

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“AMENAZA DE ABORTO Y RESULTADOS NEONATALES,
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ – 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. PONTE MORILLO, Marisel Yiraldin

Bach. ROSALES CABANA, Yakelin Karen

Asesora: RODRIGUEZ FIGUEROA, Ada Eudocia

HUARAZ – PERÚ

2019



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: Ponte Morillo Marisel Yiraldin
Código de alumno: 102.1004.126 Teléfono: 979209805
Correo electrónico: marisel_ponte1992@hotmail.com DNI o Extranjería: 46773867

2. Modalidad de trabajo de investigación:

- Trabajo de investigación Trabajo académico
 Trabajo de suficiencia profesional Tesis

3. Título profesional o grado académico:

- Bachiller Título Segunda especialidad
 Licenciado Magister Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

AMENAZA DE ABORTO Y RESULTADOS NEONATALES, HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ – 2018

5. Facultad de: Ciencias Médicas

6. Escuela, Carrera o Programa: Obstetricia

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: Rodríguez Figueroa Ada Eudocia Teléfono: 945129235
Correo electrónico: adita02_2@hotmail.com DNI o Extranjería: 06905249

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: 
D.N.I.:

FECHA:



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: Rosales Cabana Yakelin Karen
Código de alumno: 122.1004.145 Teléfono: 926179340
Correo electrónico: yakelinkarenrosalescabana@gmail.com DNI o Extranjería: 70119408

2. Modalidad de trabajo de investigación:

- Trabajo de investigación Trabajo académico
 Trabajo de suficiencia profesional Tesis

3. Título profesional o grado académico:

- Bachiller Título Segunda especialidad
 Licenciado Magister Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

AMENAZA DE ABORTO Y RESULTADOS NEONATALES, HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ – 2018

5. Facultad de: Ciencias Médicas

6. Escuela, Carrera o Programa: Obstetricia

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: Rodríguez Figueroa Ada Eudocia Teléfono: 945129235
Correo electrónico: adita02_2@hotmail.com DNI o Extranjería: 06905249

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: 

D.N.I.:

FECHA:

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios por guiar mis pasos y darme fuerzas para levantarme y no decaer ante las adversidades; A mis padres; Gloria y Máximo por haberme acompañado en esta etapa de mi formación profesional, por su amor, paciencia, comprensión que día a día me brindaron para que pueda cumplir con cada una de mis metas trazadas.

Marisel

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban. A mis padres Elizabeth y Orlando por su apoyo, consejos, comprensión y ayuda en los momentos difíciles, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores mis principios, mi perseverancia para seguir con cada uno de mis objetivos.

Yakelin

AGRADECIMIENTO

Ante todo, a Dios por darme la vida, perseverancia y sabiduría por haber hecho realidad mis sueños de culminar un peldaño más en mi vida. Agradezco a mis padres, a mi hijo y profesores de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, que fueron piezas claves en mi vida y en este camino que empecé hace 5 años en estudiar la carrera de obstetricia.

Marisel

A Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional, también agradecer a mis profesores, porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación. Reiterando el agradecimiento a mis padres que son mi motor y motivo de seguir adelante.

Yakelin

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPOTESIS	12
3. BASES TEORICAS	14
4. MATERIALES Y METODOS	31
5. RESULTADOS	38
6. DISCUSIÓN	42
7. CONCLUSIONES	45
8. RECOMENDACIONES	46
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Se planteó la interrogante: ¿La amenaza de aborto es un factor de riesgo asociado a resultados neonatales como peso del RN, APGAR y percentil, en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – 2018? Objetivo general: determinar la amenaza de aborto como factor de riesgo asociado a resultados neonatales en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – 2018. Hipótesis: la amenaza de aborto es un factor de riesgo asociado a resultados neonatales como peso del RN, APGAR y percentil, en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz – 2018. Metodología: analítico, retrospectiva y observacional. Población: 309 gestantes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia; y la muestra conformada por 74 gestantes con amenaza de aborto (casos) y 74 gestantes que no tuvieron amenaza de aborto (controles). Instrumento utilizado fue ficha de recolección de datos, procesado mediante el programa SPSS V22.0. Realizando la contratación de la hipótesis mediante la prueba estadística Odds Ratio (OR), se tuvo los siguientes resultados: el peso del recién nacido (OR 5.1) es un factor de riesgo para la amenaza de aborto, el Apgar al 1 y 5 minuto (OR 2.9 y 20.1) es un factor de riesgo para la amenaza de aborto en las gestantes y el percentil (OR 6.5) es un factor de riesgo para la amenaza de aborto en las gestantes. Conclusiones la amenaza de aborto se presentó como un factor de riesgo a los resultados neonatales.

Palabras claves: amenaza de aborto, gestantes, factor de riesgo, edad gestacional, Apgar, percentil.

ABSTRACT

In the investigation the question was raised: Is the threat of abortion a risk factor associated with neonatal outcomes such as RN weight, gestational age, apgar and percentile, at the Víctor Ramos Guardia de Huaraz Hospital - 2018 ?, with the general objective to determine the threat of abortion as a risk factor associated with neonatal outcomes at the Víctor Ramos Guardia de Huaraz Hospital - 2018; Hypothesis: The threat of abortion is a risk factor associated with neonatal outcomes such as RN weight, gestational age, apgar and percentile, at the Víctor Ramos Guardia Huaraz Hospital - 2018. Analytical, retrospective and observational research, with a sample of 309 pregnant women treated in the Gynecology and Obstetrics area of the Víctor Ramos Guardia Hospital, consisting of 74 pregnant women with the threat of abortion (cases) and 74 pregnant women who had no threat of abortion (controls). A data collection form was used as an instrument, the information was processed using the SPSS V22.0 program. Carrying out the hypothesis through the statistical test Odds Ratio (OR). Results: it was found that the weight of the newborn (OR 5.1) is a risk factor for the threat of abortion, gestational age (OR 5.4) is a risk factor for the threat of abortion in pregnant women, apgar at 1 and 5 minutes (OR 2.9 and 20.1) is a risk factor for the threat of abortion in pregnant women and the percentile (OR 6.5) is a risk factor for the threat of abortion in pregnant women. Conclusions the threat of abortion was presented as a risk factor to neonatal outcomes.

Keywords: abortion threat, pregnant women, risk factor, gestational age, apgar, percentile.

1. INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto (AA) es la complicación común durante el embarazo, se define como el sangrado transvaginal antes de las 22 semanas de gestación, con un feto menor de 500g, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de productos de la concepción. Cuando una mujer presenta síntomas de dolor o hemorragia durante las primeras semanas del embarazo las posibilidades diagnósticas son un embarazo intrauterino viable, embarazo intrauterino no viable y embarazo ectópico. ⁽¹⁾

A nivel mundial la amenaza de aborto es una complicación común que se produce en el 25% de los embarazos y de estos el 50% terminan en aborto. ⁽²⁾ En la amenaza de aborto el síntoma principal es el sangrado vaginal; procedente de la cavidad uterina, generalmente escasa, de color rojo brillante o pardo, casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor en el hipogastrio tipo cólico similar al dolor menstrual, el cual cursa antes de la semana 22 de gestación. En la exploración clínica se describe un cérvix uterino cerrado y formado, sin evidencia de expulsión de productos de la concepción y un tamaño uterino apropiado para la edad de gestación, siendo la actividad cardíaca fetal detectable por ecografía transvaginal o examen Doppler si la gestación es lo suficientemente avanzada. ⁽³⁾

Generalmente cuando se establece el diagnóstico de amenaza de aborto, lo que se recomienda es reposo absoluto, lo cual no ha demostrado que ayude a prevenir el aborto posterior. El pronóstico a corto plazo depende del grado del desprendimiento del corion; cuando este es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continúa su curso. ⁽⁴⁾

