; lo que indica que aquellas gestantes con aborto previo estaban predisuestas 3.3 veces a sufrir de una Amenaza de Parto Pretérmino.

TABLA 4:

En la siguiente tabla se aprecia el número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino. Siendo en su mayoría

con un aborto en el 39.25%, con dos abortos en el 05.19% y con más de dos abortos sólo el 02.97%

TABLA 5:

En la consecutiva tabla se puede apreciar que la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tenían edades entre los 24 a 29 años (26.56%), procedían de zonas rurales en el 63.28% eran convivientes en el 78.91%, amas de casa en el 84.37% y con estudios primarios en el 46.88%.

TABLA 6:

En la subsecuente tabla se observa que, la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tuvieron entre 33 a 36 semanas en el 65.62%, la mayoría fueron multíparas en el 69.53%, el 50% tenían ≥ 5 atenciones pre natales.

TABLA 1

**FRECUENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS – CHOTA
2017**

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	1480	100.00
TOTAL DE AMENAZAS DE PARTOS PRE TÉRMINOS	270	18.24

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

TABLA 2

**FRECUENCIA DE ABORTO PREVIO EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS – CHOTA
2017**

TOTAL DE AMENAZAS DE PARTOS PRE TÉRMINOS	270	100.00
TOTAL DE ABORTO PREVIO EN LAS AMENAZAS DE PARTOS PRE TÉRMINOS	128	47.41

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

TABLA 3

**ABORTO PREVIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS – CHOTA
2017**

ABORTO PREVIO	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO					
	SI		NO		Total	
Total	N°	%	N°	%	N°	%
	270	18.24	1210	81.76	1480	100.00
SI	128	47.41	260	21.49	388	26.22
NO	142	52.59	950	78.51	1092	73.78

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

OR = 3.3

TABLA 4

**NÚMEROS DE ABORTOS PREVIOS EN LA AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS – CHOTA
2017**

Nº ABORTOS PREVIOS	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	
	Nº	%
TOTAL	270	100.00
SIN ABORTOS PREVIOS	142	52.59
UN ABORTO	106	39.25
DOS ABORTOS	14	05.19
MÁS DE DOS ABORTOS	08	02.97

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

TABLA 5

**CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS EN GESTANTES CON
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO POR ABORTO PREVIO
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS – CHOTA
2017**

n = 128		
Edad (Años)	Nº	%
≤ 17	28	21.88
18 – 23	32	25.00
24 – 29	34	26.56
30 – 35	22	17.19
> 35	12	09.37
Procedencia	Nº	%
Urbana	33	25.78
Urbano - Marginal	14	10.94
Rural	81	63.28
Estado Civil	Nº	%
Casada	19	14.84
Conviviente	101	78.91
Soltera	08	06.25
Ocupación	Nº	%
Ama de casa	108	84.37
Empleada	12	09.38
Estudiante	08	06.25
Grado de Instrucción	Nº	%
Analfabeta	07	05.47
Primaria	60	46.88
Secundaria	43	33.59
Superior	18	14.06

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

TABLA 6

**CARACTERÍSTICAS GÍNECO – OBSTÉTRICAS EN GESTANTES CON
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO POR ABORTO PREVIO
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS – CHOTA
2017**

n = 128		
Paridad	Nº	%
Primípara	23	17.97
Múltipara	89	69.53
Gran Múltipara	16	12.50
Edad Gestacional (Sem)	Nº	%
< 28	16	12.50
28 – 32	28	21.88
33 – 36	84	65.62
Atención Pre Natal	Nº	%
< 4	18	14.06
≥ 5	64	50.00
Ninguno	46	35.94

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

4.2 Análisis y Discusión de los Resultados

Como se ha referido líneas atrás, la amenaza de parto pretérmino es un problema de salud pública pues representa unas de las complicaciones obstétricas más frecuentes y una de las principales causas de morbi – mortalidad materna y perinatal. Se le atribuyen varios factores de riesgo dentro de los cuales, está el aborto previo, el cual fue tomado en cuenta en la siguiente investigación, la cual fue realizada en el Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, durante el año 2017.

