

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES INTERNADAS CON AMENAZA DE ABORTO Y PARTO PREMATURO. HOSPITAL “SAN JOSÉ”. MUNICIPIO CULPINA. GESTIÓN 2017.

RISK FACTORS IN INTERNAL WOMEN WITH THREAT OF ABORTION AND PREMATURE BIRTH. SAN JOSE HOSPITAL”. CULPINA MUNICIPALITY MANAGEMENT 2017

1 Matías Maturano Linda Alejandra

1 Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca. Internado Rotatorio. Rotación de Salud Pública. Municipio Culpina. Facultad Medicina.

Recibido: 10 abril 2017
Aceptado: 6 mayo 2017

RESUMEN

En el Hospital San José del municipio de Culpina se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo transversal con el objetivo de identificar los factores de riesgo que presentan las mujeres gestantes internadas con amenaza de aborto y parto prematuro, en el servicio de ginecología - obstetricia durante los meses de enero a marzo de la gestión 2017. Se trabajó con un total de 12 pacientes internadas con amenaza de aborto y parto prematuro.

De acuerdo con el estudio realizado las características sociodemográficas más relevantes son el grupo etáreo ya que la incidencia en amenazas de aborto y parto prematuro se encontró entre 30-34 años de edad (5 mujeres gestantes), seguido del grupo etáreo de 15-19 años de edad (3 mujeres) y la ocupación donde que se observó fue en la población gestante de amas de casa.

Los factores de riesgo más relevantes que se presentaron en mujeres gestantes internadas con amenaza de aborto y parto prematuro corresponden a infección urinaria baja y vaginosis bacteriana mixta, que se presentó en 5 mujeres gestantes.

El estudio provee información cuantitativa sobre la patología, así como permite identificar diversidad de problemas durante el periodo de ingreso y la permanencia en el servicio y también poner en conocimiento factores de riesgo de una amenaza de aborto y parto prematuro en madres gestantes.

PALABRAS CLAVE:

Factores de riesgo, amenaza de aborto, parto prematuro, Municipio de Culpina, infección urinaria baja, vaginosis bacteriana mixta.

SUMMARY

In the San José Hospital of the municipality of Culpina, an observational cross-sectional descriptive study was conducted with the objective of identifying the risk factors presented by pregnant women interned with threatened abortion and premature delivery, in the gynecology-obstetrics service during the months from January to March of the 2017 management. We worked with a total of 12 hospitalized patients with threatened abortion and premature delivery.

According to the study carried out, the most relevant sociodemographic characteristics are the age group since the incidence in threats of abortion and premature birth was between 30-34 years of age (5 pregnant women), followed by the age group of 15-19 years of age (3 women) and the occupation where it was observed was in the pregnant population of housewives.

The most relevant risk factors that occurred in pregnant women interned with threatened abortion and premature delivery correspond to low urinary infection and mixed bacterial vaginosis, which occurred in 5 pregnant women.

The study provides quantitative information about the pathology, as well as allows to identify the diversity of problems during the period of admission and the permanence in the service and also to put into knowledge risk factors of a threat of abortion and premature birth in pregnant mothers.

KEYWORDS:

Risk factors, threatened abortion, premature birth, Municipality of Culpina, low urinary tract infection, mixed bacterial vaginosis.

INTRODUCCIÓN

En el área de conocimiento científico obstétrico, la prematuridad es el principal problema perinatal y ello se debe a las graves repercusiones personales, familiares, sociales y económicas que conlleva al alto índice de morbilidad perinatal. Se puede afirmar que esta patología representa las tres cuartas partes de la mortalidad perinatal y prácticamente la mitad de las afectaciones neurológicas. Otras consecuencias o complicaciones graves, aparte de las neurológicas provocadas por la hipoxia cerebral, que se producen en los recién nacidos de prematuridad temprana son, por orden de frecuencia, el síndrome de la membrana hialina, la displasia broncopulmonar, la hemorragia intraventricular grado III-IV, la enterocolitis necrotizante y otros más excepcionales. Todas ellas precisan ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales. (1)

En España la prevalencia de la prematuridad está en torno al 10 % de todos los partos siendo las más minoritarias, afortunadamente, la prematuridad extrema (22-27 semanas) y la prematuridad moderada (28-31 semanas), ya que ambas suman un 20% de todos los nacidos prematuramente. La prematuridad leve o tardía (32-36 semanas), puede presentar morbilidad perinatal, pero es mucho menos frecuente.