La medición de Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) y el ultrasonido pélvico son comúnmente utilizados para ayudar en el diagnóstico diferencial. El sangrado transvaginal durante el primer trimestre está, asociado aproximadamente con 42% de riesgo de padecer un aborto incompleto y si el embarazo continúa eleva el riesgo de presentar hemorragia preparto, parto pretérmino y bajo peso al nacer. ⁽⁵⁾

La amenaza de aborto es preocupante porque pone en peligro la vida del niño. Entre el 20 a 25% de las mujeres manifiesta manchado de sangrado vaginal durante el I trimestre del embarazo, que en ocasiones persiste durante varios días o semanas. Cerca de 50% de estos embarazos finalmente terminan en aborto, de ahí la importancia de su estudio. ⁽⁶⁾

Si no llega a producirse el aborto, estos fetos tienen mayor riesgo de sufrir parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal. El sangrado durante la primera mitad del embarazo puede indicar una disfunción placentaria subyacente, que pueden manifestarse más tarde como el causante de resultados neonatales adversos. ⁽⁷⁾

La amenaza de aborto espontáneo es el trastorno en el cual una madre presenta el riesgo de perder a su bebé. Por ello, el uso de la ecografía, ha tenido grandes avances para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia en el primer trimestre de embarazo, debido a que es probable que los intentos por mantener un embarazo sean efectivos sólo si el feto es viable y no presenta ninguna anomalía cromosómica. Una vez que el cuello uterino comienza a dilatarse, la pérdida del embarazo es inevitable. La pérdida puede causar problemas emocionales como depresión, alteración del sueño e ira. ⁽⁸⁾

En un estudio realizado, se encontró que las mujeres que continuaron con su embarazo después de una amenaza de aborto espontáneo presentaban un aumento del riesgo de hemorragias antes del parto, ruptura prematura de membranas, parto prematuro y retardo de crecimiento intrauterino. ⁽⁹⁾ El uso del progestágeno es una hormona esencial tanto para establecer como para mantener el embarazo, por lo tanto, es un tratamiento posible para la amenaza de aborto. ⁽¹⁰⁾

Estudios realizados por Loayza en el Perú el año 2017, informó, el 25.2% de gestantes estudiadas fueron secundigestas, el 36.7% multíparas y el 38.8% con antecedentes de amenaza de aborto. Respecto a los resultados neonatales el 31.3% presentó prematuridad y el 27.2% bajo peso al nacer, concluye en su investigación, que el parto por cesárea, el parto distócico, la placenta previa, la prematuridad y el bajo peso al nacer fueron los principales resultados maternos y neonatales adversos en pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto, atendidas en el Instituto Materno Perinatal durante los meses de octubre de 2016 a mayo de 2017. ⁽¹¹⁾

La amenaza de aborto es un estado de alerta que sugiere que puede ocurrir un aborto espontáneo antes de la semana 22 del embarazo. El sangrado vaginal en las primeras semanas de gestación es un síntoma frecuente de esta situación. En el caso de que se sospeche que existe algún riesgo, es muy importante seguir una serie de cuidados para disminuir las probabilidades de perder al feto. ⁽¹²⁾

A nivel regional, en un estudio realizado por Mendoza, el año 2015. En sus resultados encontró, entre las características maternas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote; en mayor frecuencia fueron primigestas, en un 47.11%; tuvieron amenaza de aborto un 14%; el tipo de parto más frecuente fue

vía vaginal con 69.23%. De las características perinatales, el sexo más frecuente fue el femenino con 64.42%; el 0.96% presento Apgar al minuto. ⁽¹³⁾

A nivel local, en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el año 2018, según estadísticas del sistema informativo perinatal se encontró 48 % casos de amenaza de aborto. ⁽¹⁴⁾

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema**: ¿La amenaza de aborto es un factor de riesgo asociado a resultados neonatales como peso del RN, APGAR y percentil, en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – 2018?, **objetivo general**: Determinar la amenaza de aborto como factor de riesgo asociado a resultados neonatales en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – 2018 y los **objetivos específicos**: Determinar la amenaza de aborto asociado al peso neonatal. Conocer la amenaza de aborto asociado al Apgar neonatal. Establecer la amenaza de aborto asociado al percentil neonatal.

De esta manera se concluyó que la amenaza de aborto y resultados neonatales en el Hospital Víctor Ramos Guardia los resultados nos confirman que hay diferencias estadísticamente significativas.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se expone los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. A continuación, en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se expone y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el

estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluyen el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como información relevante para la investigación.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes a la muestra, a la vez desde el punto de vista teórico en estudios anteriores se ha comprobado que una paciente que ha cursado con amenaza de aborto, tiende a repetir esta complicación por segunda vez en su gestación y al mismo tiempo la gestación puede presentar complicaciones maternas y generar un alto índice de productos inmaduros, con pobre y mala calidad de vida, y en consecuencia un aumento en la incidencia de la morbilidad materno perinatal. ⁽¹⁵⁾

La presente investigación es sumamente importante para establecer dichas complicaciones y la asociación que, con la amenaza de aborto, que como ya se mencionó forman parte de las cifras de morbilidad, mismas que estamos obligados a contrarrestar por el bienestar de nuestra comunidad.

La realización de este trabajo también contribuirá a llenar un vacío de conocimiento originado por la interrogante de la asociación de esta eventualidad en nuestra realidad y contribuiría a reforzar la posible relación con las variables estudiadas documentada en la literatura mundial. Por otro lado, el conocimiento sobre la repercusión que puede tener este hecho en los embarazos es relevante para las pacientes y personal de salud a fin de planificar la atención prenatal y considerar las intervenciones clínicas en el embarazo.

2. HIPÓTESIS

Hi. La amenaza de aborto es un factor de riesgo asociado a resultados neonatales como peso del RN, APGAR y percentil, en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – 2018.

Ho. La amenaza de aborto no es un factor de riesgo asociado a resultados neonatales como peso del RN, APGAR y percentil, en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – 2018.

2.1. VARIABLES

- **Variable independiente**

Amenaza de aborto

- **Variable dependiente**

Resultados neonatales

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE : AMENAZA DE ABORTO	La amenaza de aborto es la complicación más común durante el embarazo, se define como el sangrado transvaginal antes de las 22 semanas de gestación, con un feto menor de 500g, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de productos de la concepción.	AMENAZA DE ABORTO	Historia clínica con registro de la amenaza de aborto	Si No	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE: RESULTADOS NEONATALES	Si bien los estudios científicos incluyen diversos resultados neonatales, consideramos, para el desarrollo de esta investigación, el peso del RN, Apgar y percentil.	PESO DEL RN	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado peso • Bajo peso • Muy bajo peso • Extremadamente muy bajo peso 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 2500 g • < 2500 g • 1000-1500 g • < 1000 g 	Ordinal
		APGAR	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 3 • 4 a 7 • 8 a 10 	Ordinal
		PERCENTIL	<ul style="list-style-type: none"> • Grande para la edad gestacional • Adecuado para la edad gestacional • Pequeño para la edad gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> • > 90 • 90-10 • < 10 	Ordinal

3. BASES TEORICAS

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ESTRADA, Escutia. (2017). **Nacimiento de bajo peso y su relación con el antecedente de amenaza de aborto en la misma gestación en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México.** Artículo de investigación. Objetivo: Determinar si existe relación entre el nacimiento de un recién nacido de bajo peso con el antecedente de amenaza de aborto en ese embarazo. Material y métodos, observacional, transversal, de casos y controles no pareados, en el cual se incluyeron 300 pacientes que tuvieron parto o cesárea en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, entre el 1 de abril de 2013 al 31 de enero del 2016. Resultados: Las pacientes estudiadas tenían promedio de 25 años al momento del nacimiento de sus hijos. Se encontró un aumento del 90 % del riesgo de bajo peso en pacientes que presentaron amenaza de aborto en el mismo embarazo, siendo este hallazgo estadísticamente significativo. Conclusiones: Las pacientes que tuvieron amenaza de aborto presentaron frecuentemente niños de bajo peso; las pacientes que tuvieron amenaza de aborto sin sangrado trasvaginal tuvieron de la misma forma una tendencia a presentar frecuentemente niños de bajo peso, aunque tampoco este hallazgo fue estadísticamente significativo. ⁽¹⁶⁾

