



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN  
PACIENTES QUE CURSARON CON AMENAZA DE  
ABORTO EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A SETIEMBRE 2014”**

**PRESENTADA POR:**

**ZVALETA LENGUA, URSULA PAOLA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**Lima, Setiembre, 2015**

**PERÚ**

## **DEDICATORIA**

Las personas que más amo en mi vida, mis padres: Luis y Noemí, mi esposo Rubén y mi hija, que son incondicionales conmigo.

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida, también a mis asesores académicos por su apoyo y valiosa colaboración.

## RESUMEN

El presente trabajo se realizó con el Objetivo: Determinar las complicaciones maternas perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014.

Material y métodos: Este estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La población total es de 61 pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales. Se utilizó la técnica de revisión de historias clínicas de aquellas pacientes que cursaron con amenaza de aborto y el instrumento fue la ficha de recolección de datos.

Resultados: La edad promedio de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto fue 26.3 años, siendo la mayoría de 20-29 años (45,9%), convivientes (78,7%), amas de casa (80,3%) y con secundaria incompleta (54,1%). Respecto a los antecedentes obstétricos, el 39,3% de las pacientes son multigestas, el 45,9% son nulíparas y el 98,4% han tenido menor o igual a 3 abortos. Con referencia a la semana de presentación de la amenaza de aborto el 44,2% fue entre las 6-10ss. En cuanto a las características de los recién nacidos, la mayoría era de sexo masculino (47,5%), atérmino (70,6%), tenía un peso de 2500 a 3999 gr (60,7%) y una talla de 47 a 52 cm (60,7%), apgar 8<sup>1</sup> 9<sup>5</sup> (37,7%), en la relación del peso con la edad gestacional AEG (85,2%). Las complicaciones maternas en pacientes que cursaron con amenaza de aborto fueron: hipovolemia severa (9,8%), aborto espontáneo (11,5%), desprendimiento prematuro de placenta (6,6%), placenta previa (4,9%), ruptura prematura de membranas (6,6%), retención placentaria (3,3%), oligoamnios severo (3,3%). Las complicaciones perinatales que presentaron los recién nacidos de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto fueron: óbito fetal (9,8%), sufrimiento fetal agudo (9,8%), malformaciones congénitas (3,3%), retardo del crecimiento intrauterino (3,3%), bajo peso al nacer (6,6%), prematuridad (16,4%), asfixia perinatal (4,9%), incompatibilidad ABO (6,6%).

Palabras clave: amenaza de aborto, complicaciones maternas, complicaciones perinatales.

## ABSTRACT

This work was performed with the Objective: To determine the perinatal maternal complications in patients who were enrolled with threatened abortion in the Hospital Sergio E. Bernales during the period April to September 2014.

Methods: This study is descriptive, cross-sectional retrospective. The total population of 61 patients who were enrolled with threatened abortion in the Hospital Sergio E. Bernales. Technical review of medical records of those patients who were enrolled with a threat of abortion and the instrument was the data collection sheet was used.

Results: The average age of the patients who were enrolled with threatened abortion was 26.3 years, with the majority aged 20-29 (45.9%), partners (78.7%), housewives (80.3%) and incomplete secondary (54.1%). Regarding obstetric history, 39.3% of patients are multiparous, 45.9% were nulliparous and 98.4% have less than or equal to 3 abortions. With reference to the week in which the threat of abortion was presented 44, 2% were between 6-10ss. As for the characteristics of newborns, the majority were male (47.5%), atérmino (70.6%) had a weight of 2500-3999 g (60.7%) and a size of 47 52 cm (60.7%), Apgar 8<sup>1</sup>9<sup>5</sup> (37.7%) in the weight ratio AEG gestational age (85.2%). Maternal complications in patients who were enrolled with threatened abortion were: severe hypovolemia (9.8%), spontaneous abortion (11.5%), placental abruption (6.6%), placenta previa (4.9%), premature rupture of membranes (6.6%), retained placenta (3.3%), severe oligohydramnios (3.3%). Perinatal complications had newborns of patients who were enrolled with threatened abortion were: fetal death (9.8%), acute fetal distress (9.8%), congenital malformations (3.3%), growth retardation Intrauterine (3.3%), low birth weight (6.6%), prematurity (16.4%), perinatal asphyxia (4.9%), ABO incompatibility (6.6%).

Keywords : threatened abortion, maternal complications, perinatal complications.