Los grandes avances en biología celular y molecular que han tenido lugar en los últimos años han producido poco impacto en el conocimiento de la fisiopatología del útero y la unidad feto-placentaria. De hecho, actualmente el mecanismo exacto desencadenante del parto a término en la especie humana es desconocido. Lo mismo puede aplicarse al parto pretérmino, ya que las posibles causas implicadas son objeto de numerosas investigaciones que, a la fecha de hoy, no han aclarado por completo su etiopatogenia. Es necesario distinguir entre parto pretérmino electivo y parto pretérmino espontáneo. El primero (alrededor de un 25 % de todos los partos pretérmino) es la consecuencia de ciertas complicaciones del embarazo (preeclampsia, CIR severo, hemorragias anteparto, etc.), que obligan al obstetra a finalizar la gestación en interés de la salud materna o el bienestar fetal. El segundo es el que ocurre sin intervención médica, ya sea por causas conocidas (infección, daño vascular, sobre distensión uterina, reconocimiento alógeno anormal, estrés) o desconocidas (estas últimas hasta en el 50 % de los partos pretérmino). Se considera que el parto a término y el parto pretérmino son un mismo proceso. Se presentan en distintas edades gestacionales pero comparten la llamada "vía común del parto". Desde el punto de vista clínico, esta vía común incluye todos los

procesos anatómicos, hormonales, inmunológicos y clínicos que ocurren en la madre y el feto, y que tienen lugar tanto en el parto a término como en el pretérmino. Sin embargo, todavía es necesario completar en el futuro esta definición desde otros campos no bien conocidos, como la biología molecular, la proteómica y la genómica funcional (cambios en el mRNA, proteínas, parámetros funcionales, etc.)

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra va aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas.

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

La prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienza con un embarazo saludable. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la atención prenatal incluyen intervenciones esenciales que ayudan a prevenir el parto prematuro, como el asesoramiento sobre la dieta saludable y la nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias, las mediciones ecográficas del feto, que ayudan a determinar la edad gestacional y a detectar los embarazos múltiples, identificar y tratar otros factores de riesgo, como las infecciones, disminuiría el número de nacimientos prematuros. De esta manera nos preguntamos: ¿Cuáles serán los factores de riesgo para la amenaza de aborto y amenaza de parto prematuro que presentan las mujeres internadas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital "San José", Red VI - Camargo del municipio de Culpina durante los meses de enero a marzo de la gestión 2017?

La prematuridad es la principal causa de Mortalidad Neonatal y de complicaciones neonatales a corto plazo, tales como depresión al nacer, Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), hemorragia intraventricular,

sepsis, retinopatía del prematuro (ROP), ictericia, trastornos de la alimentación, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), ductus arterioso persistente, apneas. A largo plazo, es causa de complicaciones severas como parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, retraso mental y madurativo, déficit del neurodesarrollo, menor rendimiento escolar, compromiso de la visión y de la audición. Estos riesgos aumentan en forma inversamente proporcional a la edad gestacional en la que se haya desencadenado el nacimiento.

Es así que esta investigación será de utilidad y relevancia científica, porque los resultados de la misma podrán ser usados por los responsables en salud, para que en base a esto se pueda dar una medida adecuada a la población gestante y así evitar, prevenir y/o tratar en caso de presentarse Amenaza de aborto y parto prematuro, ya que en Bolivia es una de las principales causas de mortalidad neonatal, siendo un problema tan antiguo como la humanidad misma, un diagnóstico certero hace que un tratamiento específico, sea eficaz para la paciente, pero la no identificación precoz que culmina en una serie de complicaciones, significa que no logramos el objetivo; por esta razón se plantea la necesidad de enfocar los métodos de control a los grupos de más alto riesgo. Incluso los países que se están acercando a disminuir la mortalidad neonatal, pero, contando con sectores en los cuales las mismas pueden llegar a adquirir mayores proporciones.