ZETINA, Eva. (2016). **Resultados perinatales de los partos atendidos en un hospital de tercer nivel de atención.** México. Artículo de investigación. Objetivo: Describir las características perinatales en madres e hijos atendidos

en un hospital de tercer nivel de atención. Estudio descriptivo de corte transversal y prospectivo, la muestra quedó conformada por 508 expedientes clínicos de mujeres en periodo posparto inmediato, en el periodo de enero a abril de 2016, el muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia. Resultados: De las 508 participantes el promedio de edad fue de 23.5 años, la patología fetal más frecuente fue el peso del recién nacido (2.3%) en relación a los neonatos el Capurro fue 38.6 SDG presentando Apgar al minuto en un OR (5.6), el 86.8% fue sano por lo que pasaron al alojamiento conjunto. Los perinatales coinciden con estudios realizados en otros lugares, pero hay una diferencia en la vía de nacimiento esto puede estar relacionado con las practicas del centro hospitalario y el nivel de atención de la institución. Conclusiones: Los resultados perinatales siguen siendo adversos, por lo que se sugiere implementar estrategias preventivas en las mujeres y de detección oportuna en el personal de salud. ⁽¹⁷⁾

ESPINO, Yashira (2018). **Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en gestantes atendidas en el Hospital Rezola de Cañete periodo 2018**". Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar la Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos y así mismo determinar la frecuencia de recién nacidos que presenten prematuridad, bajo peso al nacer, Apgar menor a 7 a los 5 minutos y pequeño para la edad gestacional en gestantes atendidas en el Hospital Rezola de Cañete durante el periodo de enero a diciembre del año 2018. Método: Descriptivo observacional, de método inductivo, Se obtuvo una muestra de 220 gestantes de las cuales 44 fueron los que presentaron

amenaza de aborto y 176 fueron gestantes de control (sin amenaza de aborto).
Resultados: Se determinó que la Amenaza de aborto es un factor asociado a resultados adversos neonatales, el 14 % de recién nacidos presento prematuridad, el 23% tuvieron bajo peso al nacer, 16% Apgar menor a 7 a los 5 minutos después del parto y pequeño para la edad gestacional un 34%.
Conclusión: los principales resultados adversos neonatales en pacientes con amenaza de aborto se asocian significativamente a pequeño para la edad gestacional y bajo peso al nacer. ⁽¹⁸⁾

LOAYZA, Jennifer. (2017). **Resultados adversos maternos-neonatales en pacientes con amenaza de aborto Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017**. Perú. Tesis de pregrado. Perú: Objetivo: Determina los resultados maternos y neonatales adversos en pacientes con diagnóstico de amenaza de abortos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), durante los meses octubre de 2016 a mayo de 2017. Desarrolla una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal. Participan 147 pacientes con amenaza de aborto. Resultados: Respecto a los resultados maternos adversos el 51.7% presentó parto por cesárea, el 31.3% parto distócico y el 17% placenta previa. Entre los resultados neonatales el 31.3% presentó prematuridad y el 27.2% bajo peso al nacer. El 75% de las mujeres mayores a 34 años fueron sometidas a parto por cesárea y el 57.1% tuvieron neonatos prematuros. El 40.5% de las primíparas tuvieron parto por cesárea, el 21.4% tuvieron neonatos prematuros y otro 21.4% con bajo peso al nacer. El 61.4% de las pacientes con antecedente de aborto fueron sometidas a parto por cesárea y el 47.4% tuvieron neonatos prematuros. Conclusiones: El parto

por cesárea, el parto distócico, la prematuridad y el bajo peso al nacer fueron los principales resultados maternos y neonatales adversos en pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto, atendidas en el INMP durante los meses octubre de 2016 a mayo de 2017. ⁽¹⁹⁾

URRUTIA, Valeria. (2015). **Amenaza de aborto y resultados neonatales.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar la amenaza de aborto como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el hospital Regional de Loreto en el 2015. El presente estudio corresponde a un estudio analítico, observacional, de casos y controles retrospectivos. Resultados: se encontró que, de 50 gestantes con antecedente de amenaza de aborto el 36% tuvieron un recién nacido prematuro, mientras que, de 120 gestantes sin amenaza de aborto, solamente el 4.2% reportaron parto prematuro. Esta situación es corroborada por la prueba Chi-cuadrado, la misma que detecta una relación estadística altamente significativa ($p = 0.00$). Para evaluar la fuerza de asociación, el valor de OR = 12,938. Así mismo el intervalo de confianza (IC) al 95% permite señalar que, si el estudio se repite sucesivamente bajo los mismos criterios, el OR puede variar entre 4,458 y 37,546. en cuanto a la frecuencia de bajo peso al nacer en pacientes con amenaza de aborto, se obtuvo que 14 recién nacidos presentaron dicho resultado, lo cual representó al 28%; mientras que en el caso de pacientes sin dicha amenaza la frecuencia fue 3.3%. Al hacer el cálculo de OR obtuvimos un valor de 11.278 con un IC 95%: 3.492 - 36.425. El valor de p fue 0.00, lo que representó una $p < 0.05$, corroborando dicha asociación, referente a la asociación entre frecuencia de Apgar < 7 a los cinco minutos del parto en

neonatos y amenaza de aborto en las gestantes, se encontró que, dentro del grupo de casos, el 18% de recién nacidos presentó dicho resultado; mientras que en el grupo de controles no se presentó. Al calcular el $OR = 3.927$ con un $IC\ 95\%: 3.015 - 5.115$. El valor de p fue 0.00, lo cual fue evidencia de significancia estadística. Conclusión: en la determinación de frecuencia y asociación entre pequeño para edad gestacional en neonatos y amenaza de aborto, se encontró que esta condición se presentó con una frecuencia de 20% en los casos con amenaza de aborto, siendo menor en los casos sin amenaza de aborto, al estimarse 1.7%. La estimación del OR nos indica 14.75 con un $IC\ 95\%: 3.1 - 70.19$; al obtener la significancia, el valor de p fue 0.00, lo cual nos indicó que existe asociación. ⁽²⁰⁾

PADILLA, Johana. (2015) Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Belén de Trujillo. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar la amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos. Estudio Analítico, observacional, de cohortes retrospectivas. Se obtuvo la base de datos de 184 historias clínicas (46 para el grupo de cohorte expuesta y 138 para la cohorte no expuesta). En la cohorte expuesta se incluyó historias clínicas de gestantes con amenaza de aborto entre 20 y 35 años, con paridad menor de 4 y cuya gestación culminó en parto. Se excluyeron aquellas historias clínicas que no cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: A comparación del grupo de las gestantes sin amenaza de aborto ($n=138$), las gestantes expuestas ($n=46$) fueron más propensas a tener recién nacidos prematuros (odds ratio [OR]: 3,6; intervalo de confianza del 95% [IC]: 1,5 a 9,1) y bajo peso al nacer

(OR: 2,6; IC del 95%: 1,0 a 6,5). No se encontró asociación entre amenaza de aborto y Apgar menor de 7 a los 5 minutos del parto; ni tampoco entre amenaza de aborto y pequeño para la edad gestacional. Conclusiones: La amenaza de aborto se asocia significativamente a recién nacidos prematuros y bajo peso al nacer. ⁽²¹⁾

3.2. MARCO TEORICO

A. AMENAZA DE ABORTO

Presencia de metrorragia de cuantía variable que puede estar o no acompañada de dolor cólico hipogástrico en una gestación potencialmente viable. La amenaza de aborto es un estado de alerta que sugiere que puede ocurrir un aborto espontáneo antes de la semana 22 del embarazo. El sangrado vaginal en las primeras semanas de gestación es un síntoma frecuente de esta situación. En el caso de que se sospeche que existe algún riesgo, es muy importante seguir una serie de cuidados para disminuir las probabilidades de perder al feto. ⁽²²⁾

a. Causas:

No se conocen bien las causas de la amenaza de aborto, sin embargo, los siguientes factores ponen en riesgo un embarazo:

- Cambios hormonales
- Infecciones, tumores u anormalidades del útero
- Enfermedades crónicas no controladas
- Cérvix incompetente (muy débil para contener al bebé)
- Consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas

Otros factores como:

- Bajas condiciones socioeconómicas
- Presión de la familia y de la pareja
- Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento de sus expectativas en ese momento)
- Problemas de salud
- Violación o incesto
- Falta de educación sexual. ⁽²³⁾

b. Epidemiología:

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. El aborto espontáneo ocurre sólo en pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo. ⁽²⁴⁾

En los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente del 10% y se presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas de gestación. El aumento del riesgo de aborto se relaciona con la edad de la madre superior a los 35 años o menores de 15 años, mujeres con una enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea) y aquellas con antecedentes de tres o más abortos espontáneos. ⁽²⁵⁾

c. Cuadro clínico:

La presencia de signos y síntomas de una amenaza de aborto, son factores que generan ansiedad y estrés en la mujer embarazada, acerca del desarrollo de la

gestación. El diagnóstico presuntivo de una amenaza de aborto, se basa en la historia de sangrado transvaginal en etapas tempranas del embarazo, en presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas. Entre los signos y síntomas tenemos:

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal
- Hemorragia de variable magnitud durante las primeras 22 semanas de gestación
- Dolor tipo cólico en hipogastrio de magnitud variable
- Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación ni modificaciones cervicales
- La presencia de un hematoma intrauterino subcoriónico durante el primer trimestre del embarazo, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas severas, independientemente de los síntomas propios de la amenaza de aborto
- La demostración de actividad cardíaca fetal generalmente se asocia a un embarazo exitoso. ⁽²⁶⁾

d. Fisiopatología:

El sangrado durante el primer trimestre del embarazo puede originarse dentro del útero, cérvix o vagina o puede provenir del exterior de los genitales. En su mayoría, el sangrado es ocasionado por la implantación trofoblástica en el endometrio. Es esencial una exploración física detallada para diferenciar el

origen del sangrado. En la mayoría de los casos la causa del sangrado se debe a una condición menor, que no requiere tratamiento. ⁽²⁷⁾

Etiología del sangrado:

La amenaza de aborto, está asociada con aumento en la actividad uterina, aunque no está claro, si se trata de una causa o un defecto. La progesterona es el producto principal del cuerpo lúteo, que al administrarlo puede disminuir las contracciones uterinas. ⁽²⁸⁾

e. Diagnóstico:

Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado. Ésta 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 está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo. Se realizará asimismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino. Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa
- Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar la cantidad de pérdida de sangre
- GCH en suero para confirmar el embarazo
- Conteo de glóbulos blancos con fórmula leucocitaria para descartar la infección. ⁽²⁹⁾

Diagnóstico por imagen:

- El ultrasonido es el estudio de fundamental que nos ayuda a establecer la presencia de embarazo y excluir otras causas de hemorragia como el embarazo ectópico o molar, además también ayuda a diferenciar entre un embarazo intrauterino viable y uno no viable, por lo que ha sido propuesto como un predictor en el desenlace de la amenaza de aborto.
- Un saco gestacional del menos 15 mm, las primeras 7 SDG y de 21 mm a las 8 SDG, tiene una sensibilidad diagnóstica del 90.8%. Un saco gestacional de 17 mm sin embrión o de 13 mm sin saco pueden predecir una gestación no viable con una especificidad y un Valor predictivo positivo del 100%.
- La identificación, de frecuencia cardíaca fetal por ultrasonido vaginal indica un 97% de probabilidad de que el embarazo continúe más allá de las 20 SDG, sin embargo, la presencia de bradicardia se considera un factor de mal pronóstico.
- Estudios prospectivos demuestran que los siguientes factores de riesgo: bradicardia fetal, discrepancia de más de una semana entre la 14 edad gestacional por US y por fecha de última menstruación, y la discrepancia entre la edad del saco gestacional y la longitud corona rabadilla, aumentan el riesgo de aborto de un 6% cuando ninguno de estos factores está presente, a un 84% cuando los tres están presentes.
- Otras características ultrasonográficas que han sido tomadas en cuenta en algunos estudios, son la forma del saco gestacional, la ecogenicidad de la placenta, el grosor del trofoblasto y la presencia de un hematoma

intrauterino, sin embargo, ninguno de estos factores ha podido demostrar por completo una relación con las subsecuentes complicaciones de una amenaza de aborto. ⁽³⁰⁾

Diagnostico por marcadores séricos

Se ha encontrado que algunas determinaciones hormonales pueden ser útiles para establecer un pronóstico en mujeres con amenaza de aborto. La medición de Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) ha sido propuesta como uno de estos predictores. Se ha demostrado que pacientes con AA presentan niveles séricos inferiores a aquellas mujeres que no presentan AA. Sin embargo, la medición de la fracción β de hCG (β hCG) junto con la medición de progesterona sérica muestra mayor valor pronóstico que la medición de estas de forma individual. ⁽³¹⁾

f. Prevención y tratamiento:

No existe una terapia efectiva en el tratamiento de la amenaza de aborto. Si se continúa con el embarazo se debe de dar un seguimiento semanal hasta que se resuelva el sangrado y de igual manera se debe de tener especial atención por el riesgo de presentar parto pretérmino, oligohidramnios y restricción del crecimiento intrauterino.

El reposo absoluto es la recomendación más común, no hay evidencia suficiente de que el reposo pueda afectar el curso del embarazo, de igual manera el evitar las relaciones sexuales, sin embargo, estas recomendaciones crean un ambiente de seguridad para las mujeres, por lo que se sugiere que se lleven a cabo.

En cuanto al uso de la progesterona, esta desempeña un papel fundamental en la preparación del útero para la implantación del óvulo fertilizado, por lo que se ha sugerido que la deficiencia de esta hormona puede ser la causa de abortos espontáneos, lo cual se pudiera revertir con el uso de progesterona exógena.

Sin embargo, no hay evidencia de la efectividad de la progesterona administrada vía vaginal en la reducción del riesgo de aborto espontáneo para las mujeres con AA, en una revisión de 15 estudios clínicos controlados, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de aborto espontáneo en pacientes que recibieron progestágeno o un placebo o ningún tratamiento, por lo que no se considera un tratamiento adecuado para prevenir el aborto espontáneo.⁽³²⁾

Tratamiento farmacológico

El apoyo con progesterona está indicado sólo en casos de defecto de fase lútea establecida, en pacientes con aborto recurrente de etiología no precisada y en pacientes que han recibido inductores de ovulación. Se utiliza Progesterona 50 mg. IM cada 48 horas o caproato de 17 OH progesterona (Primolut depot), 250 mg cada 7 días hasta las 12 semanas de gestación. En pacientes Rh negativas no sensibilizadas, con amenaza de aborto, está indicada la profilaxis con inmunoglobulina anti Rh (150 ug im. de las 7 a 12 semanas y 300 ug en gestaciones de más de 12 semanas).⁽³³⁾

B. ATENCIÓN PROMOCIONAL

Las primeras consultas en el embarazo deben ser extensas para proporcionar información y tiempo para la discusión acerca del cribado y la toma de decisiones informadas.

Se debe hacer énfasis a la familia y paciente sobre el cuadro clínico de la amenaza de aborto, como son los signos y síntomas de alarma, indicaciones de cuándo acudir a urgencias, alternativas de tratamiento y consejo genético, además de las probabilidades de pérdida del producto, a pesar de manejos médicos bien instaurados.

Un servicio de evaluación temprana del embarazo debe:

- Ser un servicio específico facilitado por profesionales de la salud competentes para diagnosticar y atender a las mujeres con dolor o sangrado en el embarazo temprano.
- Ofrecer el ultrasonido y la evaluación de niveles de suero de gonadotropina coriónica humana (GCH)
- Estar a cargo de profesionales de la salud capacitados en comunicación sensible y noticias grave. ⁽³⁴⁾

C. ATENCIÓN PREVENTIVA

El primer contacto con un profesional médico debe proporcionar información específica sobre:

- ✓ Los suplementos con ácido fólico
- ✓ Higiene de los alimentos, incluyendo la forma de reducir el riesgo de una infección adquirida.

