

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CORRELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE ABORTO Y
PARTO PRETÉRMINO HOSPITAL III ESSALUD PUNO
2013 – 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. PERCY ANTONIO ZAGA CASTILLO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CORRELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE ABORTO Y PARTO
PRETÉRMINO HOSPITAL III ESSALUD PUNO 2013 - 2017

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. PERCY ANTONIO ZAGA CASTILLO

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO



APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADA POR:

PRESIDENTE:

[Signature]
Dra. Tania R. Aguilera Portugal
M.C. TANIA ROXANA AGUILAR PORTUGAL
C.M.P. 33685

PRIMER MIEMBRO:

[Signature]
Dr. Enrique Alfredo Carpio Carpio
M.C. ENRIQUE ALFREDO CARPIO CARPIO

SEGUNDO MIEMBRO:

[Signature]
M.C. NARUSKA TITO CHURA

DIRECTOR / ASESOR:

[Signature]
M.C. CARLOS ALBERTO QUISPE CUENCA
CARLOS A. QUISPE CUENCA
CMP 38187 RNE 22573 Y 025340
PEDIATRA NEONATOLOGO

Area : Ciencias Clínicas

Tema : Gineco-obstetricia

FECHA DE SUSTENTACION : 26/03/2018

DEDICATORIA

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa

A mi madre **ISABEL CASTILLO**, maestra solidaria y a mi padre, **PERCY ZAGA** maestro, poeta y soñador, fallecidos en el transcurso de mi formación universitaria, sé que están conmigo , siempre...

AGRADECIMIENTOS

Sin duda a mis padres, por la persistencia, ante los obstáculos, a dar todas las facilidades para ver a su hijo profesional.

A mis hermanos, Carla, Mirian, Víctor, mi única familia...

A Pamela, motor de sueños, sonrisa dulce

A docentes ejemplares de mi facultad Dr Carlos Quispe, mi asesor, y Dra Tania Aguilar por sus enseñanzas y su espíritu creativo revolucionario que emana.

A los amigos, médicos y queridas licenciadas del Hospital Essalud III Puno

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	9
ÍNDICE DE TABLAS	10
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
CAPITULO I	14
I INTRODUCCIÓN	14
1.1. Problema de Investigación	15
1.2. Formulacion del Problema.....	16
1.2.1. Problema General:	16
1.2.2. Problemas Especificos	16
1.3. Importancia y Utilidad	17
1.4. Objetivos.....	18
1.4.1. Objetivo General.....	18
1.4.2. Objetivos Especificos	18
CAPITULO II	19
II REVISIÓN DE LITERATURA	19
2.1. Antecedentes Del Proyecto	19
2.2. Marco Teórico.....	25
1. Aborto.....	25
1.1. Definición.....	25

1.2. Epidemiología	25
1.3. Clasificación.....	26
1.3.1. Por su Cronología.....	26
1.3.2. Por su Etiología	26
1.3.2.1. Aborto Espontáneo	26
1.3.2.2. Aborto Inducido	28
1.3.3. Por su Recurrencia.....	29
1.4. Etiología	30
1.4.1. Factores fetales	30
1.4.2. Factores maternos.....	31
1.4.3. Factores inmunitarios	32
1.4.4. Defectos uterinos.....	32
1.4.5. Insuficiencia cervicouterina	32
1.5. Tratamiento.....	33
2. Parto Pretérmino	33
2.1. Definición	33
2.2. Amenaza de Parto Pretermino:	34
2.3. Trabajo de Parto Pretermino:	34
2.4. Etiología.....	36
2.5. Factores de riesgo	36
2.6. Fisiopatología	37
2.7. Clasificacióndel Parto Pretermino.....	39
2.8. Predictores de Parto Pretérmino	40
2.9. Tipo de Parto	41
3. Aborto y Parto Pretermino.....	43

3.1. Lesiones Producto del Aborto y Parto Pretérmino:.....	43
3.1.1. Desgarros Cervicales:	43
3.2. Tipos De Aborto Y Parto Pretérmino	44
2.3. Hipotesis	45
2.3.1. Hipotesis General	45
2.3.2. Hipotesis Especifica	45
CAPITULO III	46
III MATERIALES Y MÉTODOS	46
3.1. Tipo de Investigación y Diseño.....	46
3.1.1. Tipo de investigación:.....	46
3.1.2. Diseño de Investigación:	46
3.2. Población y Muestra	46
3.2.1. Población:.....	46
3.2.2. Muestra.....	46
3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión	46
3.4. Técnicas e Instrumentos.....	47
3.4.1. Técnica.....	47
3.4.2. Instrumento.....	47
3.5. Procedimientos de Recolección de Datos	47
3.6. Procesamiento y Análisis de los Datos.....	48
3.6.1. Plan de tabulación	48
3.6.2. Plan de graficación	48
3.6.3. Plan de análisis de datos:.....	48
CAPITULO IV	49
IV RESULTADOS Y DISCUSION	49



V CONCLUSIONES	66
VI RECOMENDACIONES.....	67
VII REFERENCIAS	68
ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 TIPO DE PARTOS PRETERMINOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO PERIODO 2008 - 2017.....	49
FIGURA 2 ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO EUTOCICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.....	51
FIGURA 3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL ESSALUD PUNO.....	53
FIGURA 4 NUMERO DE GESTAS EN GESTANTES ATENDIDAS POR PARTOS PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO	55
FIGURA 5 ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES CON O SIN ANTECEDENTE DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.....	57
FIGURA 6 RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ANTEDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO	59
FIGURA 7 RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO	61
FIGURA 8 CORRELACIÓN ENTRE NÚMERO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 TIPO DE PARTOS PRETERMINOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, PERIODO 2008 -2017.....	49
TABLA 2 ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON PARTO PRETERMINO EUTOCICO ATENDIDAS EN HOSPITAL III ESSALUD PUNO	50
TABLA 3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.....	52
TABLA 4 NUMERO DE GESTANTES A TENDIDAS POR PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO	55
TABLA 5 ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES CON O SIN ENTECEDENTES DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO.....	57
TABLA 6 CORRELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO ESSALUD III PUNO.....	58
TABLA 7 CORRELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO	61
TABLA 8 CORRELACIÓN ENTRE NUMERO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO.....	63

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

UNA (universidad nacional del altiplano)

RN: recién nacido

OMS: Organización Mundial de la Salud

CLAP: Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano

G/O: Gineco-Obstetrico

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue, determinar la correlación que existe entre antecedentes de aborto y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Puno, 2013 - 2017. El estudio es de tipo descriptivo transversal y diseño retrospectivo. 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 realizará 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. Los resultados son: 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 88.0% fueron de tipo espontáneo, todas ellas presentaron RN con prematuridad leve. El 84.0% de gestantes tuvieron como antecedente 1 aborto, el 8.0% 2 abortos quienes tuvieron parto prematuro en la categoría leve, mientras el 8.0% terminó en parto prematuro muy extremo teniendo como antecedente 3 abortos. Conclusión: 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**.

Palabras claves: Aborto, Parto, Pretérmino, Gestante,

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the correlation between abortion antecedents and preterm birth in pregnant women treated at the Hospital III EsSalud Puno, 2013 - 2017. The study is of cross-sectional descriptive type and retrospective design. The population consisted of 129 pregnant women with preterm delivery occurring in the period of the year 2013 to 2017 and the sample by 41 pregnant women. Data collection will be done by applying the document review technique and the instrument will be a clinical record. The analysis of the data is done with the descriptive percentage statistics and the test of the hypothesis with the Spearman test. The results are: Of 129 pregnant women attended by preterm delivery, 41 pregnant women culminated in eutocic delivery, of this sample 61% had a history of abortion, of these 48% were between 30 to 35 years of age, 80% with a level of education superior, 68% with cohabiting civil status and 56% with independent work, 40% were second-generation, 16% had a history of preterm delivery. Of the total of eutocic deliveries, 53.7% ended in mild preterm labor, as well as 26.8% who did not have a history of abortion. Of the pregnant women with a history of abortion, 88.0% were spontaneous, all of them presented NB with mild prematurity. 84.0% of pregnant women had antecedent 1 abortion, 8.0% 2 abortions who had premature delivery in the mild category, while 8.0% ended in very premature premature birth having antecedent 3 abortions. Conclusion: The majority of pregnant women with preterm delivery had a history of abortion; they were segundigestas, with a previous abortion and of spontaneous type; Most of them had no history of preterm delivery; a Spearman coefficient value other than 0 is obtained ($r = -0.765$), so we can affirm that there is a correlation between the variables "ABORTION BACKGROUND" and "PREMATURITY", with the negative correlation being high.

Keywords: Abortion, Preterm ,Labor, Pregnan

CAPITULO I

I INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando cuyas consecuencias causan defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes (1).

En el Perú, según un estudio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, cerca de 370 mil abortos se realizan al año, más de mil por día, y el 90% de estos son clandestinos (2). Las mujeres que cuentan con dinero y contactos pagan clínicas privadas, compran el silencio y las condiciones de seguridad. Mientras tanto, las mujeres empobrecidas, sobre todo de zonas rurales quedan a merced de mafias y personas improvisadas con el riesgo latente de dañar su salud, perder la vida y ser criminalizadas por su decisión (3).

La etiología del parto pretérmino permanece desconocida, la predicción carece de especificidad, la profilaxis es inútil, el diagnóstico es difícil y los riesgos de la terapia tocolítica todavía son debatidos. Recientemente se ha enfatizado en el concepto de heterogeneidad de las causas de parto pretérmino (4), resaltando que se puede deber a una variedad de factores relacionados entre sí.

No menos de 127 estudios individuales de mujeres de todo el mundo demuestran que tanto el aborto provocado como el espontáneo se asocian con el incremento en el riesgo de parto prematuro. Varios metaanálisis de múltiples estudios ilustran el mismo patrón. Los abortos múltiples pueden aumentar el riesgo de nacimiento antes de término en más de un 200%. Y, no obstante, nada de esto se menciona en el informe de la OMS. (5)

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El impacto global del nacimiento prematuro es fuerte, la Organización mundial de Salud (OMS) ha encontrado que a nivel mundial 15 millones de recién nacidos son prematuros y más de 1 millón muere por complicaciones siguientes. Este problema afecta a las familias de todos los sectores socioeconómicos, aunque la gran mayoría de los nacimientos prematuros y las muertes relacionadas con este hecho ocurren en países en vías de desarrollo, como el Perú. (1)

Los RN prematuros frecuentemente presentan problemas respiratorios, cardiológicos, neurológicos e incapacidades intelectuales con repercusión para toda la vida. Además del impacto en términos humanos, el nacimiento prematuro conlleva altos costos económicos con tasas más altas de hospitalización y enfermedad que los RN a término. La atención médica, el control periódico y adecuado de la gestante es importante para disminuir los nacimientos prematuros.

Es importante también analizar los antecedentes de las gestantes, dentro de ellos si tuvo o no abortos previos, el aborto tiene una alta incidencia en los niveles

socioeconómicos bajos donde también predominan las gestantes con partos prematuros.

En el Perú y en nuestro departamento específicamente donde nos enfrentamos a altas tasas de enfermedades infecciosas, una salud en general pobre y una carencia a recursos de cuidado de la salud, el riesgo de que una mujer tenga un parto prematuro es alto. Los centros de salud, las postas médicas frecuentemente carecen de los recursos para detectar y tratar complicaciones.

Ante este problema se plantean las siguientes interrogantes:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL:

¿Cuál es la correlación existente entre el Antecedente de aborto y parto pretérmino?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de las gestantes con parto pretérmino eutócico?

- ¿Cuál la relación entre el número de abortos y el parto prematuro en gestantes atendidas?

- ¿Existe correlación entre el tipo de aborto y el parto prematuro?