Aun los países en desarrollo que tienen altos índices de mortalidad neonatal por Amenaza de parto prematuro, con frecuencia obtendrían un mayor rendimiento de sus recursos si identificaran los "Factores Predisponentes" que siempre existen, para concentrar en ellas sus mejores esfuerzos y programas educativos.

Con este estudio se pretende contribuir, a la mejor educación de la población mediante los responsables de Salud, dotando así datos actuales, fidedignos de la realidad local respecto a esta temática para poder educar a la población y reducir el índice de factores predisponentes, para tener como objetivo, disminuir la mortalidad neonatal en Bolivia.

Al tener conocimiento de la situación actual en el Hospital San José- Culpina del departamento de Chuquisaca, se contribuirá a cumplir a cabalidad con la aplicación de protocolos de enseñanza a la población gestante que constituye en todo momento una gran prevención y una buena conducta frente a los factores predisponentes de Amenaza de Parto Prematuro. Ya que la comunicación pero basada en evidencia

permitirá adoptar medidas dirigidas a los grupos más vulnerables.

Con el objetivo de mejorar los resultados y permitir un uso más eficiente de los recursos, el desarrollo de recomendaciones y guías de práctica clínica requiere de un enfoque basado en la evidencia científica disponible.

MATERIAL Y MÉTODOS

El enfoque investigación es cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo. La población de estudio que se tomó en cuenta en la investigación, fueron todas las mujeres gestantes que se internaron durante los meses de enero a marzo de la gestión 2017 con amenaza de aborto y/o parto prematuro en el servicio de ginecología-obstetricia del Hospital San José del municipio de Culpina, que fueron en total 12, las mismas que constituyen la población de estudio de esta monografía. El estudio se realizó con el 100% de estas mujeres.

La Unidad de Estudio fue mujeres gestantes con amenaza de aborto y/o parto prematuro que fueron internadas en los meses de enero a marzo en el Hospital San José del municipio de Culpina de la gestión 2017.

Para la presente investigación se realizó la recolección de datos mediante historias clínicas de las mujeres gestantes con amenaza de aborto y parto prematuro internadas en el servicio de ginecología-obstetricia del hospital de San José del municipio de Culpina. De dichas historias se pudo recabar datos como ser: Edad; antecedentes gineco-obstétricos (gestas, partos, cesáreas, abortos, periodo intergenésico); examen físico (modificación cervical); estudios de laboratorio (examen general de orina, examen bacteriológico); estudios de gabinete como ser ecografía obstétrica; tratamiento recibido.

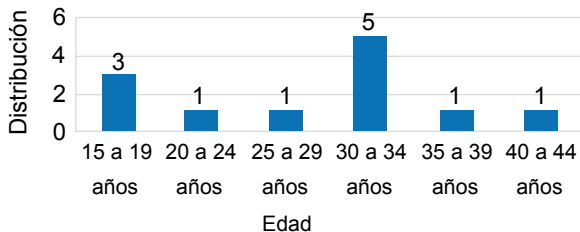
Para el procesamiento y análisis de datos después del recojo de información, se procedió a ordenar, revisar las historias clínicas, luego se tabuló con la ayuda del paquete informático Excel, para luego presentarlo en tablas, gráficos y se procedió a su análisis.

El procedimiento ético fue el respeto a los principios de la Bioética, manteniendo la confidencialidad en la identidad de las participantes, además que el estudio no presentó ningún riesgo para las participantes. Se solicitó el permiso correspondiente para poder hacer uso de las historias clínicas y así socializar la información al culminar la investigación.

RESULTADOS

Los resultados encontrados en la presente investigación nos muestran los siguientes resultados:

GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
GESTANTE SEGÚN EDAD



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de la población gestante se encuentra entre los 30 a los 34 años de edad, es decir, de 12 mujeres gestantes internadas 5 corresponden al grupo etéreo ya mencionado. Resultado que concuerda con la bibliografía ya revisada.

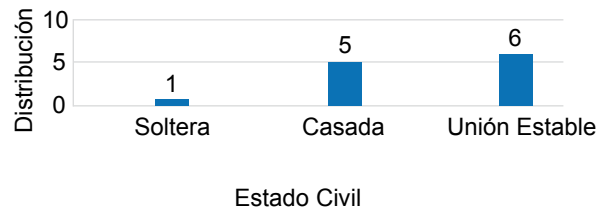
GRÁFICO N°2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
GESTANTE SEGÚN OCUPACIÓN GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

Se observa que la mayoría de las mujeres gestantes 10 se dedican a las labores del hogar, es decir, de cada 12 pacientes 10 son amas de casa.