- ✓ El estilo de vida, incluyendo el abandono del tabaco, el uso de drogas recreativas y el consumo de alcohol
- ✓ Todo el examen prenatal, incluyendo los riesgos, beneficios y limitaciones de las pruebas de detección o cómo se desarrolla el bebé durante el embarazo o la nutrición y la dieta, incluyendo suplementos de vitamina D o el ejercicio, incluidos los ejercicios del piso pélvico en lugar de atención del parto. ⁽³⁵⁾

D. ATENCIÓN DIRECTA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS

- Reposo Absoluto
- Control de pérdidas vaginales
- Contención emocional
- Ecografía obstétrica
- Control estricto de frecuencia cardiaca fetal 19
- Control de funciones vitales de la madre
- Control de balance hídrico
- Abstinencia sexual
- Medir signos vitales.
- Mantener a la paciente en una posición cómoda.
- Administrar medicamentos previa orden médica.
- Verificar exámenes realizados.
- Observar piel y mucosa.
- Orientar a la paciente de los manejos de los alimentos. ⁽³⁶⁾

E. RESULTADOS NEONATALES

El periodo perinatal es considerado de gran riesgo para el ser humano debido a la mayor morbilidad y mortalidad en comparación con etapas posteriores de la vida. Se debe considerar que, tanto la madre como su producto, requieren una asistencia obstétrica y neonatal de calidad ante la presencia de factores de riesgo que pueden condicionar resultados adversos, dentro de ellos los neonatales. ⁽³⁷⁾

Si bien los estudios científicos incluyen diversos resultados neonatales consideramos, para el desarrollo de esta investigación, el peso del RN, APGAR y percentil.

En relación al peso del recién nacido:

Es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud. El BPN, < 2 500 g de peso, es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal. La repercusión negativa del bajo peso se extiende habitualmente más allá del período perinatal, de la niñez y puede llegar hasta la edad adulta.

La clasificación del peso al nacimiento de acuerdo al MINSA es la siguiente:

- **Adecuado peso al nacer:** RN que pese ≥ 2500 g.
- **Bajo peso al nacer:** RN que pese < 2.500 g.
- **Muy bajo peso al nacer:** RN que pese $1.000 - 1.500$ g.
- **Extremadamente muy bajo peso al nacer:** RN que pese < 1.000 g independiente de la edad gestacional. ⁽³⁸⁾

En relación al Apgar:

Es el puntaje que cuantifica la VITALIDAD del recién nacido, se observa de 2 funciones necesarias para el inicio de la respiración espontánea:

- Movimientos inspiratorios regulares
- Hemodinamia (representada por la frecuencia cardiaca y el color)

Observación del funcionamiento SNC:

- Reactividad ante estímulos
- Tono muscular

Test de APGAR:

Es un examen clínico de neonatología empleado en la recepción pediátrica, donde se realiza una prueba medida en 5 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica del estado general del neonato después del parto. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

- Además, el test de Apgar menor de 7 a los 5 minutos del parto, podemos tomarlo como marcador indirecto de la morbilidad neonatal. ⁽³⁹⁾

En relación al percentil:

- **Pequeño para la edad gestacional (PEG)**, cuando se ubica por debajo de la curva inferior (10º Percentil).

- **Adecuado para la edad gestacional (AEG)**, cuando se ubica entre las dos curvas (10° a 90° Percentil)
- **Grande para su edad gestacional (GEG)**, cuando se ubica por encima de la curva superior (90° Percentil). ⁽⁴⁰⁾

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a) Amenaza de aborto:

Es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de las 22 semanas de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. ⁽⁴¹⁾

b) Prematuridad:

Condición del neonato por el cual el nacimiento se produce antes de que se cumplan las 37 semanas de edad gestacional. ⁽⁴²⁾

c) Hidrops fetalis:

Se define como la presencia de dos colecciones líquidas en el feto, por ejemplo, derrame pleural y edema de cuero cabelludo ó ascitis y derrame pericárdico. ⁽⁴³⁾

d) Aborto:

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. ⁽⁴⁴⁾

e) Viabilidad:

Es la edad gestacional bajo la cual la vida extrauterina es imposible.

Depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno

a las 22 semanas de gestación. Después de esta edad gestacional la inducción es de parto y no de aborto. ⁽⁴⁵⁾

f) Doppler:

Técnica utilizada en estudios ultrasonográficos para observar el comportamiento de estructura en movimiento, tales como la circulación sanguínea o el latido del corazón. ⁽⁴⁶⁾

g) Factores de riesgo:

Toda condición o situación que aumenta las probabilidades de que ocurra un efecto indeseable o daño en la salud de una persona o comunidad. ⁽⁴⁷⁾

4. MATERIALES Y METODOS.

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio corresponde a un estudio analítico, observacional, de casos y controles retrospectivo, en gestantes con amenaza de aborto (casos) y en gestantes que no tuvieron amenaza de aborto (controles) en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, en el periodo comprendido entre el mes de enero a diciembre del 2018. ⁽⁴⁸⁾

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se plantea un diseño no experimental, longitudinal de casos y controles, ya que se realizará sin la manipulación deliberada de variables. Se basará fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterior.

4.3. UNIVERSO O POBLACIÓN.

La población estuvo integrada por gestantes atendidas N= 309 en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, de enero a diciembre del 2018, de los cuales, hubo 200 recién nacidos atendidos por partos espontáneos y 109 por cesáreas. El mencionado establecimiento de salud es de Nivel II-2, ubicado en la Avenida Luzuriaga del Distrito de Huaraz, Provincia de Huaraz del Departamento de Ancash. Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomará en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

CASOS

a) Criterios de inclusión:

- Gestantes con antecedente de amenaza de aborto, cuya gestación culmine en parto.
- Gestantes entre 20 a 35 años
- Gestantes con paridad menor de 4.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan determinar las variables en estudio de manera precisa.

b) Criterios de exclusión:

- Gestantes sin antecedente de amenaza de aborto
- Gestantes menores de 20 y mayores de 35 años
- Gestantes con paridad mayor de 4
- Gestantes en cuyas historias clínicas no se pueden determinar las variables

CONTROLES

a) Criterios de inclusión:

- Gestantes sin antecedente de amenaza de aborto, cuya gestación culmine en parto.
- Gestantes entre 20 a 35 años.
- Gestantes con paridad menor de 4.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan determinar las variables en estudio de manera precisa.

b) Criterios de exclusión:

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

4.4. UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA

4.4.1. UNIDAD DE ANALISIS

Estuvo conformada por cada una de la Historia clínica de gestante con diagnóstico de amenaza de aborto, que fueron atendidas de enero a diciembre del 2018 en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

4.4.2. MUESTRA

El grupo de Casos estuvo conformado por gestantes con amenaza de aborto que culminaron en parto (74) y el grupo de Controles por

gestantes sin amenaza de aborto que culminaron en parto (74) atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz durante enero a diciembre del 2018. El tipo de muestreo que se utilizó para obtener la muestra fue el no probabilístico por conveniencia.

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

Para la recolección de los datos se realizó la técnica de análisis documental, es decir se revisaron las historias clínicas y los datos fueron transcritos a la ficha de recolección de datos (Anexo 1), cuyos ítems, tienen las mismas características tanto para los Casos y Controles. La Ficha de Recolección de Datos consta de lo siguiente:

1. Amenaza de aborto: Un Ítems
2. Resultados neonatales: Cuatro Ítems

La validez de contenido del instrumento fue sometido a la prueba de Juicio de Expertos para su validación (Anexo 2), para la cual se consultó a dos Obstetras, un Químico y un Estadístico. Asimismo, luego de la aplicación de una prueba piloto, se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente de alfa de Crombach (Anexo 3).

