

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la  
amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal  
periodo febrero-setiembre del 2008**

TESIS

para optar el grado académico de Magíster en Obstetricia con Mención en  
Salud Reproductiva

AUTORA

Martha Rufina Rojas Otero

ASESOR

Aníbal M. Oscanoa León

**Lima-Perú**

**2009**

**FACTORES MEDICOS Y SOCIO EPIDEMIOLOGICO  
ASOCIADOS A LA AMENAZA DE ABORTO EN EL  
INSTITUTO MATERNO PERINATAL PERIODO  
FEBRERO-SEPTIEMBRE DEL 2008**

## DEDICATORIA

A mis padres **Máximo y Paulina** por que son el motor y motivo de mi vida, por el apoyo constante para poder alcanzar con cada uno de mis objetivos trazados.

A mis hermanos: **Norma, Nèlida, Maruja, Amelia, Miguel, y Rubén** al decirles que si se puede, cuando uno se lo propone, y en especial a mis sobrinos para que sigan estudiando a pesar de los obstáculos que se les pueda presentar.

## **AGRADECIMIENTO**

**A DIOS por permitir que mis padres estén juntos y que estén presentes en la sustentación de mi tesis para darme esa fuerza que siempre me dieron.**

Mi agradecimiento sincero a la señorita **Martha Villasis**, y al **Dr. Alejandro Barreda** que coincidieron con mi madre con una frase que me decían “hasta cuando” que me impulsaron a empezar y terminar la tesis.

Al doctor **Aníbal Oscanoa** por su valioso apoyo y dedicación constantes en el asesoramiento de la tesis y por el Don de docente que posee.

A las **colegas Obstetricas y Obstetras** del Instituto Nacional Materno Perinatal por el apoyo en los servicios de Hospitalización.

Y Especialmente a cada una de las **gestantes participantes** que hicieron posible la realización de esta tesis, que sin ellas no hubiera sido posible la culminación.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	2
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION</b>	3
I.1 Descripción del problema	3
I.2 Formulación descripción del problema	4
I.3 Objetivo general	4
I.4 Objetivos específicos	4
I.5 Justificación	4
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	5
II.1 Antecedentes del Problema	5
II.2 Marco Teorico	6
II.3 Definición de términos	12
II.4 Variables	14
II.5 Operacionalización de variables	15
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	16
III.1 Tipo de investigación	16
III.2 Universo	16
III.2.1 Criterio de Inclusión	16
III.2.2 Criterio de Exclusión	16
III.3 Muestra	16
III.3.1 Tamaño de la Muestra	16
III.4 Instrumento de Investigación	16
III.5.Procedimiento de la Investigación	17
III.6.Análisis Estadístico	17
III.7. Consideraciones Éticas	17
<b>CAPITULO IV: RESULTADO</b>	18
<b>CAPITULO V: DISCUSION</b>	30
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES</b>	34
<b>CAPITULO VII RECOMENDACIONES</b>	35
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	36
<b>ANEXOS</b>	
A.- Ficha de Recolección de Datos	39
B.- Consentimiento Informado	41

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal, periodo Febrero-Setiembre del 2008

**DISEÑO:** Estudio Observacional, Descriptivo Transversal, Prospectivo

**MATERIAL Y METODO** Se realizó una encuesta a toda gestante que cumplía con los criterios de inclusión, a toda gestante con una edad gestacional de hasta 22 semanas y con diagnóstico de amenaza de aborto que se encontraban hospitalizadas en los servicios de adultas y adolescentes en el periodo de estudio, no se trabajo con muestra, previa firma del consentimiento informado como aceptación de autorización para continuar con la encuesta respectiva con Ficha de Recolección de datos referentes a su estado de salud y socio epidemiológicos, se utilizó la base de datos disponible en la oficina de apoyo a la investigación SPSS Versión 13.

**RESULTADOS:** Hubieron 135 casos de amenazas de abortos de un total de 6,669 gestaciones, representa una incidencia de 2.02%, son características epidemiológicas: 24% menores de 19 años, 41.5% son no deseados, 68.15% empezaron su relación sexual entre los 15 a 19 años, 0.7% el embarazo fue por violación, 12.6% indujeron el aborto, el 89.63% no usaban métodos anticonceptivos, el 33.3% de los padres no aceptaba la gestación de su hija y el 27.41% de los responsables del embarazo no aceptaban la gestación.

Mayor numero de casos en paridad 2 a 5 con un 61.5% y en 40.7% se presentan hasta las 20 semanas. Continúan el embarazo en un 80% y constituye un factor de riesgo la edad menor de 20 años (OR= 2.88), el embarazo no deseado (OR= 2.75), el control prenatal es un factor protector evidente (OR= 6.6).

# CAPITULO I

## PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

La amenaza de aborto es el trastorno en el cual una gestante presenta el riesgo de perder su producto antes de las 22 semanas de gestación, y constituye complicación común que se produce hasta en el 50% de los embarazos y de estos entre el 9 y 30% acaban en aborto espontáneo. Por su alta frecuencia supone un elevado porcentaje de consultas y naturalmente es un trauma psicológico en algunas pacientes, pues provoca estados emocionales, como depresión, ira, trastornos del sueño, y problemas conyugales (1,2).

Alrededor del 50% de todos los óvulos fertilizados se pierden en forma espontánea, generalmente antes que la mujer sepa su estado. En los embarazos ya conocidos el promedio de abortos luego del sangramiento amenazante, esta entre 10 y 20% según la Universidad de Maryland (2), y usualmente se presenta entre la 7 y 12 semanas y el riesgo se incrementa si la madre es mayor a 35 años (3), o si tiene una enfermedad sistémica como la diabetes o disfunción tiroidea ó si tuvo 3 o mas abortos espontáneos.

Por otro lado hay una estrecha relación de las amenazas de aborto con la adolescencia, embarazos no deseados y con violaciones (4,5,6) las que por su condición, no aceptación y por carencia de recursos económicos terminan en abortos, muchas veces manipulados ocasionando morbilidad materna en ocasiones grave por infección con posterior afectación de su salud reproductiva, también puede ocurrir importante pérdida sanguínea y anemia que puede ser severa, ambas condiciones pueden desencadenar en mortalidad materna (3,7,8) En consecuencia la Amenaza de Aborto representa un serio problema obstétrico por su relación con la adolescencia, embarazos no deseados, la multiparidad, estrechez económica, violencia sexual y familiar con abortos afectando así la salud sexual y reproductiva de la madre.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuales son los Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo Febrero-Setiembre del 2008?

## **1.3. OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Determinar los Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo Febrero-Setiembre del 2008

## **1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Conocer características socioculturales y biológicas de la madre gestante con amenaza de aborto.
- ❖ Determinar antecedentes Gineco-Obstétricos asociados a la amenaza de aborto
- ❖ Identificar las patologías médicas y no médicas asociadas a la amenaza de aborto.

## **1.5 JUSTIFICACION**

Consideramos necesario e importante este estudio sobre la Amenaza de Aborto, porque constituye una patología frecuente en el Instituto en relación a factores o circunstancias que llevaron a la gestante a presentar el cuadro hemorrágico; deseamos conocer si fue gestación deseada o no, si fue por violación, o fue de otra pareja sexual, o maltrato físico ó que otra causa podría haberlo ocasionado.

Por ello considerando que el Instituto Nacional Materno Perinatal es una Institución de alta especialización en Gineco-Obstetricia y que brinda constante atención a gestantes con ésta complicación hemorrágica del 1er trimestre, nos da la oportunidad de estudiarlos para así conocer nuestra realidad, y tomar las medidas preventivas necesarias en aras de disminuir la morbimortalidad materna.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### II.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En América latina y el Caribe anualmente ocurren 182 millones de embarazos, de estos 36% fueron gestaciones no deseadas y 20% terminan en aborto (6). En nuestro medio la amenaza de aborto constituye una emergencia obstétrica que en ocasiones es previsible (7), pero que se asocia con mayor frecuencia a complicaciones obstétricas, como lo señala Moreno (3). Según el Review Data 2007 (9) los riesgos son mas altos para el sangramiento si la gestante es mayor de 35 años, si tiene como antecedente 3 o más abortos o si hay enfermedad sistémica como la diabetes ó enfermedad tiroidea, y se estima un 59.62% de amenaza de aborto si la gestante es añosa.

En relación a embarazo no deseado, en España cada año aproximadamente 20 mil menores de 19 años quedan embarazadas sin desearlo, es uno de los países occidentales con mayor incidencia de embarazos no deseados entre adolescentes y estas cifras aunque no aumentan de forma alarmante, tampoco se estabilizan ni se reducen, pero anualmente más de 18.000 españolas menores de 19 años se quedan embarazadas sin quererlo (10)

En el Perú, cerca de 60% de los embarazos no han sido deseados ni planificados constituyendo los embarazos de muy alto riesgo para la salud materna y fetal (11).