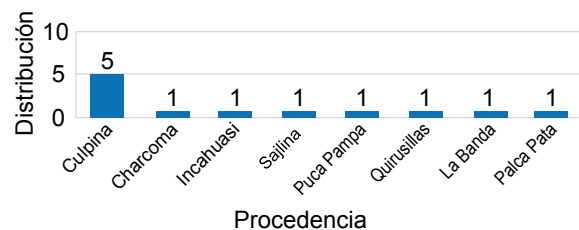
GRÁFICO N°3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
GESTANTE SEGÚN SU ESTADO CIVIL



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

De 12 mujeres gestantes que se tomaron en cuenta en el estudio 6 viven en unión estable, sin embargo, cabe resaltar que 5 pacientes son casadas.

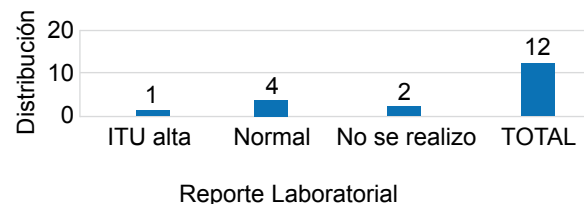
GRÁFICO N°4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE
SEGÚN SU PROCEDENCIA GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de la población de estudio son procedentes de Culpina, es decir, de cada 12 mujeres gestantes 5 son de Culpina.

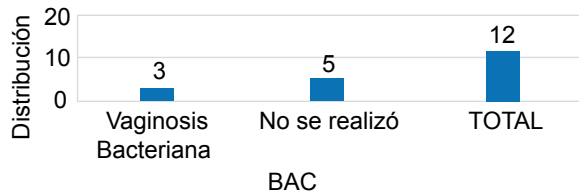
GRÁFICO N°5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE
SEGÚN EL REPORTE LABORATORIAL-EXAMEN
GENERAL DE ORINA



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de las mujeres gestantes que se realizaron examen general de orina presentaron infección de vías urinarias bajas, es decir, de 12 mujeres internadas en el servicio de gineco-obstetricia 5 presentaron dicha infección.

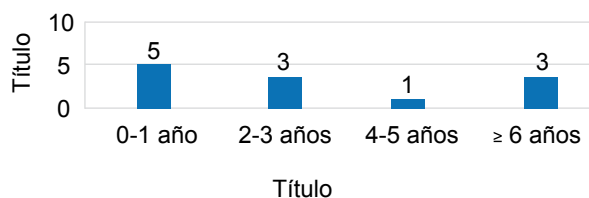
GRÁFICO N°6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE SEGÚN EXAMEN BACTERIOLÓGICO GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de las mujeres gestantes a las que se realizó la prueba de bacteriológico presentaron vaginosis bacteriana mixta, es decir, de 12 mujeres gestantes internadas 4 presentaron dicha patología. A las pacientes que no se realizó el estudio fue porque presentaron metrorragia.

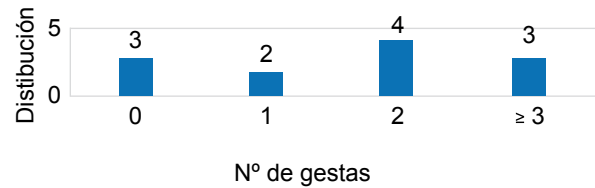
GRÁFICO N°7
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE DE ACUERDO AL PERIODO INTERGENÉSICO



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

Se observa que la mayor parte de las mujeres gestantes presentó un periodo intermenstrual corto, menor al 1 año.

GRÁFICO N°8
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE SEGÚN EL NÚMERO DE EMBARAZOS - ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICO GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

Se observa que la mayor parte de las mujeres gestantes presentó solo 2 embarazos antes del embarazo actual.

GRÁFICO N°9
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE SEGÚN EL NÚMERO DE ABORTOS- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de la población gestante no presentó ningún aborto previo al embarazo actual.