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se planeó ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

a) Análisis descriptivo:

La información obtenida con el instrumento de recolección de la información se analizó haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 22.0, para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables cualitativas en cuadros bidimensionales y de frecuencia.

b) Estadística Analítica:

En el análisis estadístico se hará uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse sea menor al 5% ($p < 0.05$).

		AMENAZA DE ABORTO	
		SI	NO
RESULTADOS NEONATALES	SI	A	B
	NO	C	D

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La recolección de datos, se realizó a través de una ficha, en la cual no se expuso la privacidad de las gestantes, respetando todos los acuerdos de ética internacional; solo se incluyeron datos maternos, por lo que no se tomaron en cuenta nombres, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de la población en estudio.

No se utilizó el consentimiento informado, debido a que no se trabajó directamente con las gestantes, sólo se extrajo los datos relevantes para el estudio de las historias clínicas. (Anexo 1).

Asimismo, el presente estudio se rigió estrictamente a lo establecido en los Principios Básicos y Operacionales de la Declaración de Helsinki, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo considerado como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud. ⁽⁴⁹⁾

A continuación se describirá los principios que se tuvieron en cuenta en el presente estudio: ⁽⁵⁰⁾

a) Principios Básicos:

• **Principio del respeto por el individuo:**

Durante todo el desarrollo de la presente tesis, se ha considerado necesario seguir como principio general, el respeto a los derechos de las mujeres y sus parejas con la finalidad de salvaguardar su integridad personal; debido a que el deber de las investigadoras es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10), existiendo siempre la necesidad de llevar a cabo una investigación orientada hacia el bienestar del sujeto (Artículo 6), lo cual ha sido siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad mediante la declaración de consentimiento informado (Artículo 5).

- **Principio de la privacidad y confidencialidad:**

No se expuso la privacidad de las mujeres y sus parejas, para lo cual sólo se incluyó preguntas referentes a lo investigado, por lo que no se tomó en cuenta nombres, domicilio, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de las personas en estudio, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones (Artículo 9). Asimismo, se prestó especial vigilancia sobre el reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos (Artículo 8).

- **Principio de No Maleficencia:**

Se buscó y procuró en todo momento no causar daño a las mujeres.

- **Principio de Justicia:**

Todas las personas consideradas en el presente estudio merecieron la misma consideración y respeto, nadie fue discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.

- **Principio de Beneficencia:**

Se procuró el mayor beneficio posible para las mujeres, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados de la presente tesis en beneficio de las personas.

5. RESULTADOS

Tabla 1. Amenaza de aborto asociado al peso del recién nacido, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2018.

Peso del recién nacido	Amenaza de aborto					
	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	N	%
< 1000 g	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1000-1500 g	13	17.6	1	1.4	14	9.5
<2500 g	10	13.5	5	6.8	15	10.1
≥2500 g	51	68.9	68	91.9	119	80.4
Total	74	100.0	74	100.0	148	100.0
X²=14.381 gl=2 P=0.001 OR=5.11 IC95%:1.9-13.5						

Se observa en los casos: el 68.9% de gestantes con amenaza de aborto tuvieron RN con pesos > de 2500 g, además se aprecia que el 17.6% tuvieron RN con peso de 1000 a 1500 g. En comparación de los controles: se encontró que el 91.9% tuvieron RN con pesos > a 2500 g, el 6.8% tuvieron RN con pesos < de 2500 g. Según el chi cuadrado P=0.001, esto nos indica que existe asociación significativa entre el peso del RN y la amenaza de aborto.

La amenaza de aborto es un factor de riesgo para el peso del RN (OR=5.11), esto nos indica que las gestantes que tuvieron amenaza de aborto tienen 5.11 veces más probabilidades de tener RN < de 2500g.

Tabla 2. Amenaza de aborto asociado al APGAR al minuto del RN, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2018.

APGAR al minuto	Amenaza de aborto					
	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-3	8	10.8	2	2.7	10	6.8
4-7	24	32.4	13	17.6	37	25.0
8-10	42	56.8	59	79.7	101	68.2
Total	74	100.0	74	100.0	148	100.0
$X^2=9.732$ $gl=2$ $P=0.008$ $OR=2.9$ $IC95\%:1.4-6.2$						

Se observa en los casos: que el 56.8% de gestantes con amenaza de aborto, tuvieron un RN con Apgar de 8 - 10 al minuto, además se aprecia que el 32.4% tuvieron RN con Apgar de 4 - 7 al minuto. En comparación a los controles se observa que el 79.7%, tuvieron RN con Apgar de 8 - 10 al minuto, además se aprecia que el 17.6% tuvieron RN con Apgar de 4 - 7 al minuto. El Apgar al minuto esta asociado significativamente con la amenaza de aborto ($P=0.008$), un valor de $P < 0.005$.

La amenaza de aborto es un factor de riesgo para el Apgar al minuto del RN ($OR=2.9$), esto indica las gestantes que tuvieron amenaza de aborto tienen 2.9 veces mas probabilidades de tener RN con Apgar < de 7 al minuto.

Tabla 3. Amenaza de aborto asociado al Apgar a los cinco minutos del RN, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2018.

APGAR a 5 minutos	Amenaza de aborto					
	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-3	11	14.9	0	0.0	11	7.4
4-7	5	6.8	1	1.4	6	4.1
8-10	58	78.4	73	98.6	131	88.5
Total	74	100.0	74	100.0	148	100.0
X²=15.384 gl=2 P=0.000 OR=20.1 IC95%:2.6-156.4						

Se observa en los casos: el 78.4% del total de gestantes con amenaza de aborto, tuvieron un Apgar de 8 - 10 a los cinco minutos, además se aprecia que el 14.9% tuvieron RN con Apgar 0 - 3 a los cinco minutos. En comparación a los controles: se observa que el 98.6%, tuvieron RN con un Apgar de 8 - 10 a los cinco minutos, además se aprecia que el 1.4% tuvieron RN con Apgar 4 - 7 a los cinco minutos. Según el chi cuadrado $P=0.000$, esto nos indica que existe asociación significativa, entre el Apgar a los 5 minutos y la amenaza de aborto ($P<0.05$).

La amenaza de aborto es un factor de riesgo para el Apgar a los 5 minutos del RN ($OR=20.1$), esto indica que las gestantes que tuvieron amenaza de aborto tienen 20.1 veces más probabilidades de tener RN con Apgar < a 7 a los 5 minutos.

Tabla 4. Amenaza de aborto asociado a percentiles del RN, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2018.

Percentiles	Amenaza de aborto					
	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pequeño para la edad gestacional	17	23.0	4	5.4	21	14.2
Adecuado para la edad gestacional	54	73.0	70	94.6	124	83.8
Grande para la edad gestacional	3	4.1	0	0.0	3	2.0
Total	74	100.0	74	100.0	148	100.0
X²=13.112 gl=2 P=0.001 OR=6.5 IC95%:2.1-20.1						

Se observa en los casos: que el 73.0% de gestantes con amenaza de aborto, tuvieron RN adecuado para EG entre 10 y 90 percentiles, además se aprecia que el 23.0% tuvieron RN pequeño para EG < de 10 percentiles. En comparación a los controles se encontró que el 94.6%, tuvieron RN adecuado para la EG entre 10 y 90 percentiles, además se aprecia que el 5.4% tuvieron RN pequeño para la EG < de 10 percentiles. Según el chi cuadrado P=0.001, esto nos indica que existe asociación significativa, entre los percentiles del RN y la amenaza de aborto.

La amenaza de aborto es un factor de riesgo para los percentiles del RN (OR=6.5), esto indica que las gestantes con amenaza de aborto tienen 6.5 veces más probabilidades de tener RN con percentiles < de 10 y >de 90.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente tesis, referente al primer objetivo específico orientado a determinar la amenaza de aborto asociado al peso neonatal en las gestantes, fueron dados a conocer en la tabla 1 en cuanto al peso del RN se observó en los casos: el 68.9% de gestantes con amenaza de aborto tuvieron RN con pesos \geq de 2500 g. comparando con los controles se encontro que el 91.9% tuvieron RN con pesos \geq de 2500 g. Realizando la prueba estadística de asociación entre el peso del recién nacido y la amenaza de aborto, se encontró un OR (5.11).