Se aduce que hay dificultad para vencer la consciencia propia de la juventud, pero que la falta de comunicación con los padres y la osadía de los jóvenes que creen saberlo todo contribuyen a esa cifra, aunque las chicas son más concientizadas que los chicos.

Si consideramos el embarazo como resultado de abuso sexual (11) sabemos que más de la mitad de los casos de violencia sexual ocurre durante el período reproductivo de la vida de la mujer, y que la tasa de embarazo resultante por ello, varía entre el 1 y 5%, estimándose alrededor de 32.000 embarazos resultado de violencia sexual anualmente sólo en Estados Unidos. Las legislaciones sobre la interrupción del embarazo que actualmente están en vigencia en la mayoría de los países de América Latina y El Caribe son las

más restrictivas de todos los continentes pues cerca de la mitad de estos países no permite que la mujer tenga derecho una interrupción legal del embarazo en casos de violencia sexual (6,11).

Se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen una mayor probabilidad de presentar infecciones, amenazas de abortos ó abortos, partos prematuros, cesáreas, hemorragias por desgarramiento vaginal o del cuello del útero o un trabajo de parto prolongado, dando como resultado morbilidad en la madre y en el recién nacido. Por otro lado los trastornos psicológicos en ellas son más evidentes pues hay temor a enfrentar su situación ante la familia, sentimientos de minusvalía y baja autoestima que se dan frecuentemente por la exposición al rechazo inicial de la familia, de su pareja, de la escuela y de la sociedad en general. Los padres, que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante esta situación y, en vez de reconocer este hecho, se culpan mutuamente y lo proyectan a la adolescente mediante reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico (4,6,11).

Como lo señala el informe ENDES 2006 “ Los embarazos en muy temprana edad también forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales pero en las grandes ciudades generalmente” no son deseados (planificados) y se dan en pareja que no han iniciado su vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo configurando así la población social de la “madre soltera”, por esta razón muchos de estos embarazo terminan en abortos clandestinos practicados en condiciones sanitarios inadecuados(12), lo que en ocasiones provocan muerte en las menores de edad en el primer trimestre de su gestación así como anemia o secuelas para su salud reproductiva futura.(13)

## **II.2 MARCO TEORICO**

Definición de Amenaza de Aborto: Es un padecimiento del embarazo que ocurre antes de la vigésima segunda semana de gestación y que sugiere la probabilidad de que se presente un aborto espontáneo(1).

## **.ETIOLOGÍA DEL ABORTO ESPONTÁNEO**

### ▪ **Malformación del huevo o cigote**

La causa más común de abortos tempranos son las malformaciones del embrión. Se estima en un 70 % ocurre una mutación inexplicable en el desarrollo fetal antes de la implantación, muere el embrión y se desencadena el aborto. La mayoría de estos abortos no son recurrentes, por lo tanto el pronóstico para el futuro embarazo es bueno. Si esto ocurre 3 o más veces, debe considerarse referir a la pareja para estudio genético. El 15% de las mujeres embarazadas sufre aborto espontáneo, la principal causa son las malformaciones congénitas. El aborto espontáneo puede ocasionar la muerte de la mujer (14)

Del total de las mujeres embarazadas que se registran en México, 15% tiene un aborto espontáneo debido a malformaciones congénitas, infecciones de vías urinarias y enfermedades virales, aseguró el doctor Delfino Cruz Cruz (15) , jefe del Departamento de Obstetricia del Hospital de la Mujer, explicó que el aborto espontáneo se caracteriza por la pérdida del producto, desde su concepción y hasta las 22 semanas de gestación o con un peso a 500 gramos. Las malformaciones congénitas son responsables del 70% de los casos, para amenaza de aborto requiere mayor atención en el estudio de mujeres en edad fértil.

### ▪ **Factores Inmunológicos**

La Inmunología de la reproducción estudia la participación del sistema inmune en la reproducción sexual humana, debido a que el feto produce elementos antigénicos potencialmente reactivos en la madre, es de especial interés que las reacciones inmunológicas en contra del producto de la gestación sean virtualmente inexistentes y que el intercambio de fluidos sexuales y el subsecuente embarazo se completen sin la activación patológica de la inmunidad materna. Se estima que un 50 % de las concepciones fallan por una u otra razón. El aborto espontáneo recurrente se debe en el 50% de los casos a alteraciones cromosómicas, anatómicas u hormonales. La mitad de los restantes se debe a anormalidades inmunológicas y el resto no tiene explicación satisfactoria. El aborto puede originarse por falta de la respuesta aloinmune normal en todo el embarazo, o por reacciones anormales en contra de granulocitos, plaquetas y otros componentes celulares. (16)

- **Enfermedades Maternas**

El embarazo generalmente continuará adelante aunque existan enfermedades maternas, pero si la enfermedad es suficientemente severa puede causar abortos en casi todos los casos. Enfermedades maternas como: Rubéola Herpes genital Sífilis Malaria Brucelosis Toxoplasmosis Citomegalovirus y Listeriosis pueden todas ocasionar abortos. El aborto ocurre en pocos casos de rubéola, pero el neonato nace infectado. La sífilis no es causa de abortos tempranos, poco frecuente que produzca abortos tardíos y frecuente las pérdidas del tercer trimestre. Enfermedades como diabetes no controlada, hipertensión, enfermedad renal y la malnutrición o desnutrición avanzada son también causas de abortos. Los riesgos de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) se mantienen durante el embarazo y demandan cuidado y protección ya que no es solo la salud de la mujer la que está en riesgo, sino también la de su hijo en gestación. Para Roberto Ortegón Páez (17), médico ginecoobstetra de la Universidad del Bosque, refiere que es importante reconocer que todas las personas, mujeres y hombres, en cualquier etapa de sus vidas son susceptibles de adquirir una ETS. "Las mujeres presentan un estado de inmunosupresión (sistema inmunológico débil), lo que las hace más susceptibles a cualquier enfermedad y se debe prestar especial atención durante los nueve meses".

- **Anormalidades Uterinas**

Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la endometriosis, adenomiosis, y las cirugías tubarias (salpingostomía e implantación útero-tubaria). En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los abortos espontáneos puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la irrigación sanguínea, alteraciones de la placentación y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal, se cree que el aborto espontáneo en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Sin embargo, no se sabe si el aborto es ocasionado por la endometriosis o por mecanismos inmunológicos indirectos (18)

- **Insuficiencia Hormonal**

Otra posible causa de aborto temprano puede ser la escasa producción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario antes de que la placenta esté

totalmente funcional, Caizabanda Jerez Manuel y colaboradores (19) realizaron un trabajo de investigación clínica, observacional, en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, evaluando los niveles séricos de progesterona en 45 pacientes, con gestaciones entre 42 y 98 días, que experimentan sintomatología propia de amenaza de aborto. Estas pacientes fueron evaluadas clínicamente, demostrándose la vitalidad embrionaria o fetal por ecografía. Posteriormente se realizó la determinación de los niveles séricos de progesterona por el método de radioinmunoanálisis.

- **Uso de Cigarrillo y Alcohol**

Muchos estudios sugieren que el consumo de cigarrillos y el alcoholismo pueden aumentar el riesgo de abortos. Un estudio español acaba de arrojar pruebas sobre uno de los efectos nocivos del tabaco sobre el que aún no existían evidencias concluyentes: su capacidad para traspasar la barrera de la placenta y causar daños fetales susceptibles de degenerar en una enfermedad tumoral. (20)

- **Incompetencia Cervical**

El cérvix incompetente es una causa bien conocida de pérdida de embarazo al final del segundo trimestre. El signo clínico más llamativo de esta patología es la dilatación cervical indolora. La paciente casi siempre consulta por sensación de presión vaginal. Al examen con espejo revela la existencia de membranas protruyentes, así como varios grados de dilatación cervical. El cérvix incompetente suele ser secundario a un traumatismo cervical y se debe por lo general a la dilatación mecánica al final del embarazo o durante un legrado diagnóstico. Las laceraciones cervicales profundas que acontecen en el parto vaginal y en una conización también son factores etiológicos relativamente frecuentes. La incompetencia cervical también puede ser de causa congénita, apareciendo en pacientes con anomalías en la fusión mülleriana (usanargüamedica). Clásicamente el tratamiento ha sido el cerclaje cervical, cuya utilidad, sin embargo, no ha sido demostrada. La evidencia disponible, y el uso clínico habitual sugiere que el grupo de pacientes con historia clínica característica de incompetencia cervical (abortos repetidos de segundo trimestre secundarios a dilatación cervical pasiva), se beneficiarían del cerclaje cervical en forma electiva entre las 12-14 semanas. (21)