Así pues, se estimó que la frecuencia de Amenaza de parto pretérmino fue 18.24%. (Tabla 1) y la frecuencia de Aborto previo en las gestantes con amenaza de parto pretérmino fue 47.41%. (Tabla 2) además se halló que el aborto en embarazos anteriores es significativo para amenaza de parto pretérmino con (OR=3.3). Siendo en su mayoría con un aborto el 39.25%, con dos abortos el 05.19% y con más de dos abortos sólo el 02.97%. (Tabla 3 y 4) La mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino por aborto previo tenían edades entre los 24 a 29 años (26.56%), procedían de zonas rurales en el 63.28% eran convivientes en el 78.91%, amas de casa en el 84.37% y con estudios primarios en el 46.88%. Tuvieron entre 33 a 36 semanas en el 65.62%, la mayoría fueron multíparas en el 69.53% y el 50% tenían ≥ 5 atenciones pre natales. (Tabla 5 y 6)

Por su parte **Pérez M¹²** en Ecuador, encontró que el 10% de las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino tuvieron antecedente de aborto. Reportándose al aborto previo como un factor de riesgo asociado a la presencia de Amenaza de parto pretérmino. Predominando las adolescentes en el 76%, la instrucción secundaria en el 79%, convivientes en el 58%, procedentes de zonas rurales en el 69%, el 43% fueron amas de casa y nulíparas en en 76% respectivamente.

Retureta S, Rojas L y Retureta M⁸ en Cuba hallaron que dentro de los factores de riesgo asociados al parto pretérmino están el antecedente de parto pretérmino (OR: 5.1) y el aborto en embarazos anteriores (OR: 2.6).

Por su parte **Hardy G, Benjamín A y Abenhaim H⁹**, en Canadá evidenció que hubo un aumento significativo en el riesgo de parto pretérmino en mujeres con antecedentes de aborto inducido anterior. Así pues, 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. Además, se halló que el aborto anterior inducido se asoció con una mayor necesidad de tocólisis en los embarazos posteriores.

Dentro de los estudios nacionales, podemos mencionar el realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo por **Espinoza L¹⁴** quien

últimó que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para parto pretérmino. En cuanto a la estadística analítica, se halló asociación entre el antecedente de aborto y el parto pretérmino ($p = 0,014$) y la exposición de riesgo fue OR: 2.6. El promedio de edad en años de los casos y controles fue de 24.5 (± 5.2) y 26.1 (± 5.1) respectivamente. Del mismo modo, el promedio de atenciones prenatales fue de 4.2 para los casos y 7.0 para los controles. El promedio de edad gestacional en semanas para los casos fue de 33.8 (± 2.8)

Otro estudio realizado en el en el Instituto Nacional Materno Perinatal por **Flores F¹⁷**, halló que, 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 previos aumenta a 4,4 veces más el riesgo.

Del mismo modo **Taboada R¹⁸** en el Hospital Regional de Loreto (Iquitos) “Felipe Arriola Iglesias” halló que existe una relación estadísticamente significativa entre las gestantes con antecedentes de aborto y el parto pretérmino. Se prestó atención que en el grupo de Casos el 60% pertenece a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 40% tuvieron uno o más abortos. En el grupo Control se aprecia igual distribución asimismo el 77.3% concierne a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 22.7% (17) tuvieron uno o más abortos.

Otro estudio como el de **García B¹⁹**, refiere que, el no tener antecedente de abortos se comporta como un factor protector para parto pretérmino.

Curisinche K²⁰ en Huancavelica en el año 2014 encontró que, de las mujeres que hicieron parto pretérmino, el 62% tuvo antecedente de aborto. Teniendo nueve veces más riesgo de parto pretérmino si se tiene antecedente de aborto.

Después de exponer nuestros hallazgos, se puede decir que, la Prevención del Parto Pretérmino incluye acciones en la población general, la identificación de población de riesgo, y el diagnóstico precoz e intervención oportuna en aquellas pacientes con amenaza de parto prematuro.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017 fue 18.24%.
2. La frecuencia de Aborto previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino fue 47.41%.
3. Las gestantes con antecedente de aborto previo tuvieron una exposición de riesgo de 3.3 (OR) para desarrollar amenaza de parto pretérmino.
4. El número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino fue en su mayoría uno (39.25%), dos abortos (05.19%) y con más de dos abortos sólo el 02.97%
5. En la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tenían edades entre los 24 a 29 años (26.56%), procedían de zonas rurales en el 63.28% eran convivientes en el 78.91%, amas de casa en el 84.37% y con estudios primarios en el 46.88%).
6. En la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tuvieron entre 33 a 36 semanas en el 65.62%, la mayoría fueron multíparas en el 69.53%, el 50% tenían ≥ 5 atenciones pre natales.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Al Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital José H. Soto Cadenillas

- Habiéndose demostrado que el aborto previo es un factor de riesgo para parto pretérmino, se sugiere realizar una atención pre natal reenfocada y una minuciosa historia clínica para una mejor detección de los factores de riesgos presentes para una adecuada prevención.
- Reforzar la educación sanitaria y sensibilización sobre la amenaza de parto pretérmino, sus signos de alarma y factores de riesgos, a través de charlas en lugares como la sala de espera, mientras las gestantes esperan su consulta.
- Sensibilizar a la población que el tener aborto previo acrecienta el riesgo de amenaza de parto pretérmino.