Resultados parecidos fueron reportados por Urrutia ⁽²¹⁾ en su investigación realizada en Perú, obtuvo que el 28% de recién nacidos con amenaza de aborto presentaron bajo peso al nacer, mientras que, en el caso de pacientes sin amenaza de aborto, la frecuencia fue de 3.3%. Al hacer el cálculo de OR fue un valor de 11.278 con un IC 95%: 3.492 - 36.425. El valor de $p = 0.00$, lo que representó una $p < 0.05$, corroborando dicha asociación.

También se encontró que Loayza ⁽¹⁷⁾ en su investigación llevada a cabo en Perú, encontró que el 27.2% presento bajo peso al nacer (OR: 2,6; IC del 95%: 1,0 a 6,5).

Los resultados encontrados respecto al segundo objetivo específico destinados a conocer la amenaza de aborto asociado al Apgar neonatal en las gestantes, se encuentra en la tabla 2 y 3, se observa en los casos: que el 56.8% de gestantes con amenaza de aborto, tuvieron RN con un Apgar de 8 - 10 al minuto; en comparación a los controles se observa que el 79.7% tuvieron RN con Apgar 8 -

10 al minuto. Realizando la prueba estadística de asociación entre el Apgar al minuto del recién nacido y la amenaza de aborto, se encuentra una relación estadísticamente significativa; encontrando un OR (2.9). En cuanto al Apgar a los cinco minutos, se observa en los casos: el 78.4% de gestantes con amenaza de aborto, tuvieron RN con Apgar de 8 - 10 a los cinco minutos; en cuanto a los controles: se observa que el 98.6%, tuvieron RN con Apgar de 8 - 10 a los cinco minutos. Realizando la prueba estadística de asociación, se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el Apgar a los cinco minutos y la amenaza de aborto; encontrando un OR (20.1).

Al respecto Padilla ⁽²²⁾ en su estudio realizado en Trujillo indica, que las mujeres con amenaza de aborto tienen más probabilidades de tener recién nacidos con puntuación de Apgar < 7 a los 5 minutos después del parto (OR 1,2 IC 95% 1,03 - 1,4).

Datos similares fueron encontrados por Urrutia ⁽²¹⁾ en su investigación hecha en Perú, donde encontró referente a la asociación entre la frecuencia del Apgar < de 7 a los cinco minutos del parto en neonatos y amenaza de aborto en las gestantes, se encontró, dentro del grupo de casos, el 18% de recién nacidos presentó dicho resultado; mientras que en el grupo de controles no se presentó. Al calcular el OR = 3.927 con un IC 95%: 3.015 - 5.115. El valor de $p = 0.00$, lo cual fue evidencia de significancia estadística.

Por otro lado, Rojas ⁽¹⁶⁾ en su estudio realizado en Perú el cual no encontró diferencias significativas en el Apgar < 7 a los 5 minutos entre los grupos con y sin amenaza de aborto.

Respecto al cuarto objetivo orientado a establecer la amenaza de aborto asociado al percentil neonatal, fueron dados a conocer en la tabla 4 en los cuales se observa en los casos: que el 73.0% de gestantes con amenaza de aborto, tuvieron RN adecuados para EG entre 10 y 90 percentiles; comparados a los controles se encontró que el 94.6%, tuvieron adecuado para la EG entre 10 y 90 percentiles. Realizando la prueba estadística de asociación, se encuentra una relación estadísticamente significativa entre los percentiles y la amenaza de aborto; con un OR (6.5).

Resultados parecidos fueron encontrados por Urrutia ⁽²¹⁾ en su estudio realizado en Perú, donde, en la determinación de frecuencia y asociación entre pequeño para la edad gestacional en neonatos y amenaza de aborto, que esta condición se presentó con una frecuencia de 20% en los casos, siendo menor en los controles, al estimarse el 1.7%. La estimación del OR nos indica 14.75 con un IC 95%: 3.1 - 70.19; al obtener la significancia, el valor de p fue 0.00, lo cual nos indicó que existe asociación.

Según Ventura ⁽¹⁸⁾ en su estudio realizado en Perú, indica en cuanto a la condición de Pequeño para la Edad Gestacional, los resultados encontrados nos hacen ver que esta condición se presentó con una frecuencia de 20% en los casos.

7. CONCLUSIONES

1. Durante el periodo 2018 en el Hospital Víctor Ramos Guardia la amenaza de aborto se presentó como un factor de riesgo a resultados neonatales.
2. existe asociación significativa entre el peso y la amenaza de aborto ($p=0.001$), con un $OR= 5.11$, lo que indica, las gestantes que tuvieron amenaza de aborto tienen 5.11 veces más probabilidades de tener RN $<$ a 2500g.
3. Existe asociación significativa entre el Apgar al minuto y la amenaza de aborto ($p=0.008$), con $OR=2.9$, lo que indica, que las gestantes que tuvieron amenaza de aborto tienen 2.9 veces más probabilidad de tener RN con Apgar $<$ de 7 al minuto.
4. Existe asociación significativa entre el Apgar a los 5 minutos y la amenaza de aborto ($p=0.000$), con $OR=20.1$, lo que indica, que las gestantes que tuvieron amenaza de aborto tienen 20.1 veces más probabilidades de tener RN con Apgar $<$ a 7 a los 5 minutos.
5. Existe asociación significativa entre los percentiles del RN y la amenaza de aborto ($p=0.001$), con un $OR=6.5$, lo que indica, que las gestantes que tuvieron amenaza de aborto tienen 6.5 veces más probabilidades de tener RN con percentiles $<$ de 10 y $>$ de 90.

8. RECOMENDACIONES

- 1.** Al Hospital Víctor Ramos Guardia realizar actividades y programas de educación para la salud y orientación a las futuras madres y gestantes mediante charlas educativas, talleres para lograr una buena atención y prevenir una complicación durante el embarazo.
- 2.** Se sugiere a las autoridades del Ministerio de Salud (MINSA) promover acciones orientadas a la implementación de estrategias para la prevención de los factores de riesgo, así mismo realizar investigaciones en el mismo ámbito donde se pueda evaluar la incidencia de amenaza de aborto a nivel nacional.
- 3.** Se sugiere a los profesionales de obstetricia enfatizar en la consejería y control prenatal, para identificar a las gestantes que tienen factores de riesgo para presentar amenaza de aborto, para un mejor manejo y una vigilancia más estrecha cuando se trate de este grupo vulnerable; considerando el peso al nacer, Apgar y percentil como resultados neonatales que se pueden presentar. Como también sumado a un seguimiento nutricional cercano de la gestante.
- 4.** Los directivos del Hospital VRG, deben realizar capacitaciones continuas en atención prenatal y calidad y calidez de atención.
- 5.** Se propone a los directivos de la FCM, formar profesionales reestructurando la curricula académica, enfatizando en la prevención de la morbimortalidad materna perinatal.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez F. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. *Gaceta Medica* [En línea] 2018 [Fecha de acceso 30 de noviembre 2018]; 50 (3).
Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031h.pdf>
2. Gonzales C. Amenaza de aborto. Costa Rica. *Rev. Médica de Costa Rica y Centroamérica* [En línea] 2011 [Fecha de acceso 29 de setiembre del 2018]; 42 (3). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>
3. Amenaza de aborto: Causas, síntomas y tratamiento. México. *Rev. Reproducción Asistida. Org* [En línea] 2018 [Fecha de acceso 30 de setiembre 2018]; 34 (2). Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/amenaza-de-aborto/>
4. Saavedra C. Factores de riesgo en gestantes con amenaza de aborto en el servicio de obstetricia del hospital II-Tarapoto Essalud periodo enero-agosto. Perú. 2017. *Rev Salud Publica* [Internet] 2017 [Fecha de acceso 1 de noviembre del 2018]; 30 (3). Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/6340/1/articulo%2>
5. López V. Amenaza de aborto. España. *Rev. Hospital Beneficencia Española de Puebla* [En línea] 2017 [Fecha de acceso 01 de octubre del 2018]; 46 (3).
Disponible en:
<http://www.beneficenciaespanola.com.mx/wpcontent/uploads/2016/>
6. Cardenal M. Factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a