- **Relaciones Sexuales Durante la Gestación**

Muchas parejas reportan que las relaciones sexuales durante el embarazo son más placenteras que nunca. La razón es por que los estímulos sexuales son más rápidos por el alto nivel de hormonas, y la total excitación se alcanza en menos tiempo que cuando no hay embarazo. La zona pélvica durante el embarazo se encuentra congestionada de sangre como se requiere en la excitación sexual. La congestión de sangre en la cadera durante excitación es uno de los estímulos para la lubricación vaginal. Un apoyo psicológico del embarazo, para el placer sexual, es que no se tiene preocupación por el uso de anticonceptivos. En el primer y el tercer trimestre tiende a bajar el deseo sexual, en mucho por el gran movimiento hormonal del inicio del embarazo; lo cual además produce la sensación de náusea y fatiga; mientras que en el tercer trimestre el volumen corporal afecta tanto el movimiento como la auto imagen de la mujer. Existen casos donde se presenta un aborto o se inicia el parto, solo que es por otras causas y no por las relaciones sexuales. Es muy importante saber que entre el 20 y el 30% de las mujeres experimenta sangrado vaginal en las primeras 20 semanas de embarazo, lo cual alarma mucho sobre todo a las madres primerizas. Finalmente debemos tomar en cuenta que se deben abstener las relaciones sexuales vaginales si se presentan algunos de los siguientes síntomas como son el sangrado por genitales; que se presente placenta previa; rotura de bolsa; amenaza de aborto; infección vaginal, entre otras. (22)

- **Hematomas Retroplacentario**

Sangre de origen materno que se colecciona entre la pared uterina y la placenta, como consecuencia del desprendimiento precoz de la misma. Puede producirse, fundamentalmente, en las gestosis del tercer trimestre del embarazo y su demostración es fácil mediante la exploración ecográfica (23)

- **Hematoma Subcorionico**

El hematoma subcorionico o retrocoriónico en el primer trimestre se define como una disrupción subcoriónica que puede ser visible por ultrasonografía como un área hipoecogénica envolviendo el saco gestacional. Esta alteración ha sido catalogada como de mayor riesgo de aborto, si bien sus causas son desconocidas, se estima que pudiera ser causa y/o consecuencia de una insuficiencia lútea y por ello que una suplementación con progesterona aparece como una alternativa planteable. Sin embargo, la evidencia disponible en

humanos para apoyar esta hipótesis es desalentadora. Aparentemente pequeños hematomas subcoriónicos parecen ser frecuentes en el primer trimestre y no se asocian a riesgos en el embarazo. Estudios retrospectivos como el de Bennet, en 516 pacientes con amenaza de aborto, feto vivo y hematoma subcoriónico en el primer trimestre muestra la tasa de aborto es de 9,8% y que se incrementa en los hematomas de mayor volumen lo cual se asoció a un aumento del riesgo de aborto espontáneo en 3 veces, también observó mayor tasa de abortos en pacientes de más de 35 años y con edad gestacional menor de 8 semanas (24)

- **Exámenes Auxiliares: Ecografía**

La ecografía tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando hay hemorragias. En ámbitos donde la ecografía está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo. (25)

Mediante Doppler pulsado puede determinarse la frecuencia cardíaca embrionaria, que aumenta lentamente entre la 6ª y 9ª semanas unos 5 latidos por minuto por cada mm de CRL11, y después disminuye lentamente durante el resto del primer trimestre El diagnóstico de la amenaza de aborto es un término clínico que define una gestación intrauterina normal con un embrión vivo o potencialmente vivo En estos casos la fuente más frecuente de sangrado es el corion vellosos (formado por la unión del mesodermo extraembrionario, cito y sincitiotrofoblasto). Una vez que clínicamente aparece el sangrado entre un 5 y un 40 % de los casos pueden observarse signos ecográficos de hemorragia en la periferia del saco corial. La rápida proliferación corial tras la implantación es responsable del aspecto ecogénico de la pared del saco gestacional. Se considera la presencia de un sangrado corial siempre que exista una zona econegativa bajo la superficie corial, con o sin clínica de metrorragia,. Se define por tanto el hematoma corial como la presencia de un área hipoeoica situada entre la pared uterina y la membrana corial, correspondiendo por tanto a una separación de ésta de la decidua con acumulo de sangre entre ellas. Normalmente adopta forma semilunar, y comprime al saco de forma variable en función del tamaño. Las características ecográficas del hematoma retroplacentario del final del primer trimestre son algo diferentes, y dependen del grado de desprendimiento y del tiempo de evolución del mismo (26)

- **Exámenes Auxiliares: Hemoglobina**

Las concentraciones de hemoglobina inferiores a 12 g/dl y los valores de hematocrito menores del 36% que son los que definen la anemia en la población general no son indicadores de anemia en las gestantes, debido al cambio fisiológico denominado hemodilución del embarazo este fenómeno fue escrito por Scott y Pritchard que realizaron medidas de la concentración de la hemoglobina / hematocrito (H/H) en un gran grupo de mujeres jóvenes y sanas con reservas de hierro y folatos normales. Detectaron un descenso general del hematocrito durante el segundo trimestre de 5 unidades en los embarazos simples y de 7 unidades en los gemelos Este fenómeno se debe a la expansión del volumen intravascular que se inicia a las 8 – 10 semanas de gestación y alcanza su máximo durante el segundo trimestre (27)

### II.3 DEFINICION DE TÉRMINO

- **Amenaza de aborto**

La amenaza de aborto es una condición que ocurre durante las primeras 22 semanas de embarazo en la cual el sangrado vaginal sugiere su riesgo incrementado de aborto espontáneo (28)

- **Embarazo No Deseado**

Los embarazos no deseados son uno de los principales riesgos asociados a la práctica de la sexualidad en la adolescencia. Los factores que aumentan este riesgo son: La ausencia de información veraz. Más del 70% de los/as jóvenes consideran que están bien informados en materia de sexualidad, sin embargo observamos como determinados mitos están hoy en día aún muy extendidos entre la gente joven, (29)

Hablar de embarazos no deseados, es hablar de adolescentes de 11 a 17 años que, de la noche a la mañana, despiertan siendo mujeres, de matrimonios apresurados y poco durables, de crisis económicas personales o de pareja y de afecciones graves de salud tanto para la madre como para el pequeño.

El embarazo no planeado puede provocar serios trastornos biológicos e interrumpir su proyecto educativo. La necesidad de ingresar a un trabajo, generalmente mal remunerado, surge sin remedio; y la censura social en su contra y la de su familia puede llegar a convertirse en moneda corrientes (4)

- **Factores Psicosociales y Culturales en la Gestación**

Cada gestantes adulta o gestante adolescente presentan características fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales ligadas a creencias y practicas propias de la región por eso es necesario tener en cuenta las teorías de Vadeleine Leininger quien afirma que de las formas de abordar el cuidado cultural es mediante la aplicación de 3 modos de acción: La protección o mantenimiento, la adaptación y/o negociación y la reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales. Los frutos de tipo social que más predispone al aumento de la fecundidad en tal población de adolescente es el bajo nivel de escolaridad asociado a condiciones de pobreza (30)

La gestación en adolescentes es una situación problemática se encuentra asociada patrones conductuales, culturales, educativos, morales y otros, los cuales se vinculan a una actividad sexual precoz; (31)

El embarazo indeseado en los jóvenes y su consecuencias lógica, el aborto, se agudiza mas en un medio cultural que en los últimos tiempos ha estimulado, en forma inequívoca, el sexo o erotización del ambiente y la permisividad sexual (publicidades destinadas a los adolescentes), pero, que al mismo tiempo, ha mantenido a la juventud en un estado de oscuro analfabetismo sexual. Existen también factores de orden económico y social que hacen difícil y a veces imposible, tanto para la madre como para su compañero, la continuación de un embarazo que no fuere buscado. (32)

- **Factores Epidemiológicos en la Gestación**

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Perinatal es el componente del Sistema de Información de Salud que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación, de las causas de Mortalidad Materna Perinatal y la probabilidad de sus prevenciones en áreas geográficas y periodos determinados con el objetivo de contribuir en el desarrollo de las medidas necesarias para su prevención. (33)

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y las condiciones económicas precarias. La importancia y gravedad del problema quedaron establecidas en los resultados de la Línea Basal de la Mortalidad Materna/ 2000 (34)