A los Profesionales de la Salud

- Reforzar la salud sexual y reproductiva de nuestros adolescentes y jóvenes para disminuir la incidencia de abortos y embarazos no deseados.
- Ejecutar la respectiva orientación y consejería en Planificación Familiar a través de charlas educativas de calidad para evitar el aborto sobre todo el aborto clandestino, de esta forma se disminuiría el riesgo de amenaza de parto pretérmino.
- Consejería pre concepcional a la pareja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez A. La «milagrosa» vida de los prematuros cubanos. Juventud Rebelde [Internet]. 2015 [citado 1 Mar 2017]; Cuba: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2015-11-17/la-milagrosa-vida-de-los-prematuros-cubanos/>
2. Santana S. Nacimiento Pretérmino. Prevención y Control. Bibliomed. Boletín Bibliográfico de la Biblioteca Médica Nacional. Vol 24 N° 3 – marzo 2017. ISSN 2312-1505 RNPS 1979 - aprox. 13 p.
3. Stacy B, Wojdyla D, Lale S, Betran A, Merialdi M, Requejo J, Craig R, Menon R, Van Look P. “Incidencia mundial de parto prematuro: Revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas”. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. Volumen 88, enero 2010, 1-80
4. Faneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev. Obstet Ginecol Venez. 2012 [citado 15 set 2018]; 72 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001
5. OMS. Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros, mayo, 2012. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Save the Children y March of Dimes Foundation
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born_too_soon_execsum_es.pdf
6. Libro de Registro. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota. Período 2017.

7. Hernández M, Mejía E. Principales causas que desencadenan, Amenaza de Parto Prematuro en Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo comprendido del 01 de julio al 31 de diciembre de 2016. Trabajo de Posgrado para optar el Grado de Especialista Médico en Ginecología y Obstetricia. Facultad Multidisciplinaria de Occidente. Escuela de Posgrado. Universidad de El Salvador. Diciembre 2017.
8. Retureta S, Rojas L y Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. MediSur 2015, 13517 - 525. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180041204008>. Fecha de consulta: 12 de oct de 2018.
9. Hardy G, Benjamin A y Abenhaim H. Effect of induced abortions on early preterm births and adverse perinatal outcomes. J Obstet Gynaecol Can.2013 Feb; 35 (2):138-43.
10. 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/18079328>
11. Mc Caffrey M. abortions Impact on prematurity closing the knowledge Gap. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29108163>. Issues Law Med. 2017 Spring;32(1):43-52.
12. Pérez M. Factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes del Hospital Provincial General Latacunga en el mes noviembre 2015 - abril 2016. Ecuador 2017.

13. Obando R, Zamora J. Factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes embarazadas que acuden a las unidades de salud del municipio del Tuma- La Dalia, Matagalpa, durante el 2010. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas-León, carrera de Medicina. Tesis Para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.
14. Espinoza L. El antecedente de aborto como factor de riesgo para parto pretérmino. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú, 2018.
15. Zaga P. Correlación entre antecedentes de aborto y parto pretérmino Hospital III EsSalud, Puno 2013 – 2017. Tesis para optar el título profesional de: Médico Cirujano.
16. Ornetá G. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, enero a diciembre del 2016. Universidad de Huánuco, Tesis para optar el título profesional de Obstetra.
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. UNMSM, tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.
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. García B. Edad Materna y el Número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente Madre-Niño "San Bartolomé", enero a febrero. Tesis pregrado. Lima: Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2015.
20. Curisinche A. Antecedentes de aborto y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica. Tesis Pregrado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2014.
21. Guevara-Ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev. Perú Ginecol Obstet. 2010; 56 (1).
22. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Aborto espontáneo. julio de 2010.
23. Definición de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) [Internet]. Aborto. La información médica. 2009 [citado 11 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
24. Taype-Rondan A, Merino-Garcia N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números? (spanish). hosp admiss deaths due clandestine Abort Peru What Numbers Reveal Engl. octubre de 2016;33(4):829-30.
25. Henshaw K, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. International family planning perspectives. 1999:S30-S8.pdf.

26. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *Bjog*. agosto de 2016;123(9):1489-98.
27. Páez Bermeo MC. Alteraciones cromosómicas como factor etiológico en el aborto espontáneo y sus complicaciones más frecuentes. 2017.
28. Saccone G, Perriera L, Berghella V. Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. mayo de 2016;214(5):572-91.
29. Preterm birth: Risk factors and interventions for risk reduction - UpToDate [Internet]. [citado 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-risk-factors-and-interventions-for-risk-reduction?search=parto%20pretermino&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1~150&display_rank=1
30. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm Labor: One Syndrome, Many Causes. *Science*. 15 de agosto de 2014;345(6198):760-5.
31. Ochoa A. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2009; 32 (Supl. 1): 105-119.
32. Lams D. Preterm birth. En: Gabbe G, Niebyl R, Simpson L, eds. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. 4th ed. Philadelphia: Churchill and Livingstone, 2002: 755-826.

33. Medicina Fetal Barcelona. Protocolos de Medicina Fetal I Perinatal
Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat de Barcelona.
Año 2013.
34. OMS. Factores de Riesgo. Temas de Salud. Año 2016.
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
35. Wikipedia. Factor de Riesgo Asociado.
https://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo
36. Rothman Kenneth. Modern Epidemiology 3d Edition 2008.
37. Hernández R, Fernández C, Baptista M. "Metodología de la
investigación:". 5ª Ed. Mc – Graw - Hill Interamericana Editores, S.A.
DE C.V. México. 2010.

ANEXO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José
H. Soto Cadenillas - Chota, 2017.

1.- Características Socio - demográficas:

- Edad materna: ≤ 17 () 18 – 23 () 24 – 29 () 30 – 35 () > 35
- Procedencia: Urbana () Urbano-Marginal () Rural ()
- Estado Civil: Casada () Conviviente () Soltera ()

2.- Características Gíneco – Obstétricas

E.G: _____ P: _____

APN: SI () NO () N° de Veces: _____

3.- ABORTO PREVIO: SI () NO ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Hipótesis	Objetivos	Conclusiones	Recomendaciones
Problema General ¿Es el aborto previo un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017? Problemas Específicos 1. ¿Cuál es la frecuencia de amenaza de parto pretérmino? 2. ¿Cuál es la frecuencia de Aborto previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino? 3. ¿En qué medida, el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino? 4. ¿Cuál es el número de abortos previos en la amenaza de parto pretérmino? 5. ¿Cuáles son las características socio - demográficas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo? 6. ¿Cuáles son las características Gineco – Obstétricas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo?	Hipótesis General El aborto previo es un factor de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino. Hospital H. Soto Cadenillas – Chota, 2017. Hipótesis Específicas 1. La frecuencia de amenaza de parto pretérmino es media y significativa. 2. La frecuencia de Aborto previo es alta y significativa. 3. El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino aumentado 5 veces más que las que no lo tienen. 4. El número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino es sólo uno. 5. Dentro de las características socio - demográficas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo destacan la población joven, la procedencia de zonas urbanas, convivencia y la escolaridad incompleta. 6. Dentro de las características Gineco – Obstétricas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo tenemos a: La Multiparidad, gestaciones pre término y la atención pre natal incompleta.	General Determinar si el aborto previo es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017. Objetivos Específicos 1. Conocer la frecuencia de amenaza de parto pretérmino. 2. Estimar la frecuencia de Aborto Previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino. 3. Determinar la exposición de riesgo entre el aborto previo y la amenaza de parto pretérmino. 4. Definir el número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino. 5. Establecer las características sociodemográficas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo. 6. Especificar las características Gineco – Obstétricas en gestantes con amenaza de parto pretérmino por aborto previo.	1. La frecuencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017 fue 18.24%. 2. La frecuencia de Aborto previo en pacientes con amenaza de parto pretérmino fue 47.41%. 3. Las gestantes con antecedente de aborto previo tuvieron una exposición de riesgo de 3.3 (OR) para desarrollar amenaza de parto pretérmino. 4. El número de abortos previos en las gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino fue en su mayoría uno (39.25%), dos abortos (05.19%) y con más de dos abortos sólo el 02.97% 5. En la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tenían edades entre los 24 a 29 años (26.56%), procedían de zonas rurales en el 63.28% eran convivientes en el 78.91%, amas de casa en el 84.37% y con estudios primarios en el 46.88%). 6. En la mayoría de gestantes con Amenaza de parto pretérmino con aborto previo tuvieron entre 33 a 36 semanas en el 65.62%, la mayoría fueron multiparas en el 69.53%, el 50% tenían ≥ 5 atenciones pre natales.	<u>Al Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota</u> Habiéndose demostrado que el aborto previo es un factor de riesgo para parto pretérmino, se sugiere realizar una atención pre natal reenforcada y una minuciosa historia clínica para una mejor detección de los factores de riesgos presentes para una adecuada prevención. Reforzar la educación sanitaria y sensibilización sobre la amenaza de parto pretérmino, sus signos de alarma y factores de riesgos, a través de charlas en lugares como la sala de espera del Hospital José H. Soto Cadenillas – Chota, mientras las gestantes esperan su consulta. Sensibilizar a la población que el tener aborto previo acrecienta el riesgo de amenaza de parto pretérmino. <u>A los Profesionales de la Salud</u> Reforzar la salud sexual y reproductiva de nuestros adolescentes y jóvenes para disminuir la incidencia de abortos y embarazos no deseados. Ejecutar la respectiva orientación y consejería en Planificación Familiar a través de charlas educativas de calidad para evitar el aborto sobre todo el aborto clandestino, de esta forma se disminuiría el riesgo de amenaza de parto pretérmino. Consejería pre concepcional a la pareja.