- ¿Cuál es la edad gestacional de los recién nacidos pretérmino de madres con antecedente de aborto?

1.3. IMPORTANCIA Y UTILIDAD

El Perú es un país en vías de desarrollo donde el aborto es un problema social y médico que está en incremento y no se tienen cifras exactas de su incidencia por existir centros de aborto clandestino, asimismo el parto prematuro es un problema que no se ha podido resolver, este puede causar secuelas fisiológicas que dejan secuelas para toda la vida, a ambas patologías son también un problema económico y social. Nuestra región no existen estudios que asocien el parto pretérmino con el aborto, es por ello que resulta necesario comprender de que manera se da este. Por ello en este estudio trata de explicar la correlación significativa que existe , sus características con el parto pretérmino.

A través de este término se va poder prevenir el parto pretérmino a través de un estudio en la mujer gestante, tanto con sus antecedentes médicos como socioeconómicos

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la correlación existente entre el Antecedente de aborto y parto pretérmino

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características epidemiológicas de las gestantes con parto pretérmino eutócico en Hospital ESSALUD III Puno
- Identificar la correlación entre el número de abortos y el parto pretérmino en Hospital ESSALUD III Puno
- Determinar la correlación entre el tipo de aborto y el parto pretérmino en Hospital ESSALUD III Puno
- Clasificar la edad gestacional de los recién nacidos pretérmino de madres con antecedente de aborto en Hospital ESSALUD III Puno

CAPITULO II

II REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

A Nivel Internacional

El estudio realizado por Retureta S. en Cuba año 2012, bajo el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Municipio Ciego de Ávila, realizó un estudio analítico de casos y controles, para analizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el período 2009-2012. Dentro de sus resultados se informó que: Uno de los factores más relacionados con el parto prematuro, los abortos de embarazos anteriores; lo que les permitió concluir que la práctica de abortos anteriores es un factor de riesgo que mayormente se asocia 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 (24).

Otro estudio realizado por Guzmán R, Nodarse A, Guerra E, Sanabria A. en Cuba año 2013, tuvo como objetivo caracterizar un grupo de gestantes con modificaciones cervicales y el uso del pesario vaginal, atendidas en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro", entre los años 2008 y 2010. Esta investigación fue de una investigación descriptiva, longitudinal, en una muestra de 166 pacientes. Dentro de las conclusiones mencionaron que el factor de riesgo mejor representado fue: 3 o más abortos provocados. Aunque la mitad de las

gestantes alcanzaron el término de la gestación, la otra mitad tuvo un parto pretérmino (25).

Hardy G, Benjamin A, Abenhaim , H , en el año 2013 en Canadá 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 que 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. (27)

A Nivel Nacional

García B. en Lima Perú, 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 puérperas de parto pretérmino y el grupo control, conformado por 30 puérperas de parto a término; este último grupo se obtuvo mediante la técnica de 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 (29).

Sin embargo, el estudio realizado por Flores F. en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015-2016, 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 periodo de Diciembre 2015-Mayo 2016, reportó dentro de sus resultados 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 previo aumenta a 4,425 veces más el riesgo y tener más de dos abortos previos no se encontró significancia. Estos resultados les permitieron concluir 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 (30).

En Huancavelica Curisinche K. realizó un estudio con el objetivo de establecer la asociación entre antecedente de aborto y parto pretérmino. La investigación fue de tipo retrospectiva, de casos y controles, de nivel correlacional 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 (31)

Toboada R en el año 2015 en Iquitos Perú realizó el estudio con el objetivo de Identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de Enero a Diciembre 2013. Este estudio fue de tipo retrospectivo y transversal, con diseño de casos y controles. Los revelaron 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 60.0% (45) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 40.0% (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 25.0% (19) representa a las gestantes del grupo de Casos y el 12.4% (8) en el grupo control (32).

Otro estudio ,con el objetivo de determinar la relación entre el Embarazo de edad avanzada y las complicaciones materno-perinatales en gestantes mayores de 35 años que se atendieron en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, enero-abril 2015. Con un diseño correlacional. Se tuvo una muestra de 50 gestantes con complicaciones materno perinatales para evidenciar la relación con las gestantes de edad avanzada. Conclusiones: existe relación entre el embarazo en edad avanzada y las complicaciones maternas perinatales. Las enfermedades relacionadas fueron amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, prematuridad, RCIU y óbito fetal (33).

Un estudio 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. La investigación fue con diseño observacional, donde se incluyeron a 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). (11)

Para describir las variables se utilizó frecuencias absolutas relativas y medidas de tendencia central y dispersión. Para medir el riesgo, primero se utilizó la prueba de chi-cuadrado con una significancia del 5% y luego se calculó el Odds Ratio (OR) a un intervalo de confianza de 95%. Los resultados determinaron que la edad media de las gestantes con y sin amenaza fue similar 27 y 25 años respectivamente: en ambos grupo la mayoría tendría grado de instrucción secundaria completa, eran convivientes y ama de casa. Respecto a las características obstétricas las gestantes que tienen mayor número de controles prenatales (5 controles a más) son la que no presenta amenaza de parto pretérmino (26,16% vs 73,83%) en gestantes sin y con amenaza respectivamente. El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino aumentado 2,5 veces más que las que no lo tienen; el tener dos abortos previos aumenta a 4,425 veces más el riesgo y tener más de dos aborto previos no se encontró significancia. Se concluyó 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 aborto no se encontró significancia.

El estudio realizado sobre la dilatación y el legrado aumentan el riesgo de parto prematuro posterior: una revisión sistemática y un metanálisis, publicada en la revista Human Reproduction año 2016, dentro de sus principales resultados se afirma que los efectos nocivos producidos con el procedimiento de dilatación y curetaje, utilizado para un aborto tales como hemorragia, infección, o entre otros,

encontraron un aumento de riesgo de parto prematuro (<37 semanas) en el embarazo posterior de la mujer gestante (35).

2.2. MARCO TEÓRICO

1. ABORTO

1.1. DEFINICIÓN

La palabra *aborto* proviene del latín *aboriri*—abortar. De acuerdo con el *New Shorter Oxford Dictionary*(2012), el aborto es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. También significa la terminación inducida del embarazo para destruir al feto. Si bien el término se utiliza de manera indistinta en un contexto médico, el uso popular de la palabra *aborto* se refiere a la interrupción intencional del embarazo. Es por esta razón que muchos prefieren utilizar el término aborto espontáneo para referirse a la *muerte del feto* antes de su viabilidad. (6)

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera aborto a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas) de embarazo o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (huevo no embrionado , mola hidatidiforme independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontaneo o inducido (7)

1.2. EPIDEMIOLOGIA

Cada año, ocurren unos 46 millones de abortos inducidos en todo el mundo y cerca de 20 millones de ellos se realizan en condiciones inseguras. De estos, 97%

ocurren en países en desarrollo de América Latina, África y Asia Sur-Central. Se estima que 68.000 mujeres mueren como resultado del aborto inseguro en todo el mundo, y se estima que cinco millones de mujeres son hospitalizadas cada año para tratamiento de complicaciones relacionadas con el aborto, como hemorragia y sepsis. El aborto inseguro es casi en su totalidad un problema restringido a las mujeres más marginadas en el mundo y ha sido la más ignorada de las causas de mortalidad materna. (8)

1.3. CLASIFICACIÓN

1.3.1. POR SU CRONOLOGÍA

ABORTO PRECOZ: es el que ocurre antes de las 12 semanas, en este grupo se puede incluir al aborto pre clínico, que es el que acontece desde antes de que el blastocisto se implante hasta la primera manifestación clínica. (7)

ABORTO TARDÍO: es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación (7)

1.3.2. SEGÚN SU ETIOLOGIA

1.3.2.1. ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10 – 20 % de los embarazos, la mayoría de los abortos son preclínicos (60%) y por lo general el 85% acontecen antes de la duodécima semana del embarazo. (7)

Si una gestación llega a la séptima semana con una ecografía normal, la probabilidad de aborto espontáneo es muy baja, inferior al 5% (7)

Evolución clínica del aborto espontáneo

▮ **Amenaza de aborto**

El diagnóstico clínico de *amenaza de aborto* se sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo, casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor hipogástrico (6).

▮ **Aborto inevitable**

La rotura de las membranas, que se acompaña de la salida de líquido amniótico en presencia de dilatación del cuello uterino, anuncia un aborto casi seguro. Con frecuencia, empiezan las contracciones uterinas para provocar un aborto o bien aparece una infección. Es raro que la salida de líquido por vía vaginal durante la primera mitad del embarazo no se acompañe de consecuencias graves (6).

▮ **Aborto incompleto**

Cuando la placenta se desprende del útero, ya sea total o parcialmente, se produce una hemorragia. Durante el *aborto incompleto*, el orificio interno del cuello uterino se abre y permite la salida de sangre. El feto y la placenta permanecen por completo dentro del útero o bien salen de manera parcial por el orificio dilatado. Antes de las 10 semanas, el feto y la placenta suelen expulsarse juntos, pero posteriormente lo hacen por separado. En algunas mujeres es necesario dilatar aún

más el cuello uterino para realizar un legrado. En muchos casos, el tejido placentario retenido tan sólo yace en el conducto cervical y es fácil extraerlo por el orificio externo con una pinza de anillos (6).

El aborto del primer trimestre suele acompañarse de hemorragia en la decidua basal con necrosis del tejido adyacente. En estos casos, el óvulo se desprende, lo que estimula una serie de contracciones uterinas que provocan la expulsión (6).

▮ **Aborto séptico**

Antes, los abortos ilegales y los abortos incompletos que no recibían atención se infectaban por bacterias vaginales que en otros contextos no eran virulentas, como *Clostridium perfringens*. Este problema prácticamente desapareció una vez que se legalizó el aborto. Sin embargo, en el año 2005 los *Centers for Disease Control and Prevention* publicaron cuatro muertes por abortos médicos a causa de síndrome de choque tóxico por *Clostridium sordellii* (6).

Más del 80% de los abortos espontáneos se produce en las primeras 12 semanas, cuando menos 50% se debe a alguna anomalía cromosómica. Después del primer trimestre, tanto el índice de abortos como la frecuencia de anomalías cromosómicas disminuye. (6)

1.3.2.2. ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal. Se Clasifica en: (6)

▮ **Aborto terapéutico**

Hay numerosas enfermedades tanto médicas como quirúrgicas que constituyen indicaciones para interrumpir el embarazo. Algunos ejemplos son descompensación cardiaca persistente, en especial con hipertensión pulmonar fija, vasculopatía hipertensiva o diabetes avanzadas y cáncer.

En el caso de violación o incesto, la mayoría considera que es razonable interrumpir el embarazo. En la actualidad la indicación más frecuente es prevenir el nacimiento de un feto con una deformidad anatómica, metabólica o mental importante. La gravedad de las deformidades fetales es muy amplia y con frecuencia desafía la clasificación social, legal o política. (6)

▮ **Aborto selectivo (voluntario)**

Fetal y considera que éste es un tema médico entre la mujer y su doctor (6). El aborto inseguro es un problema casi exclusivamente restringido a las mujeres más marginadas en el mundo y ha sido la más descuidada de las causas de la mortalidad materna, a pesar de que contribuye con por lo menos 13% de estas muertes (9).

1.3.3. POR SU RECURRENCIA

- **ABORTO RECURRENTE**

También se denomina *aborto espontáneo recurrente* y *aborto habitual*. Se define por tradición como la presencia de tres o más abortos consecutivos a las 20

semanas o menos de gestación o con un peso fetal menor de 500 g. En la mayoría de las mujeres con abortos recurrentes, existe muerte embrionaria o fetal y muy pocos abortos suceden después de las 14 semanas. Aunque la definición comprende tres o más abortos, muchos autores coinciden que después de dos abortos consecutivos cuando menos se debe contemplar la posibilidad de realizar una valoración completa (6).