## II.4 VARIABLES

<p><b>Características Generales:</b> Edad, Grado de Instrucción, Estado Civil, Ocupación.</p>	<p><b>Antecedentes GinecoObstétricos:</b> Paridad, Edad Gestacional, Control Prenatal, Operadas de Quiste Ovario, Cesárea Anterior, Cirugía por Mioma, Periodo Intergenesico.</p>
<p><b>Características Socioculturales y Sexuales:</b> Edad de 1º Relación Sexual, 1ª Relación Sexual por violación, Embarazo actual por violación, Embarazo actual por violación, Embarazo no deseado, Nº de Parejas Sexuales, Edad de la pareja, Frecuencia de Relaciones Sexuales por semana, Acepto la pareja el embarazo, Indujeron el aborto, Uso Método Anticonceptivos previa gestación, Aceptación de los padres.</p>	<p><b>Antecedentes Médicos:</b> TBC, ITU, Hepatitis, Candidiasis Genital, Hipertiroidismo, Rubéola, Anemia.</p>
	<p><b>Características Clínicas:</b> Días de sangrado, Inicio de Sangrado, Dolor, Ruptura de Membranas, Incompetencia Cervical.</p>
	<p><b>Evolución de la Gestación:</b> Aborto Inevitable, Incompleto, y Continúan el Embarazo</p>
	<p><b>Exámenes Auxiliares:</b> Hemoglobina, Ecografía</p>

## II.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA / VALOR
<b>Edad</b>	Periodo de tiempo en años hasta que se produce el producto	Menor 20 años 20 - 35 años Mayor 35 años
<b>Estado Civil</b>	Relación de pareja establecida	Soltera Casada Conviviente Divorciada
<b>Ocupación</b>	Actividad laboral en un determinado establecimiento:	Obrera Ama de casa Estudiante Profesional
<b>Inicio de Relaciones Sexuales.</b>	Edad del primer contacto sexual	Menor 15 años 15 - 19 años Mayor 19 años
<b>Edad Gestacional</b>	Tiempo transcurrido desde el ultimo periodo menstrual	Menor 8 ss 8 - 12 ss 13 - 22 ss
<b>Periodo Intergenésico</b>	Tiempo transcurrido en meses o años desde la finalización del ultimo embarazo hasta el actual	Menor 2 años 2 - 5 años Mayor 5 años
<b>Control Prenatal</b>	Numero de visitas al consultorio	Si No
<b>Patologías Maternas</b>	Enfermedad materna desarrollada en la actualidad	ITU Anemia Infecciones medicas
<b>Cirugías Pélvicas</b>	Operaciones realizadas en el órgano interno femenino	Laparotomía exploratoria Cesárea anterior

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **III.1 TIPO DE INVESTIGACION**

Estudio Observacional, Descriptivo Prospectivo. Transversal,

#### **III.2 UNIVERSO**

Todas las gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal con el diagnostico de Amenaza de Aborto y que se encontraban hospitalizadas en los servicios de adultas y adolescentes y en el periodo comprendido entre Febrero y Setiembre del 2008.

##### **III.2.1 CRITEROS DE INCLUSION**

Toda gestante con una edad gestacional de hasta 22 semanas y con diagnostico de amenaza de aborto

##### **III.2.2 CRITERIO DE EXCLUSION**

Toda gestante mayor de 22 semanas y con hemorragia de otra etiología

#### **III.3 MUESTRA**

Pacientes Hospitalizadas en el INMP con diagnostico Amenaza de Aborto

##### **III.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Todos los casos de Amenaza de Aborto en el periodo de estudio, no se trabajó con muestra.

#### **III 4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION**

Ficha de Recolección de datos referentes a su estado de salud y socio epidemiológicos

### **III.5 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se realizó una encuesta a toda gestante que cumplía con los criterios de inclusión, previa firma del consentimiento informado como aceptación de autorización para continuar con la encuesta respectiva

### **III.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:**

Se utilizó la base de datos disponible en la oficina de apoyo a la investigación SPSS Versión 13 se buscó:

1. Tasa de Incidencia
2. Frecuencia en porcentajes de las variables estudiadas.
3. En 05 de las más importantes variables como son la edad, embarazo no deseado, paridad, control prenatal, cesárea previa, tomando el total de poblaciones indirectamente, se buscó ODDS Y RATIO para lo cual se construyeron tablas de 2 x 2 de contingencia y se realizó la prueba de Chi cuadrado y el odds ratio en las que se encontraron significación estadística.

### **III.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En la conducción de este trabajo de investigación se garantizó el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos.

- Consentimiento informado: cuando se detectaba una paciente embarazada que llenaba los criterios de inclusión antes descritos, se procedía a informarle de la existencia de este estudio, los objetivos y las ventajas como participante, solicitándole su autorización para ser incluida en la investigación, previa consentimiento de aceptación se procedía a la entrevista según los instrumentos dados.
- Se garantizó un ambiente de privacidad para la entrevista
- Al finalizar la entrevista, se le brindó consejería para la prevención de próximos casos similares

## CAPITULO IV

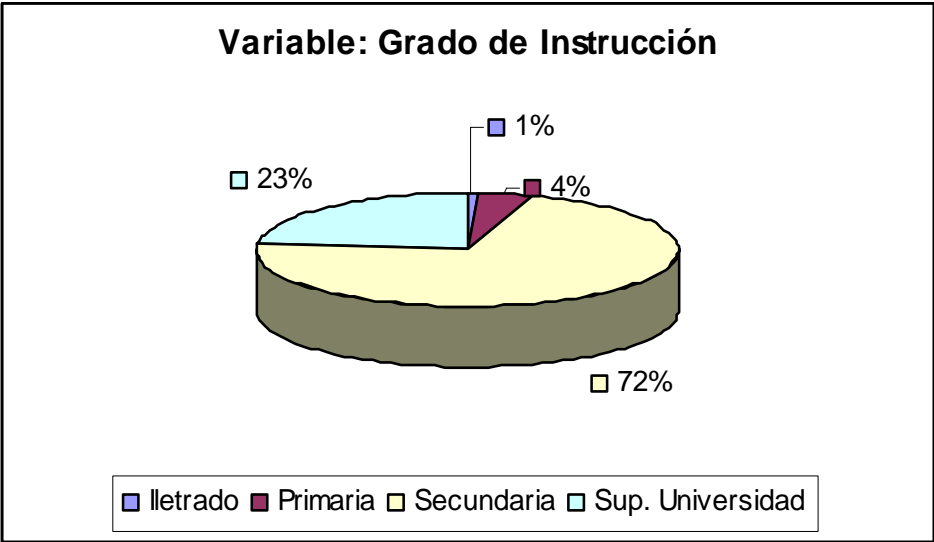
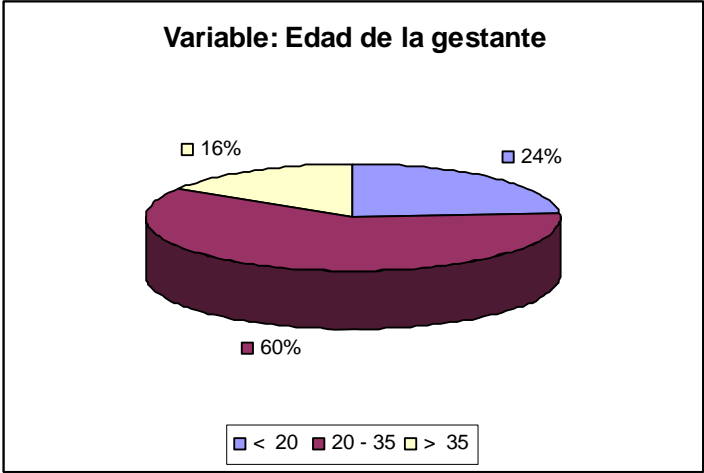
### RESULTADOS

En el periodo de estudio hubieron 6,669 gestantes en los cuales se presentaron 135 casos de amenaza de aborto constituyendo el 2.02%. Mayor número de casos entre 20 -35 años en 60%, el grado de instrucción fue secundaria en 71.9% y estado civil fue 57 % convivientes y amas de casa en 54.8 % (cuadro 1)