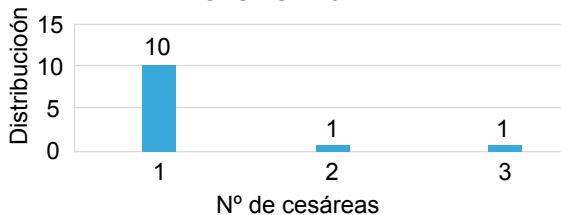
GRÁFICO N°10
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE SEGÚN EL NÚMERO DE PARTOS VAGINALES- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de las mujeres gestantes que se interno tuvo de 1 a 2 partos vaginales antes de embarazo actual.

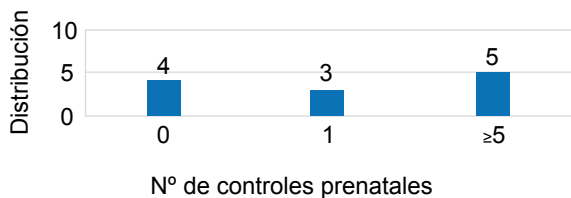
GRÁFICO N° 11
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE
SEGÚN EL NÚMERO DE CESÁREAS-
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de las mujeres gestantes no tuvieron ni una cesárea antes del embarazo actual, es decir, que de 12 pacientes internadas 10 si tuvieron una cesárea.

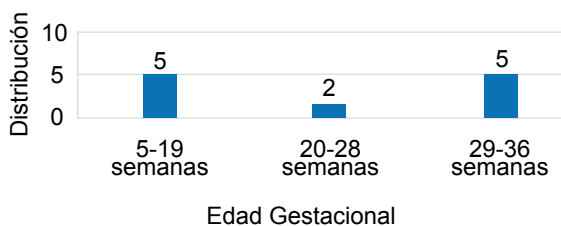
GRÁFICO N°12
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
GESTANTE SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES
PRENATALES EN CENTROS



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de mujeres gestantes que presentaron amenaza de aborto y amenaza de parto prematuro tuvieron más de 5 controles prenatales en centros hospitalarios

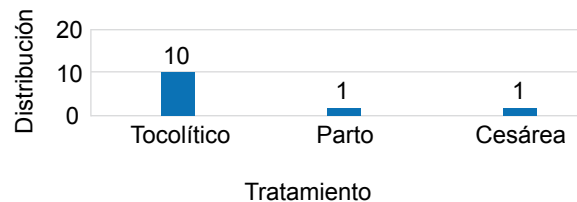
GRÁFICO N° 13
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
GESTANTE SEGÚN A LA EDAD
GESTACIONAL GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

De 12 mujeres gestantes internadas 5 cursaron con amenaza de aborto siendo su edad gestacional entre 5-19 semanas y 5 cursaron con amenaza de parto prematuro, con una edad gestacional entre 29-36 semanas.

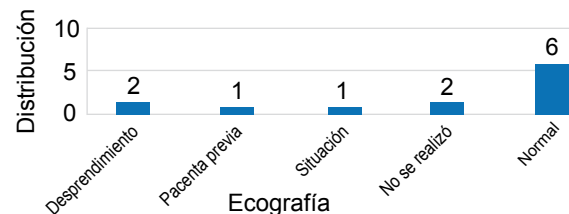
GRÁFICO N° 14
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
GESTANTE SEGÚN EL TIPO DE
TRATAMIENTO ADECUADO A LA PATOLOGÍA



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

Observamos que de 12 mujeres gestantes internadas con amenaza de aborto y/o amenaza de parto prematuro 10 respondieron favorablemente al tratamiento tocolítico, sin embargo, 2 llegaron a desencadenar parto y cesárea.

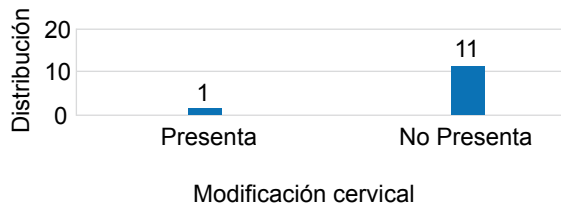
GRÁFICO N°15
DISTRIBUCIÓN DE LA
POBLACIÓN GESTANTE SEGÚN
ECOGRAFÍA GESTIÓN 2017



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

De 12 mujeres gestantes internadas 6 presentaron un reporte ecográfico dentro de parámetros normales.