- **HABITUAL**

Se caracteriza por la pérdida del producto de la concepción, espontánea y consecutiva de 3 o más gestaciones antes de las 22 semanas. Se considera primaria, cuando la mujer jamás consiguió una gestación a término, y secundaria cuando hubo una gravidez a término (10).

- **OCASIONAL**

Cuando el aborto se presenta como un hecho aislado u ocasional durante el transcurso de la vida fértil de una mujer (11).

1.4. ETIOLOGIA

1.4.1. Factores fetales

En 50 a 60% de los embriones y fetos expulsados en forma espontánea, existe alguna anomalía cromosómica. La frecuencia de los errores cromosómicos disminuye a medida que avanza el embarazo y se observan en 33% de los abortos del segundo trimestre pero sólo en 5% de los óbitos (mortinato) del tercer trimestre.

(6)

1.4.2. Factores maternos

Infecciones : Según el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2001), las infecciones constituyen una causa rara de aborto del primer trimestre. (6)

Hipotiroidismo. Los autoanticuerpos antitiroideos se han asociado a una mayor frecuencia de abortos (Abramsom y Stagnaro-Green, 2001; Poppe et al., 2008) (6)

Diabetes mellitus: La frecuencia tanto de aborto espontáneo como de malformaciones congénitas mayores aumenta en las mujeres con diabetes insulino dependiente. Al parecer, este riesgo depende de la regulación metabólica al principio del embarazo. (6)

Drogas y factores ambientales

Tabaco. El tabaquismo se ha vinculado con un mayor riesgo de padecer abortos euploides (Kline et al., 1980). Dos estudios sugieren que el riesgo de padecer un aborto aumenta de manera lineal según el número de cigarrillos que la mujer fuma por día (Armstrong et al., 1992; Chatenoud et al., 1998). (6)

Alcohol. El consumo de alcohol durante las primeras ocho semanas de embarazo provoca tanto abortos espontáneos como anomalías fetales (6)

Cafeína. Armstrong et al. (1992) informaron que las mujeres que consumen cuando menos cinco tazas de café al día, tienen un riesgo un poco más alto de padecer abortos y que por arriba de este umbral, el riesgo es directamente proporcional. (6)

Radiaciones. En las dosis terapéuticas utilizadas para el tratamiento del cáncer, la radioterapia sin duda es abortiva (6)

Anticonceptivos. Los anticonceptivos orales y los espermicidas utilizados en las cremas y jaleas anticonceptivas no aumentan el índice de abortos. Sin embargo, cuando un dispositivo intrauterino no previene el embarazo, el riesgo de aborto, de manera específica del aborto séptico, aumenta de manera considerable (6).

1.4.3. Factores inmunitarios

Diversas enfermedades inmunitarias provocan abortos del primer trimestre. (6)

1.4.4. Defectos uterinos

- **Defectos uterinos adquiridos.** Los leiomiomas uterinos grandes y múltiples son bastante frecuentes y en ocasiones provocan abortos. (6)

En la mayor parte de los casos, su ubicación es más importante que su tamaño (cap. 40, pág. 901). Las sinequias uterinas, *síndrome de Asherman*, suelen ser resultado de la destrucción de grandes áreas de endometrio por un legrado. (6)

- **Defectos uterinos embrionarios.** La formación anormal de los conductos de Müller o los defectos de fusión pueden surgir de manera espontánea o después de la exposición intrauterina al dietilestilbestrol(DES) (cap. 40, pág. 897). Si bien provocan abortos del segundo trimestre, parto prematuro y otras complicaciones del embarazo, no se sabe si estos defectos uterinos provocan abortos del primer trimestre. (6)

1.4.5. Insuficiencia cervicouterina

Este término describe la entidad obstétrica definida que se caracteriza por dilatación del cuello uterino indolora durante el segundo trimestre. Provoca prolapso

y abombamiento de las membranas en el interior de la vagina y finalmente expulsión del feto inmaduro. A menos que se corrija de manera correcta, esta secuencia se repite en los embarazos futuros. (6)

Por desgracia, las mujeres con embarazos que se abortan durante el segundo trimestre suelen tener antecedentes y datos clínicos que dificultan la distinción de una insuficiencia cervicouterina verdadera de otras causas de abortos del segundo trimestre. (6)

1.5. TRATAMIENTO

Gracias a que en la actualidad es posible verificar la muerte embriofetal por medio de ecografía, el tratamiento se puede individualizar más. La conducta expectante y el tratamiento tanto médico como quirúrgico constituyen opciones razonables a menos que exista una hemorragia o infección grave. El tratamiento quirúrgico es definitivo y predecible, pero también es radical e innecesario en todos los casos(6).

La conducta expectante y el tratamiento médico evitan la necesidad de realizar un legrado, pero se acompañan de hemorragia impredecible y algunas mujeres necesitan cirugía no programada. (6)

2. PARTO PRETÉRMINO

2.1. DEFINICIÓN

El parto pretermino es uno de los problemas clínico patológicos más importante que enfrenta la perinatología contemporánea. (12)Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación. (13)

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días postconcepcionales (14)

2.2. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:

La amenaza de parto pretérmino, consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial. (15) Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. Se realizará (13):

- Anamnesis e historia clínica.
- Examen clínico y obstétrico al ingreso.
- Estudios complementarios.
- Evaluación de salud fetal.
- Notificación al Servicio de Neonatología.
- Comunicación con la mujer y su familia.
- Reposo en cama.

2.3. TRABAJO DE PARTO PRETERMINO:

Los embarazos con membranas fetales intactas y trabajo de parto prematuro espontáneo deben distinguirse de aquellos complicados por PPRM, tanto para

fines clínicos como de investigación. Aun así, los embarazos complicados por trabajo de parto prematuro espontáneo no constituyen un grupo homogéneo caracterizado sólo por el inicio del parto. Entre los hallazgos relacionados más frecuentes están: embarazo múltiple, infección intrauterina, hemorragia, infarto placentario, dilatación prematura del cuello uterino, insuficiencia cervicouterina, anomalías del fondo uterino y anomalías fetales.

La enfermedad materna grave como consecuencia de infecciones no obstétricas, trastornos autoinmunitarios e hipertensión gestacional también aumenta los riesgos de trabajo de parto prematuro. Considerados en conjunto, estos trastornos causan casi la mitad de todos los partos prematuros espontáneos y su contribución relativa varía de una población a otra. (16)

Aunque hay aspectos exclusivos de cada causa del trabajo de parto prematuro, estudios recientes sugieren que comparten ciertos denominadores comunes. Por lo tanto, las condiciones maternas y fetales aportan indicios significativos. Parece importante recalcar que el proceso real del trabajo de parto prematuro debe considerarse un paso final, uno derivado de la activación uterina prematura que se inició semanas antes del inicio del trabajo de parto. De hecho, muchas formas de trabajo de parto prematuro espontáneo causadas por el inicio prematuro de la fase 2 del parto pueden considerarse de esta que al término de la gestación, o sea maduración del cuello uterino. (11)

Estudios recientes cuestionan la idea de que el parto prematuro sea una simple aceleración del proceso normal. La identificación de factores frecuentes e infrecuentes ha permitido empezar a explicar los procesos fisiológicos del parto humano de término y antes del término. Tres causas importantes del trabajo de

parto prematuro espontáneo incluyen distensión uterina, estrés materno fetal e infección materna. Aunque el resultado final del parto prematuro es el mismo. (16)

2.4. ETIOLOGÍA

La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobredistensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre y *abruptioplacentae*.(14)

2.5. FACTORES DE RIESGO

Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es.

Antecedente de feto/s muerto/s.

Antecedente de rotura prematura de membranas de pretérmino.

Antecedente de aborto en segundo trimestre (>17 semanas).

Embarazo doble o múltiple.

Polihidramnios.

Infecciones urinarias: bacteriuria asintomática, pielonefritis, infecciones bajas.

Vaginosis bacteriana.

Factores uterinos: malformaciones, miomatosis, incompetencia ístmico-cervical, Vconización cervical.

Infecciones de transmisión sexual.

Edad materna <18 o >40 años.

Índice de masa corporal materno inicial bajo (<percentilo 10).

Metrorragia del primer o segundo trimestre

Abortos a repetición

Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.

Estrés físico, jornadas laborales extenuantes y prolongadas.

Estrés psicológico, abuso, violencia familiar.

Traumas físicos o emocionales graves.

Reproducción asistida (embarazo único o múltiple).

Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.

Bajo nivel socioeconómico.

Etnia afroamericana

2.6. FISIOPATOLOGÍA

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pretérmino, pero no son exactamente lo mismo. Es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (involución uterina)

En la mayor parte del embarazo, el útero está en un estado de inactividad y permanece relajado. La actividad del útero es inhibida por sustancias como la

progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. Durante esta fase, rara vez se producen contracciones débiles, llamadas de Braxton-Hicks. La progesterona es una hormona que favorece la quietud de las fibras musculares uterinas, inhibe la madurez cervical y disminuye la producción de citoquinas, que se piensa es la clave para la activación de la decidua. Los estrógenos ejercen el efecto contrario. Poco antes del inicio de trabajo de parto, el aumento de los estrógenos producidos por la placenta activan una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas asociadas a las contracciones. Todos estos cambios promueven la contractilidad uterina. Aunque la caída de los niveles de progesterona juega un papel importante en algunos mamíferos en la iniciación del parto, en humanos y grandes primates la progesterona aumenta a través de la gestación. Investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo un incremento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto, bloqueando la función de la progesterona. La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, que le aporta como precursor los andrógenos adrenales. Se necesita que el eje hipotálamo-hipófisis adrenal fetal esté funcionando para que pueda dársele precursores de estrógenos a la placenta. La hormona que mantiene la actividad del eje es la hormona liberadora de corticotropina (HLC o CRH por su sigla en inglés) de origen placentario. La HLC es un neuropéptido de origen hipotalámico, pero también se expresa en la placenta y

en las membranas, y se libera aumentándose a medida que transcurre la gestación de una manera exponencial tanto del lado materno como del fetal. Los niveles de HLC se correlacionan con la duración de la edad gestacional. La HLC se comporta como el “reloj placentario” determinante de gestaciones cortas o largas. Así mismo, promueve la producción de cortisol fetal y andrógenos, y estos a su vez estimulan la producción de HLC de origen placentario. Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix. El parto a término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatorias. (14)

2.7. CLASIFICACIÓN DEL PARTO PRETERMINO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas. d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.(13):

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso. Y las definiciones son las siguientes (14):

- a) Peso bajo: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.

- b) Peso muy bajo al nacimiento: menor de 1.500 g.
- c) Peso extremadamente bajo: menor de 1.000 g

Para el COMEGO (Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia) con base en las semanas de edad gestacional, el parto pretérmino es clasificado en:

Pretérmino (33-36 semanas de gestación)

Pretérmino moderado (29-32 semanas)

Pretérmino extremo (28 semanas o menos) (17)

Según la guía de práctica clínica del recién nacido del ministerio de salud (18):

- Prematuridad leve (34 – 36 semanas).
- Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

2.8. PREDICTORES DE PARTO PRETÉRMINO (17)

Ante la inconsistencia y la poca sensibilidad de los datos del interrogatorio (factores de riesgo) y a la exploración física por los métodos habituales para diagnosticar PP, la mayoría de las guías clínicas, revisiones sistemáticas y estudios originales coinciden en que la predicción del PP a través de mediciones de la longitud cervical por ultrasonido con transductor endovaginal y las determinaciones de FNf (**Fibronectina fetal**) en SCV en forma combinada, son los mejores métodos para predecir el riesgo de un nacimiento pretérmino.