- diciembre [Tesis de pregrado]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
7. Aramburu Y, Martínez. amenas de aborto. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Tecnológica de los Andes; 2017.
 8. Alvarado Juan. Manual de Obstetricia Tercera Parte. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1995. 350 p
 9. Vélez J. Resultados maternos perinatales en consulta alto riesgo, en el hospital de Caldas, 2013. Colombia. 2014. Rev. J Business Res [Internet] 2014 [Fecha de acceso 29 de octubre del 2018]; 36(5). Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a03.pdf>
 10. Alvarado Juan. Manual de Obstetricia: Asistencia y Control de la Gestación, Parto y Puerperio Normales. Circulo de Estudios e Investigación Galeno. 1994. 120 p.
 11. Loayza J. Resultados adversos maternos-neonatales en pacientes con amenaza de aborto Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2017.
 12. Rodríguez Ascón. Amenaza de aborto como factor de riesgo para resultados obstétricos desfavorables en el Hospital Belén de Trujillo. Perú. 2014 [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2015.
 13. Mendoza Peralta. Amenaza de aborto [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad San Pedro; 2015.
 14. Sistema Informativo Perinatal: Hospital Víctor Ramos Guardia [Fecha de acceso 26 de setiembre del 2018]

15. Mongrut Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y patológica. Perú. Biblioteca Nacional del Perú. 2000. 235 p.
16. Rojas M. Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal periodo Febrero-Setiembre del 2018. Perú [Tesis de posgrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
17. Zetina E. Resultados perinatales de los partos atendidos en un hospital de tercer nivel de atención. Rev Salud en Tabasco [Internet] 2016 [fecha de acceso 2 de noviembre del 2018]; 22 (1).
18. Espino Y. Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en gestantes atendidas en el hospital Rezola de cañete. [tesis de pregrado] Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2019.
19. Loayza J. Resultados adversos maternos-neonatales en pacientes con amenaza de aborto Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2017.
20. Urrutia V. Amenaza de aborto y resultados neonatales [Tesis de pregrado] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
21. Padilla S. Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Belén de Trujillo [Tesis de pregrado] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
22. Estrada E. Nacimiento pretérmino y su relación con el antecedente de amenaza de aborto en la misma gestación en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del estado de México. 2017. Rev Panorama Medico [Internet] 2017 [Fecha de acceso 30 de octubre del 2018].

23. Castillo F. Factores asociados a la amenaza de aborto en pacientes atendidas en el hospital Nacional Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz-2015 [Tesis de pregrado] Chimbote: Universidad de San Pedro; 2015.
24. Loayza J. Resultados adversos maternos-neonatales en pacientes con amenaza de aborto Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2017.
25. Urrutia V. Amenaza de aborto y resultados neonatales [Tesis de pregrado] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
26. Rodríguez Ascón. Amenaza de aborto como factor de riesgo para resultados obstétricos desfavorables en el Hospital Belén de Trujillo. Perú. 2014 [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2015.
27. Mendoza Peralta. Amenaza de aborto [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad San Pedro; 2015.
28. Loayza J. Resultados adversos maternos-neonatales en pacientes con amenaza de aborto Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2017.
29. Gonzalo A. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Uruguay. 2013. Rev Med Uruguay [Internet] 2013 [Fecha de acceso 29 de octubre del 2018]; 22 (4).
30. Hernández E. Resultados perinatales de los partos atendidos en un hospital de Tercer Nivel de Atención. Rev Salud en Tabasco [Internet] 2016 [Fecha de acceso 30 de octubre del 2018]; 22 (1). Disponible en:
https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/17_2.pdf.

31. Gonzalo A. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria Uruguay. Rev Med Uruguay [Internet] 2013 [Fecha de acceso 3 de noviembre del 2018]; 22 (3).
32. Chávez A. Alto Riesgo/metrorragia. Rev Medicina Universidad Cesar Vallejo [Internet]. 2014 [Fecha de acceso 3 de noviembre del 2018]; 42 (1). Disponible en: http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/metrorragia_1ra.
33. Chávez A. Alto Riesgo/metrorragia. Rev Medicina Universidad Cesar Vallejo [Internet]. 2014 [Fecha de acceso 3 de noviembre del 2018]; 42 (1).
34. Montes S. Amenaza de aborto, caso clínico [Internet]. MedlinePlus- Información de salud de la Biblioteca Nacional de medicina, 2016 [Citado el 22 de noviembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.monografias.com/trabajos91/amenaza-de-aborto-caso-clinico/amenaza-de-aborto-casoclinico.shtml>.
35. Meza B. Factores de riesgo asociados a amenaza de aborto en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo 2016. Perú. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2016.
36. Domínguez Simón MJ, Lázaro Hidalgo L, editores. Amenaza de aborto. Madrid: Enfo Ediciones; 2015. 450 p.
37. Amenaza de aborto [Internet]. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. 2016 [citado 22 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressure.h>.
38. Farreras Rozman. Medicina interna. 1 Vol. Pg.512. 17th ed. Barcelona-España: Elsevier; 2016.

39. Farreras Rozman. Medicina interna. 1 Vol. Pg.512. 17th ed. Barcelona-España: Elsevier; 2016.
40. Herráez J. Factores de riesgo en amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología del hospital General Julius Doepfner [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional de Loja; 2016.
41. Rodríguez Ascón L., Larry J. Amenaza de aborto como factor de riesgo para resultados obstétricos desfavorables en el Hospital Belén de Trujillo. Perú. 2015. [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2015.
42. Hayfaa A Wahabi, Amel A Fayed, Samia A Esmail, Rasmieh A Al Zeidan. Amenaza de aborto realizado en España Publicado: 7 diciembre 2014 Grupo de Revisión principal: Pregnancy and Childbirth Grou [Internet] [citado el 23 de noviembre del 2018]. Disponible en:
<https://www.cochrane.org/es/CD005943/progestagenos>.
43. González Ana. Amenaza de aborto. Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII [Internet]. 2016. [Fecha de acceso 23 de noviembre del 2018]; 45 (2). Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>
44. González R. Amenaza de aborto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2017. [Fecha de acceso 24 de noviembre del 2018]; 23 (4). Disponible en:<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?>
45. Schwarcz Ricardo. Obstetricia. Argentina: El Ateneo; 1996. 219 p.
46. Schwarcz Ricardo. Obstetricia. Argentina: El Ateneo; 1996. 219 p.
47. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual. Washington D. C.: OMS; 2006.

48. Vélez J. Resultados maternos perinatales en consulta alto riesgo, en el hospital de Caldas, 2013. Colombia. 2014. Rev. J Business Res [Internet] 2014 [Fecha de acceso 29 de octubre del 2018]; 36(5).
49. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México D. F.: Editorial McGraw-Hill; 2010.
50. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra: AMM; 2015.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**AMENAZA DE ABORTO Y RESULTADOS NEONATALES,
 HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ 2018**

I. DATOS GENERALES:

N° DE HISTORIA CLINICA:

1. Edad: _____

II. VARIABLE INDEPENDIENTE:

2. Amenaza de aborto:

1) Si ()

2) No ()

III. VARIABLE DEPENDIENTE:

3. peso del recién nacido:

1) < 2500 gr

3) < 1000 gr

2) 1000-1500gr

4) ≥ 2500 gr

4. apgar:

1) 0 a 3

2) 4 a 7

3) 8 a 10

6. percentil:

1) Pequeño para la E.G.

2) Adecuado para la E.G.

3) Grande para la E.G.

ANEXO N° 02