GRÁFICO N°16
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
GESTANTE SEGÚN DE ACUERDO
A LA PRESENCIA O NO DE MODIFICACIÓN



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas de mujeres gestantes internadas en el Hospital San José del Municipio de Culpina. Red VI Camargo. Chuquisaca.

La mayor parte de las mujeres gestantes internadas no presentaron modificación cervical, sin embargo, cabe resaltar que la paciente que presentó modificaciones cervicales llegó a desencadenar el parto.

CONCLUSIONES:

De acuerdo con el estudio realizado las características sociodemográficas de las mujeres de estudio corresponden a la edad, ocupación, estado civil y procedencia. Siendo los más relevantes el grupo etáreo ya que la incidencia en amenazas de aborto y parto prematuro se encontró entre 30-34 años de edad (5 mujeres gestantes), seguido del grupo etáreo de 15-19 años de edad (3 mujeres); la ocupación donde se observa que la mayoría de la población gestante son amas de casa.

Según el estudio realizado los factores de riesgo que se presentaron en mujeres gestantes internadas en el servicio de ginecología – obstetricia en el Hospital San José del Municipio de Culpina con amenaza de aborto y parto prematuro corresponden a infección de vías urinarias; infecciones vaginales; periodo intergenésico; antecedentes gineco-obstétricos, número de controles prenatales y edad gestacional. Siendo los factores de riesgo más relevantes infección urinaria baja y vaginosis bacteriana mixta, que se observó en 5 mujeres gestantes internadas.

El tratamiento más utilizado en mujeres gestantes internadas en el servicio de ginecología – obstetricia en el Hospital San José del Municipio de Culpina con amenaza de aborto y parto prematuro corresponde a un tratamiento tocolítico que fue utilizado en 10 mujeres gestantes quienes continuaron con su embarazo; sin embargo 2 mujeres del estudio desencadenaron trabajo de parto, por lo que no se pudieron someter

al tratamiento tocolítico, finalizando su embarazo en parto y cesárea.

Según el estudio ecográfico se observó que 6 mujeres gestantes contaban con un reporte ecográfico normal, sin embargo, en 2 se detectó desprendimiento de placenta.

RECOMENDACIONES:

Incrementar las acciones de promoción y educación para la salud, dirigidas a elevar el conocimiento sobre la fisiología del embarazo y factores de riesgo desencadenantes de Amenaza de aborto y parto prematuro y con ello contribuir a desarrollar hábitos y conductas saludables.

Presentar a las autoridades los resultados de esta investigación, con el propósito de diseñar estrategias de intervención multidisciplinaria para mejorar las condiciones socio-ambientales del área estudiada y con ello favorecer su estado de salud.

Se recomienda profundizar este estudio que se efectúa en las mujeres gestantes, con la incorporación de mayor número de variables que permitan conocer más a fondo la problemática, para lograr en un futuro disminuir la morbi-mortalidad neonatal y materna en nuestro país y evitar de esta manera patologías depresivas en la mujer en las distintas etapas evolutivas de esta patología.

Se constituye en una necesidad mejorar el nivel de información, educación, comunicación acerca de Amenaza de aborto y parto prematuro y sus factores de riesgo.

Realizar un seguimiento a las mujeres gestantes desde el primer control prenatal, realizar todos los estudios diagnósticos para identificar factores de riesgo de manera precoz, así como también una mayor capacitación al personal de salud que ejerce en las postas sanitarias, con cursos intensivos acerca del llenado correcto del carnet prenatal, ya que nos permite ser el primer filtro para evitar complicaciones durante el embarazo, y disminuir el índice de muertes de mujeres y neonatos que en muchos de los casos son el pilar fundamental de miles de familias bolivianas, disminuyendo de una forma paralela las desintegraciones y uniones familiares que se producen cuando esta patología acaba con la vida de muchos sueños.