2.9. TIPO DE PARTO

La decisión que pueda tomarse es polémica, pues frente a las posibles ventajas de una política de cesárea electiva en mujeres con trabajo de parto pretérmino para disminuir la morbilidad perinatal (por acidosis, trauma intracraneal o hemorragia intraventricular) y la morbilidad crónica de estos nacidos, esta política puede favorecer un parto pretérmino de modo iatrogénico con recién nacido prematuro con el riesgo adicional de morbilidad materna grave. La cesárea electiva implica la realización de una operación inmediata conocido el diagnóstico de parto pretérmino (aunque esta decisión podría retrasarse para la administración de esteroides). El abordaje expectante implica que el trabajo de parto normal continúe (o se detenga fisiológicamente) con la posibilidad de recurrir a la cesárea si surgen indicaciones clínicas claras (pérdida de bienestar fetal, prolapso de cordón...); esta conducta conlleva ventajas potenciales que incluyen la reducción del riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (por el estrés del trabajo de parto, la administración de esteroides a la madre o el aumento en la madurez), la versión espontánea de presentación podálica a cefálica y la morbilidad materna reducida.

(19)

Actualmente, no existen pruebas suficientes para evaluar el uso de una política de cesárea electiva para el parto del bebé pequeño. Los resultados principales obtenidos, a pesar de esta limitación, fueron que las cesáreas electivas pueden tener algunos beneficios para los neonatos, pero esto tiene que ser ponderado frente a los mayores riesgos de la madre de presentar complicaciones relacionadas con la cirugía (19)

Existen varias consideraciones para determinar la elección de vía del parto en como : a) Vitalidad del feto; b) Número de fetos; c) Peso , d) edad gestacional (19)

En los casos de muerte fetal, siempre habría que intentar un parto vaginal, para preservar la salud reproductiva de la madre. Sólo se consideraría la realización de una cesárea cuando esté contraindicada la vía vaginal, bien por las condiciones obstétricas o por condiciones clínicas maternas que impidan esperar un tiempo para un parto vaginal. Si el feto está vivo en el momento del diagnóstico del parto pretérmino hay que planear la mejor actuación médica para:

- Disminuir el riesgo de muerte fetal o neonatal
- Disminuir la morbilidad neonatal, especialmente la relacionada con la acidosis perinatal y el traumatismo (daño cerebral), sin aumentar la derivada de la prematuridad
- Disminuir la morbimortalidad materna (19)

En casos de presentación cefálica, el parto vaginal es la vía recomendada para el parto, con independencia del peso y de la edad fetal, siempre que la evolución del parto y el feto sean normales. Algunos autores, en fetos de menos de 1500 g recomiendan la cesárea electiva para la disminución de las hemorragias intraventriculares graves, pero en la actualidad este proceder está controvertido, ya que sabemos que el número de las mismas no disminuye a pesar de aumentar el intervencionismo (20)

3. ABORTO Y PARTO PRETERMINO

El aborto espontáneo y el aborto inducido con culminación en legrado uterino , producen cambios anatómicos en diferentes áreas endometriales , áreas de posible implantación en el siguiente embarazo, existen también daños en el cervix al tratar de dilatar para extraer el producto , así podemos distinguir (21)

3.1. Lesiones Producto del Aborto y Parto Pretérmino:

Villanueva et al, 2008. indican que teniendo en cuenta la alta frecuencia del aborto en el primer y segundo trimestre del embarazo, la relación existente entre la lesión a nivel del cuello uterino y el parto pretérmino depende del grado de la lesión, tal como se detalla a continuación:

3.1.1. Desgarros Cervicales:

En al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las micro-fracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva.. (21)

- **"Lesiones -Cervicales :**

La lesión latente post-aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical [*subsequent cervical incompetence*], parto prematuro y complicaciones durante el parto. El riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes, para abortos

realizados en el segundo trimestre, y cuando los facultativos no usan *laminaria* (sic) para dilatar el cuello uterino. (21)

Los abortos de repetición, después de un legrado uterino ocurren en aquellos casos donde es necesario dilatar el cérvix. La dilatación se hace con instrumentos como las bujías de Hegar, que son unos cilindros metálicos de punta roma, de diferentes diámetros, que se introducen en el cérvix, aumentando el grosor gradualmente hasta lograr su objetivo, este procedimiento es traumático para la constitución cervical, y causa lesiones en las paredes del cérvix, durante el embarazo y al ganar peso el feto, a partir del segundo trimestre, el orificio cervical interno lesionado cede a la presión ejercida por la gestación y termina por dilatarse tempranamente con el nacimiento de un recién nacido prematuro

El aborto incrementa el riesgo de *placenta previa* en posteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado), en una escala de entre siete y quince. El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte perinatal y efusión excesiva de sangre durante el parto. (22)

3.2. Tipos de Aborto y Parto Pretérmino

Micolta (2010), señala que, cuando el aborto es provocado o inducido, inicialmente se muestra un cuello uterino sin modificaciones es decir sin dilatación para lo cual se tomara la decisión de escoger la forma de lograr la dilatación. Entre

las más usadas tenemos la dilatación mecánica el cual provoca la rotura de fibras de tejido conectivo que .pueden .provocar laceraciones y desgarros cervicales así como alteraciones de su función, sobre todo en nulíparas jóvenes. Este trauma cervical nos trae como consecuencia un cuello cervical incapaz de soportar la gestación hasta su etapa final, provocando así un parto prematuro. El tratamiento previo con prostaglandinas facilita esta dilatación, disminuyendo por tanto estas complicaciones. Histológicamente el endometrio es una delicada línea epitelial, que es muy sensible al trauma y a la infección, pudiendo ser dañada mucho más fácilmente de lo que se pensaba. La función más conocida del endometrio es la relacionada con el ciclo menstrual, ya que es la más evidente, sin embargo también actúa como una barrera (convertido en decidua) en el embarazo, que impide que el tejido trofoblástico invada al miometrio. Estudios recientes han relacionado una mayor incidencia de placenta previa y placenta acreta, en aquellas mujeres sometidas a aborto inducido y que fueron tratadas con legrado, en comparación con las que se usó el método de aspiración **(23)**

2.3. HIPOTESIS

2.3.1. HIPOTESIS GENERAL

Existe correlación significativa entre el antecedente de aborto y el parto pretérmino

2.3.2. HIPOTESIS ESPECIFICA

- $H_0: r = 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero, NO hay correlación).
- $H_1: r \neq 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero, SÍ hay correlación).

CAPITULO III

III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

3.1.1. Tipo de investigación:

El estudio será descriptivo, correlacional y retrospectivo.

3.1.2. Diseño de Investigación:

Al presente estudio corresponde el diseño transversal, porque se planteó en un tiempo determinado valora correlación entre las variables de estudio: Antecedente de aborto y parto pretérmino. Este diseño presenta el siguiente diagrama:

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población:

La población estará constituida por 129 gestantes con sus respectivos RN por parto pretérmino durante el periodo de 2013 al 2017.

3.2.2. Muestra

Estuvo conformada por 41 gestantes atendidos por parto pretérmino eutócico en el Hospital EsSalud III Puno, por considerarse población pequeña se trabajó con el total de los casos.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

- Gestantes de 15 a 35 años de edad

- Gestantes atendidas por parto pretérmino
- RN prematuros

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas de gestantes con patologías RPM, preeclampsia severa, polihidramios, miomatosis uterina, incompetencia cervical, y problemas psicológicos
- Historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple.
- Gestantes cesareadas
- Historias de gestantes con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**3.4.1. Técnica**

Se utilizó como técnica la observación documentaria para obtener datos sobre las variables de estudio.

3.4.2. Instrumento

Se utilizó una Ficha Clínica, la que permitirá registrar los datos sobre antecedente de aborto y parto pretérmino.

3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitará por escrito al Director del Hospital “MNB” el permiso respectivo
- Se coordinará con el jefe de la oficina de estadística para el acceso a la unidad

- Se revisaran exhaustivamente las historias clínicas y registrar la información requerida en la ficha de recolección de datos.
- Los resultados que se obtengan serán sistematizados para el informe correspondiente

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

3.6.1. Plan de tabulación

- Elaboración y presentación de cuadros de información porcentual de los datos estadísticos y la elaboración de cuadros unidimensionales y bidimensionales.
- Interpretación de los cuadros.

3.6.2. Plan de graficación

- Según el tipo de la variable se utilizó barras para mostrar los resultados.

3.6.3. Plan de análisis de datos:

- Organización y consistencia de información obtenida.
- Plasmación de la información en una base de datos.
- Se construyó una matriz de datos, en el programa Excel.
- Se aplicó la estadística descriptiva para la presentación de datos en forma porcentual
- Se aplicó la prueba de Spearman para contrastar la hipótesis

CAPITULO IV

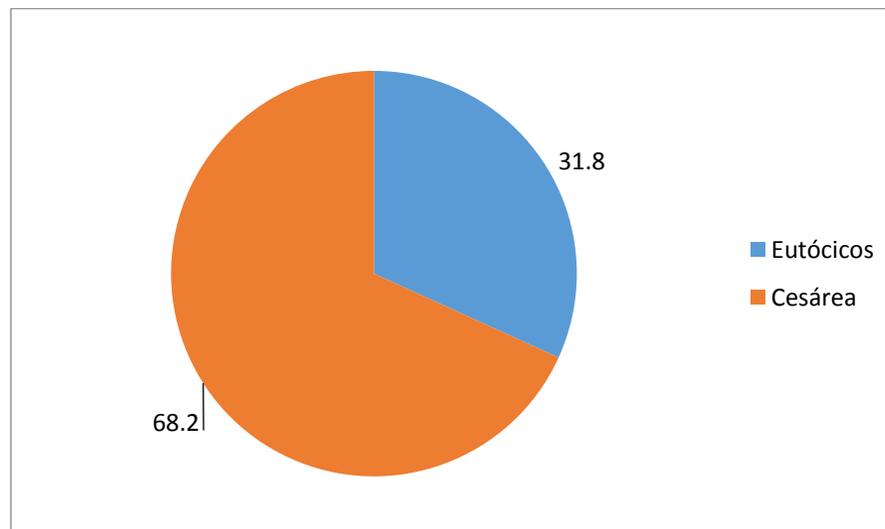
IV RESULTADOS Y DISCUSION

TABLA 1 TIPO DE PARTOS PRETERMINOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, PERIODO 2008 -2017

PARTOS PRETÉRMINOS	N°	%
Eutócicos	41	31.8
Cesárea	88	68.2
TOTAL	129	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: propia

FIGURA 1 TIPO DE PARTOS PRETERMINOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO PERIODO 2008 - 2017


Fuente: Tabla N° 1

Los resultados de la tabla y figura 1, muestran de un total de 129 partos a pretérminos atendidos en el periodo de 2008 al 2017, 68.2% terminaron en una cesárea, mientras que el 31.8% en partos eutócicos.

Estos resultados evidencian que la mayoría de los partos pre términos culminó en una cesárea con la finalidad de terminar el embarazo y evitar las complicaciones que conlleva el parto distócico, que generalmente por presentar complicaciones materna fetal. Al respecto Schnapp, Sepúlveda y Andrés(36) corrobora con nuestros resultados al señalar que la causa frecuente de cesárea según el tipo de indicación es el de parto prematuro extremo.

La presencia de partos eutócicos aunque en menor porcentaje nos indica que tempranamente se inició el trabajo de parto en forma normal.