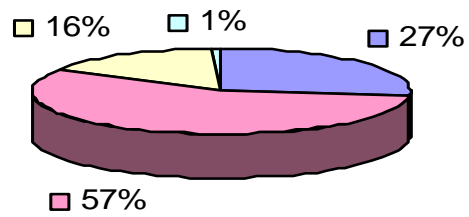
**Cuadro 1**

**Características Generales de la Gestantes con Amenaza de Aborto  
INMP Febrero- Setiembre 2008.**

VARIABLE		N °	%
Edad de la gestante (años)	< 20	33	24
	20 - 35	81	60
	> 35	21	16
Grado de Instrucción	Iltrado	1	0.7
	Primaria	6	4.4
	Secundaria	97	71.9
	Superior	31	22.9
Estado Civil	Soltera	36	26.7
	Conviviente	77	57
	Casada	21	15.6
	Divorciada	1	0.7
Ocupación	Obrera	45	33.3
	Ama de casa	74	54.8
	Estudiante	15	11.1
	Profesional	1	0.7
TOTAL		135	100

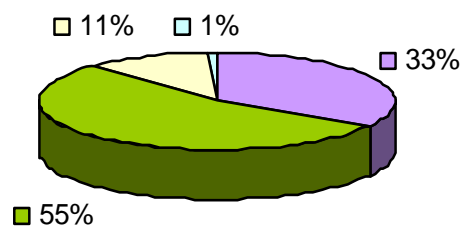


### Variable: Estado Civil



■ Soltera ■ Conviviente ■ Casada ■ Divorciada

### Variable: Ocupación



■ Obrera ■ Ama de casa ■ Estudiante ■ Profesional

**Cuadro 2**  
**Características Socioculturales y Sexuales de las Gestantes de Amenaza**  
**de Aborto - INMP.**  
**Febrero- Setiembre 2008.**

VARIABLE		N	%
Edad de 1ª Relación Sexual	< 15 años	16	11.9
	15-19	92	68.1
	> 19	27	20.0
1ª Rel. Sex. por violación	Si	9	6.7
	No	126	93.3
Embarazo actual por Violación	Si	1	0.7
	No	134	99.3
Embarazo No Deseado	Si	79	58.5
	No	56	41.5
Nº Parejas Sexuales	1	65	48.1
	2-3	60	44.4
	> 3	10	7.4
Edad de la pareja	< 20	15	11.1
	20 - 35	49	36.3
	> 35	71	52.6
Frecuencia Relaciones Sexuales por semana	< 2	19	14.1
	2-3	105	77.8
	> 3	11	8.1
Aceptó la pareja el embarazo	Si	98	72.6
	No	37	27.4
Indujeron el Aborto	Si	17	12.6
	No	118	87.4
Uso Método anticonceptivo previa Gestación	Oral	4	3.0
	Deposito	6	4.4
	Condón	4	3.0
	Ninguno	121	89.6
Embarazo adolescente: Aceptación de los padres	TOTAL	135	100.00
	Si	15	45.5
	No	11	33.3
	No Saben	7	21.2
TOTAL = 33 → 100%		33	100.00

La primera relación sexual es 68.1% fue entre 15 y 19 años, y fue por violación en 6.7% y en un solo caso ocurrió embarazo, el embarazo fue deseado por la gestante en 58.1%. El numero de parejas sexuales en 44.4% fue entre 2 y 3. En general la edad actual del padre en 52.6% es mayor de 35 años y 11.1% menor de 20 años, la frecuencia de relaciones 2 a 3 veces por semana en 77.8%. En 72.6% la pareja si acepta el embarazo y solo 12.6% indujeron al aborto; No uso ningún método anticonceptivo el 89.6% y en las adolescentes los padres no sabían de su embarazo en 21.2%. (cuadro2)

**Cuadro 3****Antecedentes Gineco-Obstétricos de la Gestante Amenaza de Aborto  
INMP. Febrero- Setiembre 2008**

<b>VARIABLE</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Paridad</b>	<b>G 1</b>	<b>47</b>	<b>34.8</b>
	<b>G 2 - G5</b>	<b>83</b>	<b>61.5</b>
	<b>&gt; G 6</b>	<b>5</b>	<b>3.7</b>
<b>Edad Gestacional (semanas)</b>	<b>&lt; 8</b>	<b>30</b>	<b>22.2</b>
	<b>8 - 12</b>	<b>50</b>	<b>37.0</b>
	<b>13 - 22</b>	<b>55</b>	<b>40.8</b>
<b>Control Prenatal</b>	<b>Si</b>	<b>56</b>	<b>41.5</b>
	<b>No</b>	<b>79</b>	<b>58.5</b>
<b>Operad. Quiste Ovárico</b>	<b>Si</b>	<b>6</b>	<b>4.4</b>
	<b>No</b>	<b>129</b>	<b>95.6</b>
<b>Cesárea Anterior</b>	<b>Si</b>	<b>20</b>	<b>14.8</b>
	<b>No</b>	<b>115</b>	<b>85.2</b>
<b>Cirugía por Mioma</b>	<b>Si</b>	<b>5</b>	<b>3.7</b>
	<b>No</b>	<b>130</b>	<b>96.3</b>
<b>Periodo Intergenesico (años)</b>	<b>&lt;2</b>	<b>24</b>	<b>17.8</b>
	<b>2-5</b>	<b>28</b>	<b>20.7</b>
	<b>&gt;5</b>	<b>83</b>	<b>61.5</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>100.00</b>

En 61.5 % la paridad fue entre Gesta 2 – Gesta 5, la edad gestacional fue de 13 – 22 ss en 40.8%, y no tuvieron control prenatal en 58.5%. Hay antecedentes quirúrgicos en 14.8% y el periodo intergenésico fue menor de 2 años en 17.8% (cuadro3)

**Cuadro 4****Antecedentes Médicos de la Gestante con Amenaza de Aborto****INMP Febrero- Setiembre 2008**

<b>VARIABLE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tuberculosis</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>
<b>Infección Urinaria</b>	<b>48</b>	<b>35.6</b>
<b>Hepatitis</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>
<b>Candidiasis Genital</b>	<b>3</b>	<b>2.2</b>
<b>Hipertiroidismo</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>
<b>Rubéola</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>
<b>Anemia</b>	<b>12</b>	<b>8.9</b>
<b>Total: 135 casos</b>	<b>100%</b>	

De los antecedentes médicos hubo mayormente infección urinaria en 35.6% y presentaron anemia en 8.9% (cuadro 4)

**Cuadro 5****Características Clínicas de la Gestante con Amenaza de Aborto****INMP Febrero- Setiembre 2008**

<b>VARIABLE</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nº días Sangrado</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>14.1</b>
	<b>2-3</b>	<b>95</b>	<b>70.4</b>
	<b>&gt;3</b>	<b>21</b>	<b>15.5</b>
<b>Inicio Sangrado</b>	<b>Espontáneo</b>	<b>49</b>	<b>36.3</b>
	<b>Relaciones-Sexuales y al esfuerzo hecho</b>	<b>86</b>	<b>63.7</b>
<b>Dolor</b>	<b>Si</b>	<b>95</b>	<b>70.4</b>
<b>Rotura de Membranas</b>	<b>Si</b>	<b>11</b>	<b>8.1</b>
<b>Incompetencia Cervical</b>	<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>2.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>100%</b>	

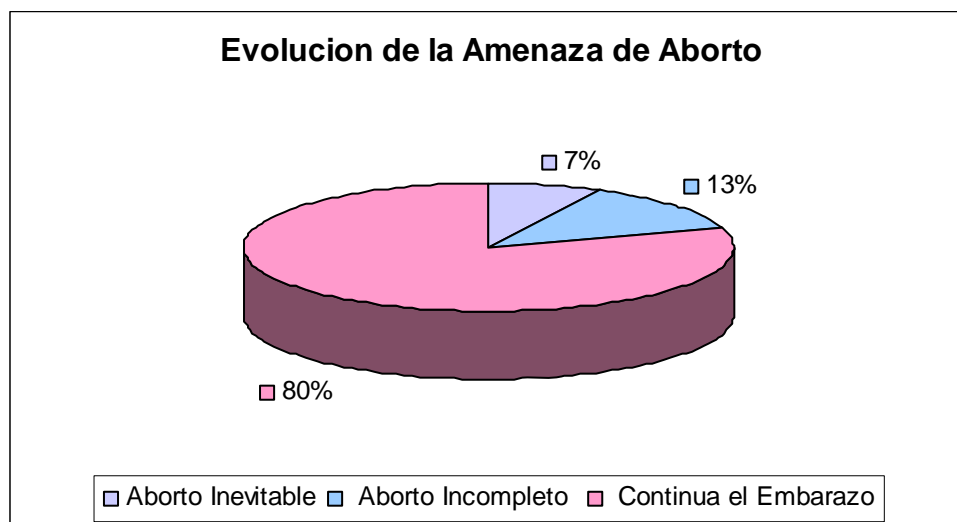
Los días de sangrado fue de 2-3 días en 70.4%, el inicio fue luego de relaciones sexuales y esfuerzos en 63.7%, el dolor se manifestó en un 70.4%, la rotura de membranas se presento en 8.1 %, e incompetencia cervical en 2.2%. (cuadro5)