Plantear una estrategia de seguimiento adecuado para las infecciones urinarias e infecciones vaginales en las

embarazadas que lo presenten, dado que es un factor de riesgo modificable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Arias F: Early Pregnancy Loss. Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery. Mosby Year Book, St. Louis, 1993. Página 55-70.
2. Leach R and Ory S. Modern Management of Ectopic Pregnancy. J Reprod Med 1989; 34(5): 324-336.
3. Oyarzún E, Serani A: Aborto Precoz: Error de la Naturaleza o Falta de Espíritu Crítico Rev Med Chile 1994; 122: 454-458.
4. Postabortion Infección and Septic Shock. En: Infectious Diseases of the Female Genital Tract. Sweet R, Gibbs R (eds) II edición. Williams & Wilkins, USA, 1990.
5. Threatened Abortion and Abnormal First Trimester Intrauterine Pregnancy. En: Transvaginal Ultrasound, Nyberg, D. (ed) I edición. Mosby Year Book, USA, 1992
6. Luis E. Tsng; Juan F. Mere. La incidencia de embarazos gemelares en la población general es de un 1,5 %. En técnicas de fecundación asistida puede alcanzarse el 20 %. Ginecología y Obstetricia. Vol. 42, n.º 3, diciembre de 1996.
7. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». Obstet Gynecol (March 1887) 63: pp. 333-7. PMID 3822281.
8. KidsHealth.org (marzo de 2017). Calendario semanal del embarazo. Editado por Elana Pearl Ben-Joseph y The Nemours Foundation. Último acceso 29 de enero de 2008.
9. MedlinePlus.gov. Progesterona. Medlineplus.gov; marzo 2017(Actualizada el 25 de enero de 2008). Disponible en Medlineplus.gov/progesterona.
10. Enbuenasmanos.com. Crianza Natural - El Primer Mes (en español). Vida Sana: Embarazo; marzo 2017(Actualizada el 28 de enero de 2008).
11. CareFirst BlueChoice, Inc. Blue Cross and Blue Shield Association (junio de 2004). «Molestias durante el embarazo» (en español). Enciclopedia. Consultado el 25 de enero de 2008.
12. Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez; Sergio Azcárate Sánchez Santos (1997-1998). «Cambios fisiológicos durante el embarazo». Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia libro 1 (Vigilancia prenatal): pp. 18. Consultado el 25 de enero de 2008.
13. Juan Aller y Gustavo Pagés - Fundación Aller para Estudios de Fertilidad (enero de 2007). «Diagnóstico de Embarazo» (en español). Consultado el 29 de enero de 2008.
14. Elgueta V, Patricia (2005). «Diagnóstico del Embarazo» (en español). Universidad de Chile - Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia. Consultado el 26 de enero de 2008.
15. Instituto Químico Biológico. Signo de GOODELL Diccionario de Términos Médicos. Último acceso 26 de enero de 2008.
16. Medline Plus. Ultrasonido de una placenta normal - Braxton Hicks»(en español). Enciclopedia médica en español. Febrero 2017 (Actualizada el 29 de enero de 2008). Disponible en medlineplus.gov//ultrasonido de placenta normal.
17. MCG Health System (octubre de 2007). «Glosario - Embarazo y Nacimiento» (en español).Health Information > Embarazo y Parto. Consultado el 29 de enero de 2008.
18. BebesYmas.com. Contracciones de Braxton Hicks; febrero 2017. (Actualizada el 29 de enero de 2008). Disponible en bebesymas.com.
19. MEDLINE. Enciclopedia Médica. Dr. Adolfo de la Peña Llerandi; febrero 2017 (Actualizada en marzo 2007). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html> 2007.
20. 41Monografías.com. Salud. Marzo 2017 (Actualizada en 28 de enero de 2008) Disponible en: www.monografias.com.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gori Jorge R, Lorusso Antonio. Aborto. Cap 14. En: Ginecología de Gori. 2ª ed. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2010. p. 243-255.
2. Linares Padilla Gróver. Metodología de la investigación. Cap 1. En: Apuntes de Salud Pública I. Sucre. 2011. p. 4-89.
3. Recari Elizalde E, Lara Gonzalez JA, Engels V. El embarazo y parto gemelar. Cap 49. En: Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Editorial Gráficas Marte. Madrid. 2007. p. 401-414.
4. Schwarcz Ricardo, Fescina Ricardi, Duverges Carlos. Embarazo patológico. Cap. 8. En: Obstetricia Schwarcz-Sala-Duverges. 6ª ed. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2015. p. 193-290.