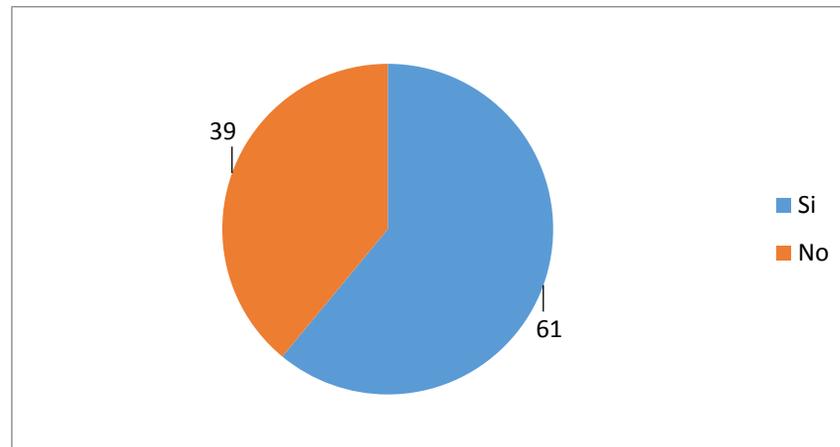
TABLA 2 ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON PARTO PRETERMINO EUCICO ATENDIDAS EN HOSPITAL III ESSALUD PUNO

ANTECEDENTE DE ABORTO	N°	%
Si	25	61.0
No	16	39.0
TOTAL	41	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: propia

FIGURA 2 ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO EUTOCICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO



Fuente: Tabla 2

Los resultados de la tabla y figura 2 evidencian que un total de 41 de partos prematuros, el 61.0% tenía antecedente de aborto, mientras que el 39.0% no tuvo este antecedente. Flores(30) en su estudio realizado en Lima año 2016, concluyó 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, así como se encontró en el estudio donde

Comparado con el estudio de Ahumada y Alvarado(37) los resultados con mayores, los autores reportaron que el 65.1% de los partos pretérmino no tuvieron antecedente de abortos previos, pero si el 34.9%. Flores (30) señaló que el aborto previo es altamente significativo porque aumenta el riesgo en 2,58 veces más de tener un parto pretérmino y tener dos abortos 4, 425 veces más el riesgo.(30); Bajo estos resultados consideramos que el antecedente de aborto también constituye un

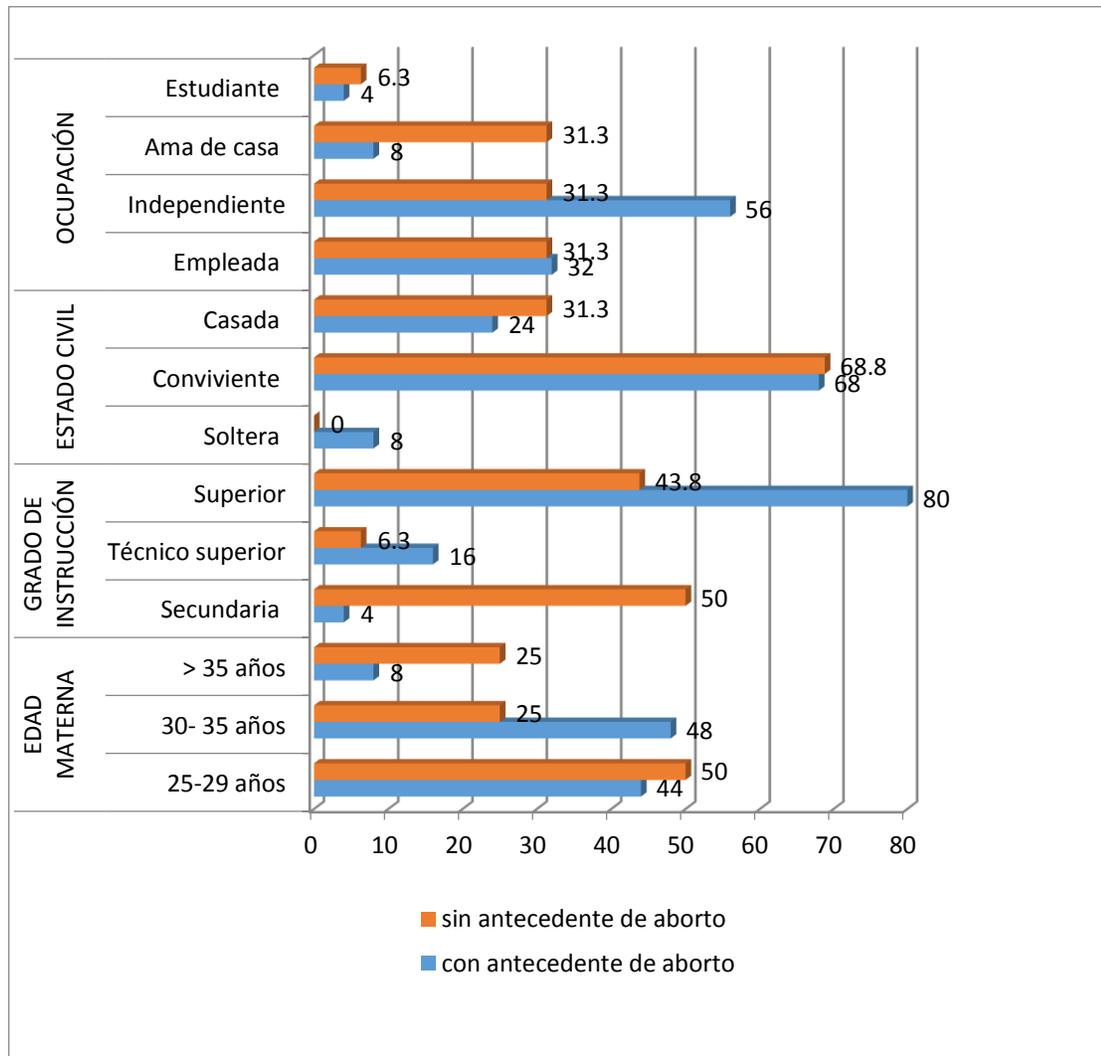
factor de riesgo en nuestra población de estudio porque la mayoría que tuvo parto pretérmino tenían abortos previos.

TABLA 3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO

SOCIODEMOGRÁFICOS		Con antecedente de aborto		Sin antecedente de aborto	
		N°	%	N°	%
EDAD MATERNA	25-29 años	11	44.0	8	50.0
	30- 35 años	12	48.0	4	25.0
	> 35 años	2	8.0	4	25.0
	TOTAL	25	100.0	16	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria	1	4.0	8	50.0
	Técnico superior	4	16.0	1	6.3
	Superior	20	80.0	7	43.8
	TOTAL	25	100.0	16	100.0
ESTADO CIVIL	Soltera	2	8.0	0	0.0
	Conviviente	17	68.0	11	68.8
	Casada	6	24.0	5	31.3
	TOTAL	25	100.0	16	100.0
OCUPACIÓN	Empleada	8	32.0	5	31.3
	Independiente	14	56.0	5	31.3
	Ama de casa	2	8.0	5	31.3
	Estudiante	1	4.0	1	6.3
TOTAL		25	100.0	16	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: propia

FIGURA 3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL ESSALUD PUNO



Los resultados de la tabla y figura 3 muestran que el 50% de las gestantes tenían entre 25 a 29 años, 25.0% entre 30-35 años y en similar porcentaje fueron mayores de 35 años.

Respecto al grado de instrucción, el 50.0% tenía educación secundaria y el 43.8% educación superior, presentándose en mínima proporción gestantes con educación técnica.

En cuanto al estado civil predomina con 68.8% gestantes con estado civil conviviente y solo el 31.3% eran casadas.

La ocupación se encuentra distribuida con igual porcentaje 31.3% por empleadas, con trabajo independiente y amas de casa, siendo en mínima proporción gestantes estudiantes.

Flores (38) en su estudio demostró que, el 66,12% de las gestantes se encontraban entre los 20 y 34 años de edad, fue la característica más frecuente en las gestantes que tuvieron parto pretérmino), así mismo, García (39) también reportó que la edad de 20 a 35 años se asoció significativamente con el parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, donde la mayoría de las pacientes tiene una edad de 21 a 35 años (66,7%), contrastando con nuestros resultados nuestras cifras son mayores porque tenemos 75% en edades de 20 a 35 años, lo que significa que en nuestro medio existe mayor riesgo de tener un parto prematuro, con una edad media de 30.8 ± 4.8 , mayor a lo reportado por Ahumada (37) en Lima (edad media+- D.E. $25,7 \pm 6,8$)

Respecto al grado de instrucción Flores(38) reportó que las gestantes que tuvieron parto pretérmino con antecedente de aborto, en un 83,18% poseía un grado de instrucción secundaria completa, cifra mayor a nuestros resultados, así como la ocupación el 79,91% era ama de casa y 73,83 % eran conviviente, estos resultados difieren con los hallazgos del estudio. Del mismo modo, Moreno(40) encontró que el 52.1% de las madres con parto pretérmino tienen un nivel de instrucción de secundaria y el 31.3% primaria, mientras que el 64.6% de las madres con parto a término tienen un nivel de instrucción de secundaria y el 19.8% primaria

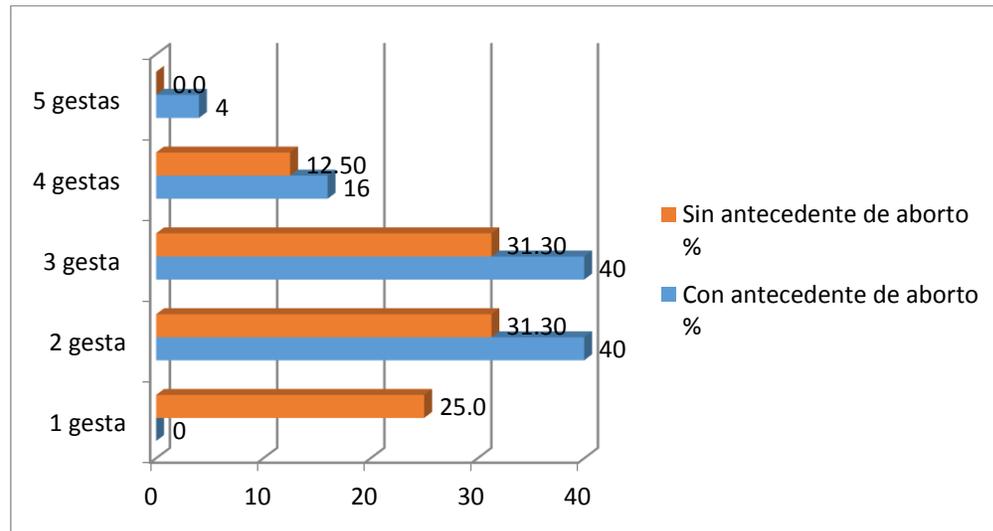
TABLA 4 NUMERO DE GESTANTES A TENDIDAS POR PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO

N° Gestas	Con antecedente de aborto		Sin antecedente de aborto	
	N°	%	N°	%
1 gesta	0	0.0	4	25.0
2 gesta	10	40.0	5	31.3
3 gesta	10	40.0	5	31.3
4 gestas	4	16.0	2	12.5
5 gestas	1	4.0	0	0.0
TOTAL	25	100.0	16	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: propia

FIGURA 4 NUMERO DE GESTAS EN GESTANTES ATENDIDAS POR PARTOS PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO



Fuente: Tabla N° 4

Los resultados de la tabla y figura 4 muestran que, el 40% de las gestantes con antecedente de aborto tuvieron 2 gestaciones anteriores, otro 40% tres gestaciones, 16% 4 gestaciones y solo un 4.0% tuvo 5 gestaciones; a diferencia las gestantes sin antecedente de aborto, en el 31.1% tuvieron 2 gestas en similar

porcentaje 3 gestas, el 25% 1 gesta y el 12.5% 4 gestas y ninguno con 5 gestaciones.