### Cuadro 6

#### Evolución de la Gestante con Amenaza de Aborto INMP. Febrero- Setiembre 2008.

VARIABLE	N	%
Aborto Inevitable	10	7.4
Aborto Incompleto	17	12.6
Continua el Embarazo	108	80.0
Total	135	100.00

Continuaron su gestación el 80%, aborto inevitable 7.4% y aborto Incompleto 12.6%. ( cuadro 6)



**Cuadro 7****Exámenes Auxiliares y Hallazgos Ecográficos de la Gestante con Amenaza de Aborto INMP Febrero- Setiembre 2008**

<b>VARIABLE</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hemoglobina(Hb) (gr/dl.)</b>	<b>&lt;9</b>	<b>5</b>	<b>3.7</b>
	<b>9-11</b>	<b>53</b>	<b>39.3</b>
	<b>&gt;11</b>	<b>77</b>	<b>57.0</b>
<b>Ecografía</b>	<b>Hematoma:</b>		
	<b>Retroplacentario</b>	<b>23</b>	<b>17.0</b>
	<b>Subcorial</b>	<b>8</b>	<b>5.9</b>
	<b>Placenta:</b>		
	<b>Oclusiva</b>	<b>23</b>	<b>17.0</b>
	<b>Normal</b>	<b>81</b>	<b>60.0</b>
<b>Total</b>		<b>135</b>	<b>100.00</b>

Se encontró hemoglobina mayor de 11gr/dl en 57%, y presentaban anemia un 3.7% de pacientes. En los hallazgos ecográficos hubo hematoma retroplacentarios en 17%, al igual en placenta oclusivas en 17% (cuadro 7).

## FACTORES QUE SIGNIFICAN RIESGO

En forma Indirecta, en las variables mas importantes como la edad, embarazos no deseados, paridad, control prenatal y cesareadas previas, y considerando sus poblaciones totales según y casuística hospitalaria, buscamos asociación estadística y en las que hubo significancia se midió los riesgos mediante el ODDS Ratio.

**Cuadro 8 Edad versus Amenaza de Aborto**

EDAD	AMENAZA DE ABORTO				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
< 20 años	33	24.4	144	10.1	177	11.35
> 20 años	102	75.6	1280	89.9	1382	88.65
TOTAL	135	100.0	1424	91.34	1559	100.00

**$X^2 = 25.17$     $P < 0.0001$  (hay asociación muy significativa)**

**OR = 2.88** (I.C. 95% 1.83-4.5)

Vemos que las adolescentes tienen 2.88 veces más riesgo de presentar amenaza de aborto. (cuadro 8)

**Cuadro 9 Embarazo No Deseado versus Amenaza de Aborto**

EMBARAZO NO DESEADO	AMENAZA DE ABORTO				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
SI	79	58.5	61	33.9	140	44.44
NO	56	41.4	119	66.1	175	55.56
TOTAL	135	100.0	180	100.0	315	100.00

**$X^2 = 18.95$     $P < 0.0001$  (hay asociación muy significativa)**

**OR = 2.75** (I.C. 95% 1.69 - 4.5)

Observamos que un embarazo no deseado tiene 2.75 veces más riesgo de presentar amenaza de aborto. (cuadro 9)

Cuadro 10 Paridad versus Amenaza de Aborto

PARIDAD	AMENAZA DE ABORTO				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
G 1	47	34.8	573	40.4	620	39.94
> G 1	88	65.2	844	59.6	932	60.05
TOTAL	135	100.0	1417	100.0	1552	100.00

$X^2 = 1.62$   $P = 0.202$  (no hay asociación significativa)

$OR = 0.79$  (I.C. 95% 0.53 - 1.16)

No hallamos asociación significativa ni riesgo, entre la paridad y la amenaza de aborto (cuadro 10)

Cuadro 11 Control Prenatal versus Amenaza de aborto

CONTROL PRENATAL	AMENAZA DE ABORTO				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
SI	56	41.5	63	9.7	119	15.16
NO	79	58.5	587	90.3	666	84.84
TOTAL	135	100.0	650	100.0	785	100.00

$X^2 = 87.83$   $P < 0.0001$  (hay asociación muy significativa)

$OR = 6.6$  (IC. 95% 4.20 - 10.39)

Es una asociación muy significativa lo cual significa que el control prenatal es un factor protector de 6.6 veces que detecta los casos de amenazas de aborto (cuadro 11)

Cuadro 12 **Cesárea Anterior versus Amenaza de Aborto**

CESAREA ANTERIOR	AMENAZA DE ABORTO				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
SI	20	14.8	139	10.2	159	10.62
NO	115	85.2	1223	89.8	1338	89.38
TOTAL	135	100.0	1362	100.0	1497	100.0

**X<sup>2</sup> = 2.75 P < 0.0973 (no hay asociación significativa)**

**OR = 1.53 (I.C. 95%, 0.89 - 2.60)**

No hallamos asociación significativa entre cesárea previa y amenaza de aborto (cuadro 12)

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

La incidencia de la amenaza de aborto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de estudio fue de 2.02%, lo cual se halla por debajo del rango que la literatura describe, según algunos autores hasta el 10% y según otros hasta el 20% (2, 35), probablemente debido a que la mayoría de sangrados son atendidos en el primer nivel y solo son referidos los de mayor gravedad o cuando son incompletos.

Según fuentes estadísticas de nuestra Institución del total de partos, poco más del 20% son adolescentes y de estos 24% acudieron con amenaza de aborto lo cual representa un problema de salud pública pues se relaciona en forma directa con embarazo no deseado (13, 36). En nuestro país 12.7% de las adolescentes ya son madres ó están embarazadas, por ello solo 33% cuenta con educación primaria, 29% residen en la región Selva y el 32% vive en condiciones de extrema pobreza (36). En América central nacen cada año entre 99 y 139 niñas por 1000 adolescentes entre 15 y 19 años, en Managua son madres solteras hasta 46.6% mayor de lo que nuestro estudio muestra de 26.7% y Nicaragua tiene la tasa de fecundidad más alta de niñas entre 14 y 17 años (37). Se considera que en el Mundo cerca de 17 millones de adolescentes dan a luz cada año.

En relación a la primera relación sexual ésta generalmente no coincide con la edad de la primera unión marital, cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual invalidantes para la futura vida sexual y reproductiva del adolescente y que pueden llevar hasta la muerte como en el caso del SIDA (38,39). Según la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 98 el 7.6% se iniciaron sexualmente entre 10 y 14 años, 34.9% entre 15 a 17 años y el 24.6% entre 18 y 19 años, es decir 67.1% o sea dos de cada tres mujeres se inicio en la adolescencia y probablemente como consecuencia de ello tuvieron un aborto, un hijo no deseado o contrajeron alguna enfermedad de trasmisión sexual (38). Una encuesta efectuada en Santiago de Chile 2005, revela que el 46,9% de las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años de edad y el 25,8% después de los 17 años y con una estrecha relación con la ingestión de alcohol, consumo de drogas ilícitas o el abuso sexual (39). Nuestros resultados más coinciden con los de la ENAHO y hubo relación con un no deseado y amenaza aborto en 18.18%.

El inicio de las relaciones sexuales precoces conlleva otro problema y es que aumentan el número de compañeros sexuales, así adolescentes que comenzaron su vida sexual activa antes de los 15 años de edad ya habían tenido en el momento de la encuesta entre 4-6 parejas sexuales mientras que las de entre 15-17 años habían tenido más de 6 parejas, no así en las adolescentes que comenzaron después de los 17 años en las cuales el número de parejas sexuales eran menores (39). En nuestro estudio en general el 44.4% ha tenido entre 2 a 3 parejas sexuales y solo 7.4% más de tres. Cuando se refiere a Embarazo no deseado en adolescentes, un estudio transversal en México revela que 22.73% de 220 adolescentes embarazadas, eran no deseados (40); en nuestro estudio de 135 amenazas de aborto 58.1% eran adolescentes gestantes con productos no deseados confirmando así esta asociación. Las adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente unos cuatro o cinco años antes de ser emocionalmente maduras y las posibles consecuencias de un embarazo precoz no deseado suelen ser, entre otras, la separación de la familia, y en muchos casos hasta el 30% según algunos autores, los padres no aceptan el embarazo de sus hijas y se desentienden totalmente, pues hay Interrupción de la escolaridad y muy pocas adolescentes tienen la oportunidad de acabar sus estudios después de quedarse embarazadas ya que la mayoría debe abandonar el colegio para aprender a ocuparse de su hijo (37). En nuestra casuística de 33 adolescentes el 33.30% no era aceptado por los padres y por una falta de comunicación el 21.2% no sabían del estado de sus hijas.