SPSS v25

Frecuencias

Estadísticos

Amenaza de Parto Pretérmino

N	Válido	1480
	Perdidos	0

Amenaza de Parto Pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	270	18,2	18,2	18,2
	No	1210	81,8	81,8	100,0
	Total	1480	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

Aborto previo a la Amenaza de Parto Pretérmino

N	Válido	270
	Perdidos	0

Aborto previo a la Amenaza de Parto Pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	128	47,4	47,4	47,4
	No	142	52,6	52,6	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Aborto previo a la Amenaza de Parto Pretérmino *	1480	100,0%	0	0,0%	1480	100,0%
Amenaza de Parto Pretérmino						

Tabla cruzada Aborto previo a la Amenaza de Parto Pretérmino* Amenaza de Parto Pretérmino

			APP		Total
			Si	No	
Aborto previo a la APP	Si	Recuento	128	260	388
		% dentro de Aborto previo a la APP	33,0%	67,0%	100,0%
	No	Recuento	142	950	1092
		% dentro de Aborto previo a la APP	13,0%	87,0%	100,0%
Total	Recuento		270	1210	1480
	% dentro de Aborto previo a la APP		18,2%	81,8%	100,0%

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Aborto previo a la APP (Si / No)	3,294	2,501	4,338
Para cohorte Amenaza de Parto Pretérmino = Si	2,537	2,059	3,126
Para cohorte Amenaza de Parto Pretérmino = No	,770	,716	,829
N de casos válidos	1480		

Frecuencias

Estadísticos

Nº de Abortos

N	Válido	270
	Perdidos	0

Nº de Abortos previos en la Amenaza de Parto Pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin abortos	142	52,6	52,6	52,6
	Un aborto	106	39,3	39,3	91,9
	Dos abortos	14	5,2	5,2	97,0
	Más de dos abortos	8	3,0	3,0	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

		Edad	Procedencia	Estado Civil	Ocupación	Grado de Instrucción
N	Válido	128	128	128	128	128
	Perdidos	0	0	0	0	0

Tabla de frecuencia

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12 - 17	28	21,9	21,9	21,9
	18 - 23	32	25,0	25,0	46,9
	24 - 29	34	26,6	26,6	73,4
	30 - 35	22	17,2	17,2	90,6
	> 35	12	9,4	9,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbana	33	25,8	25,8	25,8
	Urbana - Marginal	14	10,9	10,9	36,7
	Rural	81	63,3	63,3	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	8	6,3	6,3	6,3
	Casada	19	14,8	14,8	21,1
	Conviviente	101	78,9	78,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	108	84,4	84,4	84,4
	Estudiante	8	6,3	6,3	90,6
	Empleada	12	9,4	9,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Grado de Instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	7	5,5	5,5	5,5
	Primaria	60	46,9	46,9	52,3
	Secundaria	43	33,6	33,6	85,9
	Superior	18	14,1	14,1	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

		Paridad	Edad Gestacional	Atención Pre Natal
N	Válido	128	128	128
	Perdidos	0	0	0

Tabla de frecuencia

Paridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primípara	23	18,0	18,0	18,0
	Múltipara	89	69,5	69,5	87,5
	Gran Múltipara	16	12,5	12,5	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Edad Gestacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 28 semanas	16	12,5	12,5	12,5
	28 - 32	28	21,9	21,9	34,4
	33 - 36	84	65,6	65,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Atención Pre Natal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 6 controles	18	14,1	14,1	14,1
	>= 6 controles	64	50,0	50,0	64,1
	Ninguno	46	35,9	35,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	