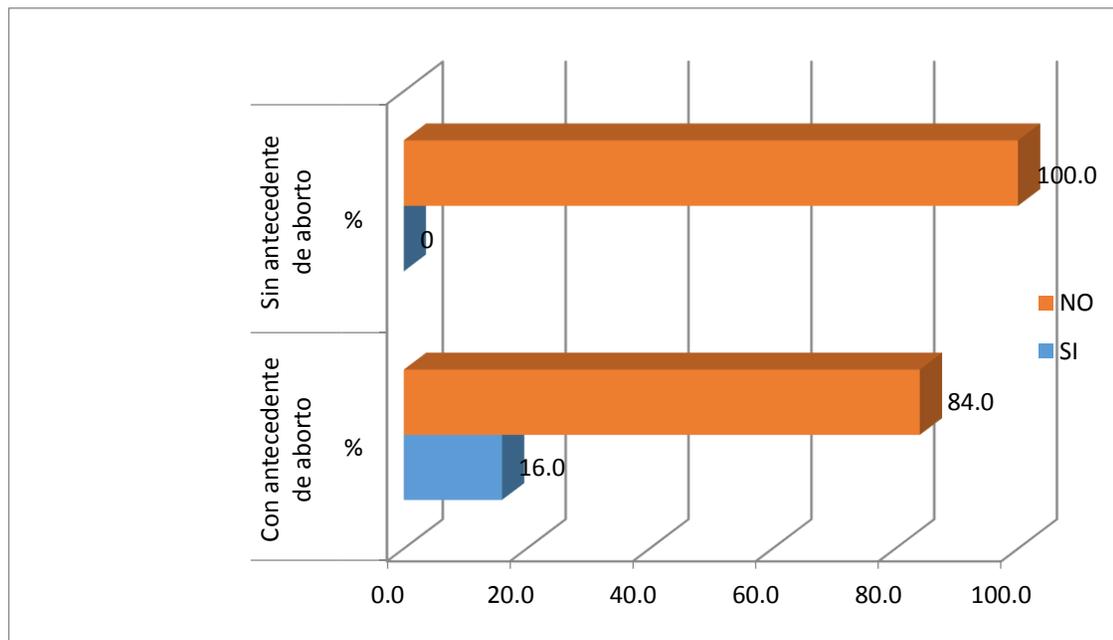
Los resultados evidencian que el mayor porcentaje de gestantes con parto prematuro, tuvieron entre 2 a 3 gestaciones; así como las gestantes que no tuvieron antecedente de aborto. Huaroto-Palomino, reconoció como los factores de riesgo obstétricos para producir parto pretérmino la predominantemente la primigesta y segundigesta(41). Así mismo, la Escuela Valencia para estudios para la salud, reportó que el riesgo del parto muy pretérmino es mayor en las primíparas con antecedentes de abortos del primer trimestre (42); estos resultados son compatibles con los hallazgos en nuestra población de estudio. De igual forma Moreno (40) señaló que un 41.7% de los partos pretérmino fueron en madres nulíparas y el 25.0% de los partos a término son en madres nulíparas. El 27.1% de los partos pretérmino y el 37.5% de los partos a término fueron en madres múltiparas

TABLA 5 ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES CON O SIN ENTECEDENTES DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO

ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO	CON ANTECEDENTE DE ABORTO		SIN ANTECEDENTE DE ABORTO	
	N°	%	N°	%
SI	4	16.0	0	0.0
NO	21	84.0	16	100.0
TOTAL	25	100.0	16	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: propia

FIGURA 5 ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES CON O SIN ANTECEDENTE DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO



Los resultados de la tabla y figura 7 muestran que, el 84-0% de los gestantes con antecedente de aborto con parto pretérmino no tuvieron un parto pretérmino previo, sin embargo, el 16% registra este antecedente; sin embargo las gestantes

que no tienen antecedente de aborto el total 100% no tuvo antecedente de parto pretérmino.

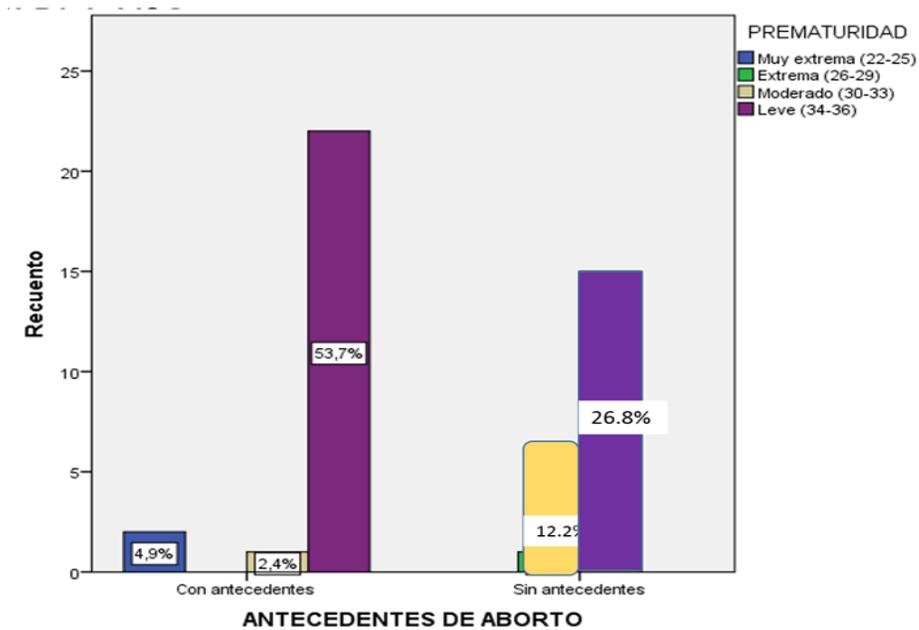
Los resultados obtenidos demuestran que una parte de las gestantes con antecedente de aborto y parto pretérmino tienen como antecedente un evento similar. Al respecto existen reportes que evidencian la predisposición que tiene una gestante que tuvo un parto prematuro de presentar otro en gestaciones posteriores, para una probabilidad de ocurrencia de 2,5 veces más. Como resultado de su investigación se reportó que los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores(28). Jaramillo(43) en Colombia reportó que el antecedente de parto prematuro tuvo asociación estadísticamente significativa con la presentación de parto prematuro

TABLA 6 CORRELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO - ESSALUD III PUNO

ANTECEDENTE DE ABORTO	PARTO PREMATURO								TOTAL	
	22 - 25 sem		26 - 29 sem		30 - 33 sem		34 - 36 sem		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	2	4.9	0	0	1	2.4	22	53.7	25	61
NO	0	0	0	0	5	12.2	11	26.8	16	39
TOTAL	2	4.9	0	0	6	14.6	33	80.5	41	100

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: propia

FIGURA 6 CORRELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ANTEDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO



Los resultados de la tabla y figura 6 se muestra que el 61% de las gestantes con parto prematuro tuvieron antecedente de aborto, mientras el 39% no tuvo este antecedente. Respecto al parto pretérmino predomina el parto ocurrido entre las 34 a 36 semanas de gestación en el 80.5%, 14.6% entre los 30 a 33 semanas y un 4.9% entre las 22 a 25 semanas y ningún parto pretérmino entre las 26 a 29 semanas.

Al relacionar con los partos pretérmino se evidencia que, el 53.7% de las gestantes con antecedente de aborto tuvieron parto pretérmino entre las 34-36 semanas de gestación, predomina también con 36.6% partos pretérmino en gestantes que no tuvieron antecedente de aborto

Hemos obtenido 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.

Hecho esto, sabemos que es lo que ocurre en la muestra, pero queremos conocer la situación en la población. Para ello realizamos un contraste de hipótesis, donde:

- $H_0: r = 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero, NO hay correlación).
- $H_1: r \neq 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero, SÍ hay correlación).

Los resultados obtenidos demuestran que existe correlación estadística entre las variables estudiadas; comparado con el estudio de Díaz (26) encontramos semejanza, en Cuba se evidenció asociación estadística significativa entre el parto prematuro y los antecedentes de abortos en embarazos anteriores. Así mismo Retureta (28) dentro de algunos resultados ha encontrado que, los factores más relacionados con el parto prematuro fueron abortos de embarazos anteriores; de igual forma presenta concordancia con el estudio de Flores (30) que también encontró que el aborto previo es un factor de riesgo de la amenaza de parto pretérmino aumentando el riesgo 2,21.

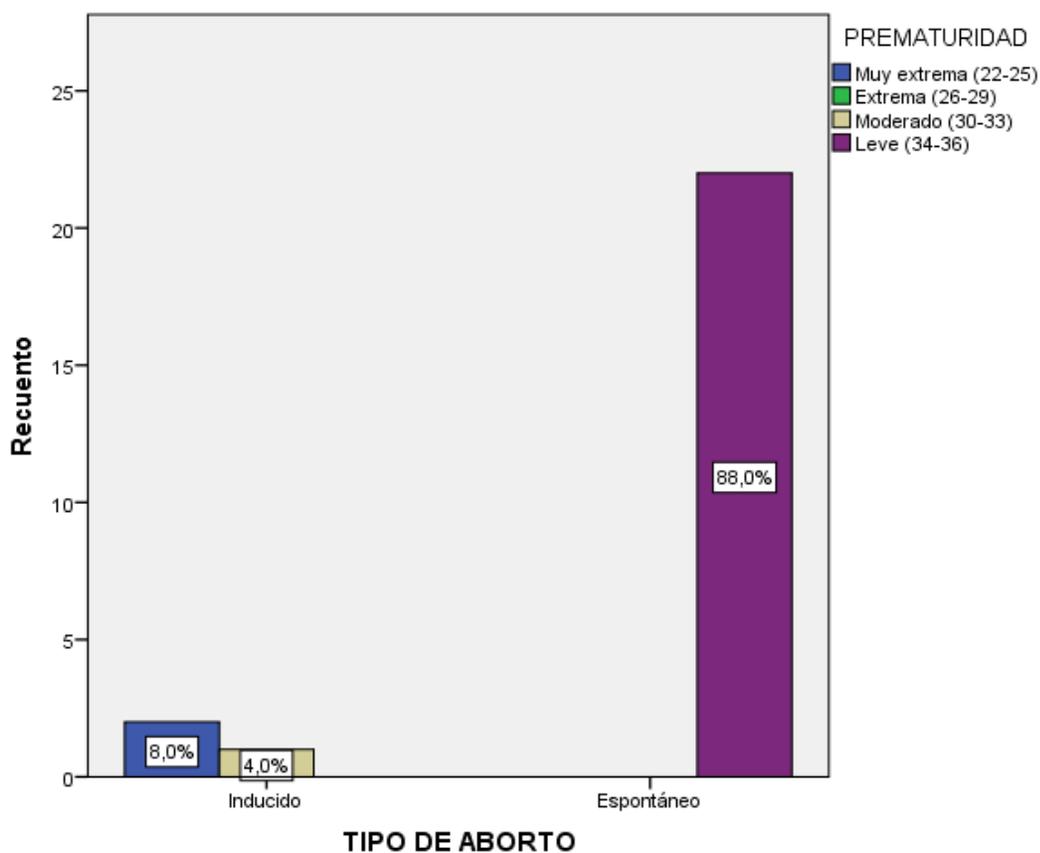
TABLA 7 CORRELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO

NÚMERO DE ABORTOS	PARTO PREMATURO								TOTAL	
	22 - 25 sem		26 - 29 sem		30 - 33 sem		34 - 36 sem			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	0	0	0	0	1	4	20	80	21	84
2	0	0	0	0	0	0	2	8	2	8
3	2	8	0	0	0	0	0	0	2	8
TOTAL	2	8	0	0	1	4	22	88	25	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: propia

FIGURA 7 RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO



En la tabla y figura 7 se muestra que el 88.0% de las gestantes tuvieron aborto espontaneo y el 12.0% aborto inducido. Respecto al parto prematuro, encontramos

que el 88% de partos espontáneos ocurrieron entre las 34 a 36 semanas, el 8.0% entre las 22-25 semanas y un 4.0% entre las 30 a 33 semanas.