En nuestro medio la violación sexual es un fenómeno similar a la que ocurre en Latinoamérica. Según la Organización Mundial de la Salud, La Universidad Cayetano Heredia, el Colegio Médico Perú, la asociación Flora Tristán, en Lima y Cuzco, una de cada cinco mujeres han sufrido violencia sexual antes de los cinco años y una de cada diez luego de haber cumplido 15 años. Pero no todas las mujeres que han sido violadas quedan embarazadas, sin embargo existe el riesgo de embarazo impuesto, contagio de enfermedades de transmisión sexual y VIH Sida (41). En el año 2000, el Comité de Derechos Humanos, le señaló al Estado Peruano que “es signo de inquietud que el aborto continúe sujeto a sanciones penales, aun cuando el embarazo sea producto de una violación” y le reiteró que la normatividad que penaliza esta conducta es incompatible con la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, el derecho a la vida y el derecho a no ser sometido a torturas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (41).

En Estados Unidos la violación es un serio problema, aproximadamente 78,000 casos fueron declarados en el año 1982 y actualmente, bordea los 140,000 casos. Esta cifra es todavía más impresionante si se tiene en cuenta que solamente se denuncian el 40

al 80% de las violaciones pero los embarazos ocurren en forma infrecuente. Un estudio determinó que se registraron solamente 0,6% de embarazos en 1290 víctimas de violación. En una serie de 3,500 violaciones en 10 años en el Hospital San Pablo de Minneapolis, no hubo un solo caso de embarazo. No obstante, algunos embarazos pueden ocurrir (42). En nuestra casuística Hospitalaria de 135 amenazas de aborto, solamente una refirió haber sido por violación. Las víctimas de violación que quedan embarazadas y que sabiamente eligieron mantener la vida de su hijo, la elección por el nacimiento es la elección que triunfa sobre la violación, es la elección del bien sobre el mal, el triunfo del amor sobre la violencia

En relación al uso de métodos anticonceptivos previo a la gestación, en casos de violación, solo un 43% de las víctimas tenían un potencial fértil por ser naturalmente estéril ó por ser muy joven o muy vieja, o quizá ya estuvo embarazada. Un 20% de las víctimas usaba MAC, tomando píldoras, llevaba un DIU o tenía la ligadura de trompas (42). En la encuesta efectuada en Chile (39) sólo el 35,8% de adolescentes utilizaba algún método anticonceptivo para protegerse en su primera relación sexual siendo el método más utilizado el condón con 27,3% de usuarios (27,1% en el sexo femenino y 27,6% en el sexo masculino), posteriormente los métodos de coito interrumpido, método de ritmo y las tabletas fueron utilizados pero de forma menos significativa. Afortunadamente para su salud reproductiva, a pesar de que la protección en esta primera relación sexual fue pobre el mayor porcentaje utilizó el método más eficaz para su protección. Otro estudio en México (40) revela que 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía, 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. Sin embargo, sólo 35% lo estaban utilizando. En nuestro Instituto Nacional Materno Perinatal en general de nuestras gestantes con amenaza de aborto casi el 90% no usaba ningún método anticonceptivo, ¿es que no tienen acceso a ellas? ¿no tienen la información necesaria que puede ser de sus padres, profesores o personal de salud? Pensamos que en las respuestas a estas y otras interrogantes pudieran estar la solución a la problemática de las relaciones sexuales de nuestras pacientes incluso adolescentes, pues nos atañe directamente ya sea cómo médicos, padres, docentes o simplemente como promotores de salud en nuestra comunidad.

En relación a la paridad, la edad gestacional y en cuanto al control prenatal coincidimos con las referencia que es mayor en multíparas, ocurre mayormente antes de las 12 semanas y la mayoría no tienen control prenatal, lo que nos revela problemas estructurales que tienen que ver con la economía de las familias, educación de la pareja, el machismo y la aceptación de los métodos anticonceptivos. Por otro lado en nuestras gestantes los antecedentes quirúrgicos y el periodo intergenésico

menor de 2 años juegan un rol medianamente determinante para el cuidado de una futura gestación por los porcentajes bajos que se muestran. Igualmente los antecedentes médicos de haber tenido una patología previa no extrema los cuidados de un próximo embarazo. En cuanto al cuadro clínico de días de sangrado, su inicio, dolor, si hubo rotura de membranas o incompetencia cervical, coincidimos con lo que señala la literatura en esos aspectos (1,2, 6). Los tratados de Obstetricia, como el de Williams, y el Manual Merck señalan que aproximadamente un 20 a 30% de las gestantes presentan hemorragia ó dolor cólico y casi la mitad pueden abortar espontáneamente (43).

En la evolución de la gestación se conoce que no todas las amenazas de aborto se pierden, sino que puede continuar su desarrollo normal. La revista electrónica los Portales Médicos (44) refiere que hasta el 20% de casos hay evolución favorable y que 30% termina como aborto incompleto a edad gestacional 7 a 10 semanas, otro autor Bennet (45) halla 9.8% en esa misma edad de embarazo. Coincidiendo con el primer autor el 80 % de nuestros casos continuó con su gestación normal y solo 12.58% se convirtieron en aborto incompleto.

Ecográficamente Pearston (24) en un estudio de hematomas subcoriónico refiere una incidencia amplia entre 4 y 48% y más frecuentes en el primer trimestre y que no se asocian a riesgos en la evolución del embarazo, Bennet (45) encuentra que en 9.8% son causantes de aborto, pero Nagy (46) si halla una asociación de riesgo entre estos hematomas y mayor tasa de cesáreas, preeclampsia, desprendimientos placentarios y complicaciones neonatales.

De la comparación de variables para la búsqueda de significación estadísticas y odds ratios revisando la literatura nacional e internacional, no hallamos estudios que señalen riesgos, pero destaquemos que la adolescencia, el embarazo no deseado y el control prenatal están relacionados significativamente con la amenaza de aborto, expresando mayor riesgo de ocurrencia de sangrado en ellos.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES**

Los Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto que tuvieron mayor relevancia en la población que acude al Instituto Nacional Materno Perinatal fueron, edad entre 20 y 35 años (60%), edad de la primera relación sexual entre 15 y 19 años ( 68.1%), el embarazo no deseado (41.5%), Indujeron el aborto (12.6%), no usaban métodos anticonceptivos (89.6%), el mayor número de casos se presentó en la paridad 2 a 5 (61.5%) y la gestación continuó en 80% de los casos.

Así mismo constituyen factores de riesgo evidente la edad menor a 20 años (OR = 2.88) y el embarazo no deseado (OR = 2.75), y el mayor factor protector es el control prenatal (OR =6.6).

En consecuencia, la Institución deberá adoptar medidas fundamentalmente educativas en los programas de adolescencia y planificación familiar en aras de disminuir la incidencia de esta complicación en el futuro de estas pacientes.

## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

1. Los resultados demuestran que la educación preventivo promocional es el camino para evitar amenazas de abortos.
2. Que el Ministerio de Salud incremente su presupuesto en la prevención y educación sanitaria, con planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de programas preventivos promociónales con diseminación de la información.
3. Que las futuras investigaciones en amenazas de aborto continúen con el seguimiento de los casos clínicos hasta el término de la gestación.
4. Habiendo demostrado que la adolescencia y el embarazo no deseado constituyen factores de riesgo muy significativos relacionados con la amenaza de aborto, las medidas preventivas y promocionales con programas educativos deben focalizarse más en ellas para salvaguardar la salud sexual y reproductiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. MEDLINE.Enciclopedia Medica – 2007 Dr.Adolfo de la Peña Llerand  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>2007
2. University of Maryland Medical Center- Amenaza de aborto.
3. Moreno Sandoval Miriam Rosa, et. al. - Complicaciones del Embarazo y Parto en pacientes que cursaron con Amenaza de Aborto en el primer trimestre Hospital Central de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz", UNMSM julio 2000-junio 2003
4. Enrique Gutierrez y Nereyda Ayala. Embarazo no deseado madres adolescentes 17 de septiembre de 2007 - México
5. Beatriz Eugenia Zamora et. al.- Factores Psicológicos y Sociales se relacionan con la morbilidad en el embarazo de adolescentes de 13-19 años de edad, en el Programa de Atención Materno de la Unidad de Salud del municipio de Izalco, en el Depart. de Sonsonate, Santa Ana, La Libertad, en el período de Enero – Diciembre del 2005
6. Zoraida Isabel Ruiz – Aborto- OMS. Aborto sin riesgos; Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. GINEBRA 2003 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005
7. Francisco Vargas Bocanegra, Jefe del Servicio de Emergencia Gineco-obstétrica de la Red Asistencial Rebagliati. Gestión Médica: hemorragias en el primer trimestre.2008
8. Joan Tincopa Langle- Salud Preventiva en el Perú- Organización Preventiva de la Salud - Mortalidad Materna -Octubre 14 -2005
9. Melanie N Smith MD Review Data 8 Julio 2007. [www.urac.org](http://www.urac.org)
10. Gutiérrez Teira Blanca -Atención de la mujer. Sem FYC Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
<http://salud.terra.es/web/mujer/especiales/muestra>.  
Violación Sexual - La Paz de Noviembre de 2002.
11. Percy Pacora Portella – Rommy Kendall Folmer- Revista Diagnostico Volumen 45 –N 4 Violencia contra la mujer en el Perú Octubre- Diciembre 2006
12. ENDES 2006
13. Dra. María Luisa Castelló, Causas y consecuencia de un embarazo no planificado en Adolescentes que asisten a sus controles Prenatales al Centro Adolescentes Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Octubre 2004

14. Sánchez de Masaya  
<http://shulerhugo.tripod.com/aborto.html> - 27 de noviembre 2007.
15. Dr. Delfino Cruz Cruz Jefe del departamento de obstetricia del hospital de la mujer de la secretaria de salud – comunicado de prensa N° 480  
[http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/datos/2005-09-16\\_1644.html](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2005-09-16_1644.html)
16. Wikipedia enciclopedia libre Inmunología de la reproducción Aborto Espontáneo.
17. Roberto Ortegón Páez – Natalia Salamanca -ABC del Bebe - Embarazadas protegiéndose de las infecciones - 14 Ago 2009 17:39:25 GMT
18. Lorenzo Osorno Covarrubias, et al - Factores maternos relacionados con prematuridad . Ginecología Obstétrica Mex 2008 ;76(9):526-36
19. Caizabanda Jerez, Manuel et al - Evaluación de los niveles de progesterona en la amenaza de aborto - Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora Quito; Sept. 1999. LILACS 261945 pg. 97
20. Isabel Perancho - Embarazo: Consumir tabaco en la gestación causa anomalías genéticas en el feto.-12 de Marzo de 2005, número 609
21. Víctor Miranda H, y Jorge A. Carvajal C. - Análisis Critico del Manejo de la Incompetencia Cervical - Laboratorio de Medicina Materno-Fetal.- Pontificia Universidad Católica de Chile- Rev. Chilena Obstet Ginecolg v 68 n 4 Santiago 2003, pg. 337-342
22. José Jaime Martínez,-Relaciones Sexuales durante el Embarazo - consulta sexual 24 Jun 2009 07:21:27 GMT – México.  
[www.consultasexual.com.mx](http://www.consultasexual.com.mx)
23. Diccionario Médicos Cubanos – Hematoma Retroplacentario.
24. Fernando Basso.- ¿En embarazos menores de 12 semanas con hematoma subcorial, el uso de progesterona disminuye la tasa de abortos? UMBE-UC (Unidad de Medicina Basada en Evidencia - Universidad de Chile) 15 de Mayo del 2003
25. Lede R, Duley L- Miorrelajantes uterinos para la amenaza de aborto espontáneo- Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford
26. Sebastián Manzanares y Carlos Santiago -Utilidad del Doppler en el Diagnóstico y Pronóstico de las Hemorragias del Primer Trimestre - Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) 2008 - España
27. Arias Fernando. Hemoglobina en gestantes Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2000 Ecott. y Pritchard.
28. Ganson Purcell Jr., MD, FACOG, FACPE Amenaza de aborto definición - ultima revisión Agosto 2007

29. Carmen Gonzáles Suárez – Educación Sexual: Montería – Córdoba Colombia 11 Mayo 2009  
[www.east-net.net/rafaele/embarzoadolescentes.html](http://www.east-net.net/rafaele/embarzoadolescentes.html)
30. Luz García García –LILACS Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. -av. enferm .XXVI (1): 22-35, Enero –Junio 2008
31. Arnoldo Pérez Rodríguez et al - Factores Sociales Asociados al embarazo precoz en el área de salud "28 de septiembre"- MEDISAN 2001;5(1):31-34
32. Monografía.com – Causas del Aborto – Katerine Santos Jesus- Universidad Inca Garcilazo de la Vega - 2007
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – Guía para la Vigilancia de la Mortalidad Perinatal Infantil y de la Niñez - El Salvador Mayo 2005 Pág. 9
34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna 2004 – 2008 – Guatemala.
35. Melanie N.Smith -ADAM - American Accreditation HealthCare Commission  
Actualizado: 8 de Julio del 2007
36. Ministerio de Salud Perú- Soy Adolescente y Tengo los Mismos Derechos - Estrategias Sanitaria Nacional de Salud Reproductiva (ESNSSR) 2008
37. Syddney Potoy- Causas y Consecuencias de un Embarazo No Planificado en Adolescentes- Hospital Bertha Calderón Managua, Octubre 2004.
38. INEI – Salud Reproductiva Pobreza y condiciones de vida en el Perú  
[www.inei.gob.pe/1999](http://www.inei.gob.pe/1999)
39. José Ramón Cutie S. et al Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología versión on line ISSN 0717-7526- Santiago 2005; 70(2) 83-86
40. Núñez-Urquiza RM, et al. - Embarazo No deseado en adolescentes y Utilización de métodos anticonceptivos post parto- Salud Pública México 2003; 45 supl. 1:S92- S102
41. Jeanine De Llaja - Alerta Demus 25 noviembre 2006  
<http://www.demus.org.pe/alertas/aurtall/violencia>
42. Jorge M. Wagner - Catholic.net El embarazo por Violación  
[es.catholic.net/sexualidadybioetica/...](http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/)
43. Tratado de Obstetricia - Anomalías del Embarazo- Manual Merck. Tripod.Com  
Capitulo 252 [manualmerck.tripod.com/MMCap252.htm](http://manualmerck.tripod.com/MMCap252.htm)
44. Clara Gallego - Revista electrónica de PortalesMédicos.com - 28 Marzo 2008  
[www.portalesmedicos.com/](http://www.portalesmedicos.com/)
45. Bennett G et al.Hematoma Subcorionico Radiology 1996;200:803-6)
46. Nagy S. Hematomas subcorionico Obstet Gynecol 2003;102:94-100).

**ANEXO A**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS  
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS- INMP**

**Nombre:**.....**Hist. Clínica**..... **Fecha:**.....

**Edad:** <20  20-35  >35

**Grado de Instrucción:**

Iletrado  Primaria  Secundaria  Superior Instituto  Superior Univer

**Estado civil:** Soltera  Conviviente  casada  Divorciada

**Ocupación:**

Obrera  Ama de casa  Estudiante  Profesional

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAL Y SEXUALES**

Embarazo actual por Violación: Si  No

Embarazo actual deseado: Si  No

Nº de Parejas Sexuales: 1:  2-3:  >3:

Edad de la pareja: Edad: <20  20-35  >35

Frecuencia de Relaciones Sexuales por Semanas: <2  2-3  >3

Acepto la pareja el embarazo: Si  No

Inducción del Aborto: Si  No

Utilizo algún Métodos Anticonceptivos previa gestación:

DIU  ACO  ACD  Condón  Otro  Ninguno

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

GestaPara G1  G2-G5  > G6

Edad gestacional: Sem. < 8 sem  9 – 12 sem  13-22 sem

CPN: Si  No

Post Operada de Quiste de Ovario Si  No

Cesárea Anterior Si  No

Cirugía previa Mioma  Fibroma  Embarazo Ectópico

## ANTECEDENTES MÉDICOS

TBC Si  No

ITU Si  No

Hepatitis Si  No

Candidiasis genital Si  No

Hipertiroidismo Si  No

Rubiola Si  No

Anemia Si  No

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Nº días de sangrado 1  2-3  >3

Inicio sangrado: Espontáneo

Relaciones sexuales y esfuerzos

Dolor: Si  No

Rup. de Mb: Si  No

Incompetencia cervical Si  No

## EXAMENES AUXILIARES

Hemoglobina

Ecografía: Hematoma- Retroplacentario

Subcorial

Placenta - Oclusiva

Normal

## EVOLUCION

Aborto Inevitable

Aborto Incompleto

Continúa su gestación