Al relacionar con el parto pretérmino encontramos que 88.0% de las gestantes con aborto espontáneo tuvieron un parto entre las 34 a 36 semanas, el 8.0% de las gestantes con aborto inducido tuvieron un parto pretérmino entre 22-25 semanas de gestación.

Hemos obtenido un valor del coeficiente de Spearman distinto de 0 ($r = 0,998$), por lo que podemos afirmar que existe correlación entre las variables “TIPO DE ABORTO” y “PREMATURIDAD”, siendo la correlación positiva muy alta.

Hecho esto, sabemos que es lo que ocurre en la muestra, pero queremos conocer la situación en la población. Para ello realizamos un contraste de hipótesis, donde:

- $H_0: r = 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero, NO hay correlación).
- $H_1: r \neq 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero, SÍ hay correlación).

Los resultados obtenidos demuestran que las gestantes con antecedente de aborto tuvieron en su mayoría aborto espontáneo y en menor porcentaje aborto inducido. Estos resultados son compatibles con los hallazgos de Curisínche y Taype (44), en su estudio reportaron que las gestantes con antecedente de aborto en un 89% tuvieron aborto espontáneo y el 11% fue inducido.

Sobre el aborto espontáneo Nápoles(45) y Oliva (46), mencionan que la expulsión espontánea del feto con peso inferior a los 500g, y en el aborto provocado se remueve de la cavidad uterina el producto de la concepción; ambos ocasionan daño en el cérvix y en la cavidad uterina, favoreciendo en el futuro la aparición de parto prematuro, confirmado con ello que el antecedente de aborto es un factor de riesgo importante para el parto prematuro, en especial cuando el aborto es inducido ya que el parto prematuro ocurre a temprana edad gestacional.

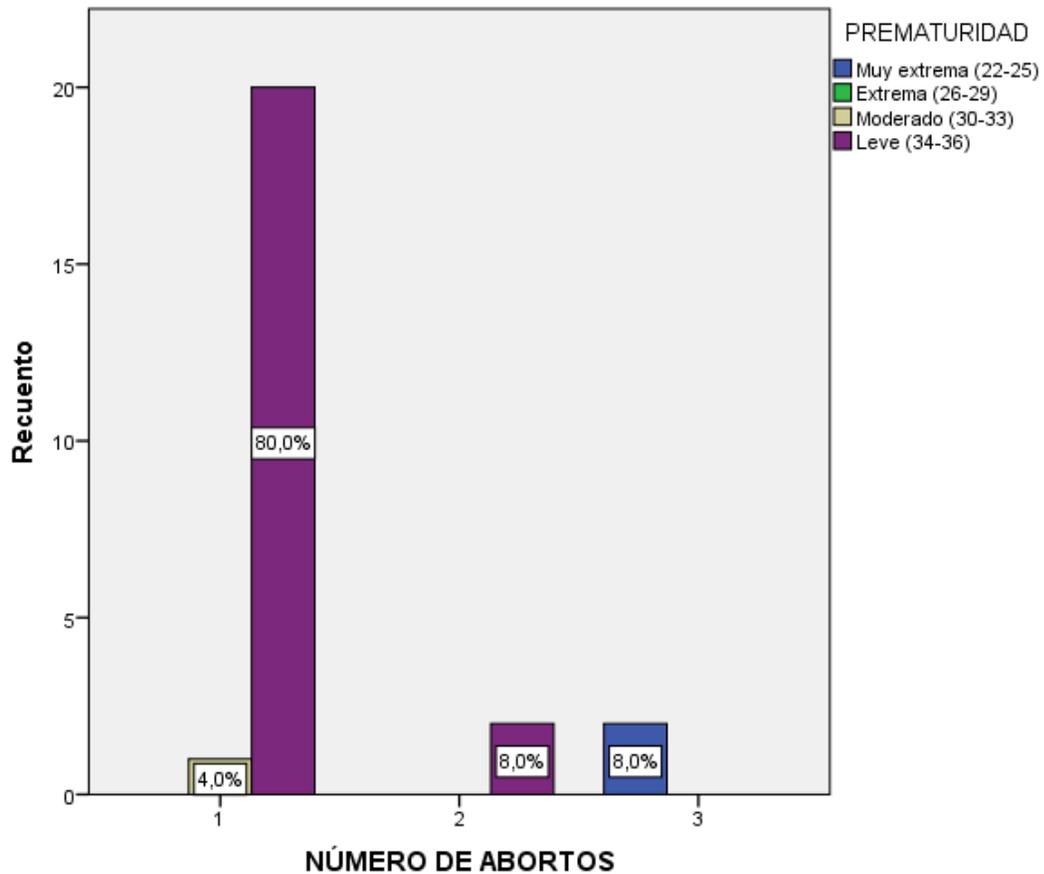
TABLA 8 CORRELACIÓN ENTRE NUMERO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO

NÚMERO DE ABORTOS	PARTO PREMATURO								TOTAL	
	22 - 25 sem		26 - 29 sem		30 - 33 sem		34 - 36 sem		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1	0	0	0	0	1	4	20	80	21	84
2	0	0	0	0	0	0	2	8	2	8
3	2	8	0	0	0	0	0	0	2	8
TOTAL	2	8	0	0	1	4	22	88	25	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: propia

FIGURA 8 CORRELACIÓN ENTRE NÚMERO DE ABORTO Y PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO



Los resultados de la tabla y figura 8 muestran que el 84.0% de las gestantes con parto pretérmino tuvieron como antecedente 1 aborto, un 8.0% 2 abortos previos y el otro 8.0% 3 abortos.

Al relacionar el número de abortos y el parto pretérmino encontramos que el 80% de las gestantes con un aborto tuvieron un parto pretérmino entre las 34 a 36 semanas de gestación, de igual forma el 8.0% con antecedente de 2 abortos, en

cambio las gestantes con 3 abortos previos tuvieron parto pretérmino entre las 22 a 25 semanas de gestación.

Hemos obtenido un valor del coeficiente de Spearman distinto de 0 ($r = -0,590$), por lo que podemos afirmar que existe correlación entre las variables “NÚMERO DE ABORTOS” y “PREMATURIDAD”, siendo la correlación negativa moderada.

Hecho esto, sabemos que es lo que ocurre en la muestra, pero queremos conocer la situación en la población. Para ello realizamos un contraste de hipótesis, donde:

- $H_0: r = 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero, NO hay correlación).
- $H_1: r \neq 0$ (El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero, SÍ hay correlación).

Estos resultados permiten señalar que la mayoría de las gestantes con parto prematuro, tuvieron solo un aborto previo, y en menor proporción los que tuvieron dos y tres abortos. Estos resultados tienen correspondencia con Guzmán, Nodarse, Guerra, Sanabria, quienes concluyeron que el factor de riesgo mejor representado fue: 3 o más abortos provocados para un parto pretérmino **(25)**, así como se encontró en el estudio porque las gestantes con 3 abortos tuvieron parto pretérmino a muy extrema edad gestacional; en cambio nuestros resultados discrepa con Flores **(30)**, en su reporte señaló que el tener dos abortos previo aumenta a 4,425 veces más el riesgo y tener más de dos aborto previos no se encontró significancia.

V CONCLUSIONES

Primera: Existe correlación significativa ($r = -0,765$), entre el parto pretérmino y el antecedente de aborto en gestantes atendidas en el Hospital EsSalud III Puno, periodo 2013-2017; porque es mayor el porcentaje de gestantes con antecedente de aborto frente a las gestantes sin antecedente de aborto.

Segunda: Las gestantes atendidas con parto pretérmino y con antecedente de aborto, en su mayoría se encuentra en el grupo etario de 25 a 35 años, con estudios superiores, estado civil conviviente, con trabajo independiente, además las gestantes tuvieron entre 2 a 3 gestaciones y en menor proporción (16.0%) tuvieron antecedente de parto prematuro.

Tercera: Existe relación significativa ($r = 0,998$) entre el tipo de aborto y la edad del parto prematuro en gestantes, porque se ha encontrado que las gestantes con antecedente de aborto espontáneo tuvieron en su mayoría parto pretérmino en la categoría leve, mientras la mayoría de gestantes con antecedente de aborto inducido tuvieron parto prematuro a muy extrema edad.

Cuarta: Existe Correlación significativa ($r = -0,590$) entre el número abortos y el parto prematuro en gestantes atendidas; porque a menor número de abortos el parto prematuro es leve y a mayor número de abortos el parto prematuro ocurre a muy extrema edad.

VI RECOMENDACIONES

1. Al Director del Hospital ESSALUD III Puno, en coordinación con el comité de capacitación, programar cursos de refrescamiento para el personal que labora en la Unidad de Admisión, con la finalidad de mejorar el archivamiento de las historias clínicas, dado que en proceso de recolección de datos existen ausencia de algunos expedientes.
2. Al jefe del Departamento Materno Infantil del Hospital ESSALUD III, se sugiere realizar reuniones técnicas con los profesionales médicos con la finalidad de monitorizar el correcto llenado de las historias clínicas por los internos y profesionales.
3. Al personal de salud responsable del registro de datos del paciente se sugiere registrar la información completa, que permite realizar estudios retrospectivos de calidad.

VII REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. Nota descriptiva. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 25. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
2. De Casada J. Más de mil abortos por día en el Perú. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 29. Available from: <https://diariocorreo.pe/ciudad/mas-de-mil-abortos-por-dia-en-el-peru-3423/>.
3. Urrutia A. El aborto en el Perú. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 30. Available from: <https://radialistas.net/media/uploads/descargas/tareas-laicamente/articulo-el-aborto-en-peru-andrea-urrutia-peru.pdf>.
4. Riva N. Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas en el del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Tesis grado. Iquitos: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad Medicina Humana; 2004.
5. Center For Family & Human Right. la OMS ignota la relación entre incidencia creciente de partos prematuros y aborto. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 28. Available from: https://c-fam.org/friday_fax/la-oms-ignora-relacion-entre-incidencia-creciente-de-partos-prematuros-y-aborto/.
6. Cunningham , Leveno , Bloom , Hauth , Rouse , Spong. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico: McGraw-Hill; 2010.
7. obstetricia Sedgy. Aborto espontáneo. Protocolos asistenciales en obstetricia- SEGO. 2010.
8. ICM, FIGO, IPA.. Joint Statement on Adolescent Reproductive Health and Adolescent Pregnancy. 2010. marzo.
9. Faúndesa A, Shawb D. El acceso universal a la salud reproductiva: Oportunidades para prevenir el Aborto. revista internacional de ginecología y obstetricia. 2010 julio; 110.
10. Casasco G, Pietrantonio E. Aborto: Guía de Atención. Hospital Materno Infantil Ramón. 2008; 27(1).
11. Canonaco E. Consideraciones médico–legales de la resolución 989/2005 del ministerio de salud y ambiente de lanación, desde la perspectiva de la bioética personalista ontológicamente fundada. Cuadernos de Medicina Forense. 2005;(1).
12. Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Venezuela. Manejo de Parto Pretermino. 1st ed. Gonzalez F, editor. Venezuela; 2012.
13. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. 2014 Mayo; 13(1).
14. Palencia A. Parto prematuro. Sociedad Colombiana de Pediatría. 2009; 9(4).

15. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016; 1(1).
16. Cunningham G, Leveno J, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico: McGraw - Hill Interamericana; 2010.
17. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2010 Abril; p. 129-149.
18. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica de atención del recién nacido. 1st ed. Lima; 2007.
19. Cruz Martínez M, Caño Aguilar A, González Vanegas O, Fresneda Jaimez D. Vía del parto y Obstetricia en el parto pretermino. Granada : Hospital Universitario. San Cecilio, F.E.A Obstetricia y Ginecología; 2013.
20. Monleón J, Monleón Sancho J, Mínguez Milio J, Cervera J, Morcillo F, Mínguez J. Elección de vía de parto del Gran pretermino. XVII congreso español de medicina perinatal. 1999.
21. Schulz K, Cates W. Measures to Prevent Cervical Injuries During Suction Curettage Abortion. New England Journal of Medicine. 1998; 309(11).
22. Barrett. Induced Abortion: A Risk Factor for Placenta Previa. , American Journal of Ob&Gyn. 1981; 147(7).
23. Iglesias Benavides L. Observaciones sobre el aborto y sus complicaciones. Medicina Universitaria. 2012; 14(55).
24. Retureta S, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur. 2015; 13(4).
25. Guzmán R, Nodarse A, Guerra E, Sanabria A. Caracterización del uso de pesario cerclaje como prevención del parto pretérmino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2): p. 87-97.
26. Díaz D, Retureta S, Vega Y, Martínez F.. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. MEDICIEGO. 2015; 21(3).
27. O.Hardy G, Benjamin A, Abenhaim H. Efecto de los abortos inducidos sobre los nacimientos prematuros y los desenlaces adversos; evidenciando que hubo un aumento significativo en el riesgo de parto. J Obstet Gynaecol Can. 2013 Febrero; 35(2).
28. Retureta S, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur. 2015 septiembre ; 13(4).
29. 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.
30. Flores F. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto prétermino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015- mayo 2016. Tesis Pregrado. Lima: Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2016.
 31. Curisínche A. Antecedentes de aborto y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica. Tesis pregrado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2014.
 32. Tobaada R. Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013). Tesis grado. Iquitos: Facultad de Medicina, Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013[tesis]. Perú; 2015.
 33. Palomono S. Embarazo de edad avanzada relacionado a complicaciones materno-perinarales en gestantes que se atendieron. Tesis grado. Huanino: Universidad de Huanuco, Facultad de ciencias de la salud.; 2015.
 34. Rosario F. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto prétermino en el Instituto Nacional Maternoperinatal diciembre 2015- mayo 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2016.
 35. Lemmers M, Verschoor MA, Hooker AB, Opmeer BC. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod. 2016 Jan; 31(1).
 36. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert A. Operación Cesarea. Medica Clínic Condes. 2014; 25(6).
 37. Ahumada M, Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. Latinoamericana de efermagem. 2016; 24.
 38. Flores F. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretermino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015 - mayo 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2016.
 39. García B. Edad Materna y el numero de abortos como factores de riesgo para parto pretermino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño "San Bartolome" durante Enero a Febrero del Año 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, E.A.P. de Obstetricia; 2015.
 40. Moreno O. Factores maternos y obstetricos relacionados a parto pretérmino en el hospital "Felipe Arriola Iglesias". Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de La Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana; 2016.

41. Huaroto-Palomino K, Paucca Huamanca MA, Polo Alvarez M, Meza Leon JJN. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Medica Panacea*. 2013;(3).
42. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. *Gac Sanit*. 2001;(15).
43. Jaramillo Prado JJ, López Giraldo IR, Arango Gómez F. Factores de riesgo asociados con parto pretermino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. *Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2006; 57(2).
44. Curisinche K, Taype M. Antecedente de aborto y parto pretermino en gestantes atendidas en el hospital departamental de Huancavelica. Tesis de Grado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, facultad de ciencias de la salud; 2014.
45. Nápoles D. La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. *MEDISAN*. MEDISAN. 2012 Agosto; La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. *MEDISAN [revista en Internet]*. 2012 [cited 12 Ago 2014] ; 16 (1): [aprox. 22p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000100012&Ing=es.
46. Oliva J, Hernández M, Festary A. Afeciones uterinas y pérdidas recurrentes del embarazo. *Cubana Obstet Ginecol*. 2003; 29(3).
47. Alarcón M. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. *Médicas uis*. 2005; 20(151): p. 56.
48. Juárez F, Singh S. Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México,2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. 2013;; p. 25 - 35.
49. Pacheco J. Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias. *Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2008 Enero-Marzo; 54(1).

ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE REVISION DOCUMENTARIA

“UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

N° de Ficha: _____ Nro Hcl: _____ Periodo: Año 2013 al 2017

DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Grado de instrucción

- 1) Primaria: () 2) Secundaria: () 3) Técnico: () 4) Superior: ()
5) sin estudios ()

3. Estado civil:

- 1) Soltera () 2) Conviviente () 3) Casada ()

4. Ocupación

- 1) Empleada () 2) Independiente () 3) Ama de casa () 4) Estudiante ()
5) Otros ()

5. Formula obstétrica: G P

ABORTO:

6. Antecedente de aborto: 1) si () 2) no ()

7.N° DE ABORTOS	8.TIPO DE ABORTO	9.LEGRADO UTERINO
1	1)(I) 2) (E)	1)(SI) 2)(NO)
2	1)(I) 2) (E)	1)(SI) 2)(NO)
3	1)(I) 2) (E)	1)(SI) 2)(NO)
4	1)(I) 2) (E)	1)(SI) 2)(NO)

PARTO PRETERMINO

10. Edad de recién nacido: Por Capurro

11. Clasificación del recién nacido prematuro:

- 1) Prematuridad muy extrema 22 a 25 semanas ()
2) Prematuridad extrema 26 a 29 semanas ()
2) Prematuridad moderada 30 a 33 semanas ()
3) Prematuridad leve 34 a 36 semanas ()

14: Datos Obstétricos

- 1.- RPM () 2) Preeclampsia Severa () 3) Embarazo Múltiple ()
4) Miomatosis Uterina () 5) Distocias óseas () 6) Otros ()
7) Ninguno ()

15: Tipo de Parto: 1) Vaginal () 2) Cesárea ()

ANEXO B

SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	EDAD	DE INSTRADO	CICU	PACIO	GESTAS			PARTOS			ANTECEDENTE			ABORTO			PARTO PRETERMINO			APGAR			TIPO DE PARTO
					A TERMINA	RETERMINA	ABORTOS	NIJOS VIVIENTE	DO DE A	DE ABOR	DO UT	RECIE	ACION	OBSTE	PESO	1'	5'						
1	35	4	2	2	3	1	0	1	1	1	1	1	2	2	3	3	7	1	8	9	1		
2	35	4	1	1	2	1	0	1	0	1	1	2	2	3	3	2	4	7	9	1			
3	31	4	3	1	2	0	0	1	0	1	1	2	2	3	3	7	4	8	9	1			
4	32	4	2	1	3	2	0	1	2	1	1	2	2	3	3	7	4	8	9	1			
5	25	3	2	1	2	0	1	1	1	1	1	2	1	3	3	7	4	8	9	1			
6	30	3	3	2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	7	4	8	9	1			
7	26	4	2	2	3	1	0	1	1	1	1	2	2	3	3	7	4	8	9	1			
8	29	2	2	2	2	1	0	1	1	1	1	1	2	3	3	7	1	8	9	1			
9	25	4	2	2	2	0	0	1	0	1	1	2	2	3	3	7	1	8	9	1			
10	29	4	3	1	4	0	0	3	0	1	1	2	2	3	3	7	4	8	9	1			
11	31	4	2	2	3	1	0	1	2	1	1	2	2	3	3	7	1	7	9	1			
12	26	4	2	2	3	1	0	1	1	1	1	2	2	3	3	7	4	8	9	1			
13	29	3	2	1	2	0	0	1	0	1	1	2	1	3	3	7	4	8	9	1			
14	36	3	2	3	4	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	7	1	8	9	1			
15	35	4	1	2	2	0	0	1	0	1	1	2	2	3	3	7	1	8	10	1			
16	27	4	3	2	2	1	0	1	0	1	1	2	2	3	3	7	1	7	9	1			
17	29	4	2	2	3	1	0	1	1	1	1	2	2	3	3	7	4	7	9	1			
18	25	4	2	4	2	0	1	1	1	1	1	2	2	1	1	7	3	2	4	1			
19	35	4	3	2	3	1	0	1	1	1	1	2	2	3	3	7	1	8	9	1			
20	40	4	2	3	5	4	0	1	4	1	1	2	2	2	3	7	2	7	9	1			
21	28	4	2	1	3	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	7	3	2	5	1			
22	35	4	3	2	4	3	0	1	3	1	1	2	2	3	3	7	3	7	9	1			
23	31	4	2	2	2	0	0	1	0	1	1	2	2	3	3	7	4	5	7	1			
24	35	4	2	1	4	1	0	2	1	1	2	2	2	3	3	7	3	7	9	1			
25	30	4	2	2	3	1	0	1	1	1	1	2	2	3	3	7	3	7	9	1			
M	30.854																						
DS	4.8142																						

	EDAD	DE INSTRADO	CICU	PACIO	GESTAS			PARTOS			ANTECEDENTE			ABORTO			PARTO PRETERMINO			APGAR			TIPO DE PARTO
					A TERMINA	RETERMINA	ABORTOS	NIJOS VIVIENTE	DO DE A	DE ABOR	DO UT	RECIE	ACION	OBSTE	PESO	1'	5'						
2	25	3	3	1	2	1	0	0	1	2				3	3	7	3	8	9	1			
12	35	4	2	3	3	2	0	0	2	2				3	3	7	3	8	9	1			
17	31	4	2	2	1	0	0	0	0	2				3	3	7	4	8	9	1			
21	30	2	2	3	2	1	0	0	1	2				3	3	7	3	8	9	1			
41	29	2	2	2	2	2	0	0	2	2				3	3	7	3	8	9	1			
46	41	4	3	1	4	3	0	0	2	2				3	3	7	3	8	9	1			
58	26	4	2	4	1	0	0	0	0	2				3	3	7	3	7	8	1			
65	29	2	2	3	3	2	0	0	2	2				3	3	1	4	7	9	1			
68	31	2	3	3	3	2	0	0	2	2				3	3	7	4	8	9	1			
70	36	2	2	2	3	3	0	0	3	2				3	3	2	4	8	9	1			
78	43	2	3	3	4	4	0	0	4	2				3	3	1	4	7	9	1			
93	21	2	2	1	1	0	0	0	0	2				3	3	7	4	8	9	1			
97	29	4	2	1	2	1	0	0	1	2				3	3	1	4	8	9	1			
101	27	4	2	2	3	2	0	0	2	2				2	2	7	3	7	9	1			
117	36	2	3	2	2	1	0	0	1	2				3	3	7	4	8	9	1			
134	27	4	2	1	1	0	0	0	0	2				3	3	2	3	8	9	1			

ANEXO C
TABLA N°6

ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO POR ABORTO EN GESTANTES
ATENDIDAS POR PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL III ESSALUD
PUNO

LEGRADO UTERINO	CON ANTECEDENTE DE ABORTO	
	N°	%
Si	3	12.0
No	22	88.0
TOTAL	25	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: propia

Los resultados de la tabla y figura 6 muestran que el 88.0% de las gestantes que tuvieron parto prematuro no fueron sometidas a legrado uterino, mientras el 12.0% termina en este procedimiento.

El legrado uterino es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada; en el legrado obstétrico está indicado cuando existe aborto incompleto o provocado (47), contrastando con los resultados el legrado uterino fue ejecutado en un poco más de la décima parte de la población de estudio, lo que nos indica que la mayoría de los abortos ocurridos llegaron al establecimiento de salud sin restos de ovulares en la cavidad uterina. Los resultados tienen semejanza con el estudio de Curisínche y Taype(44), porque las gestantes con antecedente de aborto terminaron en un legrado uterino (63%)

TABLA N°8

CLASIFICACION DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE GESTANTES
DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD
PUNO

CLASIFICACION DE RECIÉN		
NACIDOS PREMATUROS	N°	%
Muy extrema (22-25 semanas)	1	4.0
Extrema (26-29 semanas)	1	4.0
Moderada (30-33 semanas)	1	4.0
Leve (34-36 semanas)	22	88.0
TOTAL	25	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: propia