## INDICE

	Pág.
HOJA DE RESPETO	
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii

### CAPÍTULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Delimitación de la investigación	4
1.2.1 Delimitación Espacial	4
1.2.2 Delimitación Temporal	4
1.2.3 Delimitación Social	4
1.3. Formulación del problema	4
1.3.1 Problema General	4
1.3.2 Problemas Específicos	5
1.4. Objetivos de la investigación	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Hipótesis de la investigación	6
1.5.1. Hipótesis General	6
1.5.2. Identificación y clasificación de variables e indicadores	6
1.6. Diseño de la investigación	8
1.6.1. Tipo de la investigación	8
1.6.2. Nivel de Investigación	8
1.6.3. Método	8
1.7. Población y muestra de la investigación	8
1.7.1. <b>Población</b>	<b>9</b>
1.7.2. <b>Muestra</b>	<b>9</b>

1.8. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	9
1.8.1. Técnicas	9
1.8.2 Instrumentos	9
1.9. Justificación e importancia de la investigación	11
1.9.1. Justificación Teórica	11
1.9.2 Justificación Práctica	12

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación	13
2.1.2 Antecedentes Internacionales	13
2.1.3 Antecedentes Nacionales	16
2.2. Bases teóricas	19
2.3. Definición de términos básicos	25

## **CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

3.1. Presentación de Resultados	27
3.2 Análisis e Interpretación de Resultados	44
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>46</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>47</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>52</b>
- Matriz de consistencia	53
- Instrumentos	54

## INTRODUCCIÓN

El sangrado vaginal durante el primer trimestre complica el 25 % de las gestaciones, variando del 10% al 30%. Las condiciones patológicas responsables del sangrado del primer trimestre son principalmente el aborto en sus distintas modalidades, enfermedad trofoblástica, embarazo ectópico y amenaza de aborto el cual corresponde a todo sangrado que no aparece etiquetado por ninguna de las otras patologías.<sup>1</sup>

En las gestantes que experimentan amenaza de aborto está en riesgo el embarazo que aún no es viable. Es un estado que se sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. La amenaza de aborto es una complicación común que se produce en el 25% de los embarazos y de estos el 50% acaban en aborto.<sup>2</sup>

En tal sentido el presente trabajo de investigación titulado “Complicaciones maternas perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre 2014” se realizó debido a que se cree conveniente verificar si la asociación entre complicaciones maternas perinatales y amenaza de aborto se replican en nuestra realidad precisando la significancia del riesgo en la aparición de las mismas.

Aproximadamente el 20% de las mujeres embarazadas experimentan algún tipo de sangrado vaginal, con o sin embarazos abdominales, durante el primer trimestre del embarazo, lo que constituye una amenaza de aborto. Sin embargo, la mayoría de estos embarazos finalizan con o sin tratamiento; el aborto espontáneo ocurre en menos del 30% de las mujeres que experimentan sangrado vaginal durante el embarazo.<sup>3</sup>

En los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente el 10% y se presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas de gestación.<sup>3</sup>



**La justificación del estudio radica en conocer que la amenaza de aborto es una de las principales causas de muerte materna en el mundo, ya que se asocia con mayor frecuencia de complicaciones obstétricas.**

**Es propósito del estudio, el proporcionar una referencia confiable a la institución, acerca de las complicaciones que trae consigo una amenaza de aborto en la madre y el neonato, con el fin de concientizar al personal de salud para que actúen de forma efectiva, rápida y oportuna.**

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La 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 del producto de la concepción. Además el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento).<sup>4</sup>

El aborto en condiciones de riesgo representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo y por su alta frecuencia supone un elevado porcentaje de consultas y naturalmente es un trauma psicológico en algunas pacientes, pues provoca estados emocionales, como depresión, ira, trastornos del sueño, y problemas conyugales. Alrededor del 50% de todos los óvulos fertilizados se pierden en forma espontánea, generalmente antes que la mujer tenga conocimiento de su embarazo.<sup>5</sup>

Las amenazas de aborto en su mayoría ocasionan morbilidad materna, ya sea por infección con posterior afectación de la salud reproductiva de la mujer, también puede ocurrir pérdida sanguínea y anemia que puede ser severa, ambas condiciones pueden desencadenar en mortalidad materna.

De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo, alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables y un 22% más termina en un aborto inducido.<sup>5</sup>

La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20. El riesgo de aborto espontáneo clínicamente detectable en la mujer que nunca ha abortado oscila entre el 11 y el 15%, en cambio después de uno a cuatro abortos es de 16%, 25%, 45% y 54%, respectivamente.<sup>5</sup>

El estudio realizado por Ipas Bolivia en los últimos 5 años, los casos de abortos incompletos atendidos en establecimientos públicos de salud, se incrementaron de 15 mil el año 2005 a 27 mil el año 2010. Este incremento se debe a que desde el 2005 mejoró la calidad del reporte y que los diferentes Seguros de Salud permiten el acceso gratuito de las mujeres para la atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo. Del 2010 al 2011, la cantidad de atenciones de abortos incompletos en el Hospital Percy Boland de la ciudad de Santa Cruz y en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, aumentaría de 4174 a 4709.<sup>6</sup>

En Bolivia, 25 de cada 1000 mujeres en edad fértil terminan su embarazo en aborto. Esto representa una cifra alta si se considera que a nivel mundial la tasa estimada de abortos se encuentra en 29 abortos por cada mil mujeres en edad fértil. En México, con una población de más de 113 millones de habitantes, la tasa de abortos es de 33, en tanto en Cuba, país donde el aborto es legal, la tasa de abortos es de 20 por cada 1000 mujeres. Por otro lado, Chile que mantiene políticas mucho más restrictivas en relación al aborto, presenta una tasa estimada de 50 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil.<sup>6</sup>

100 muertes maternas se producirán este año por aborto. Al finalizar el año 2011, aproximadamente 67.000 abortos serán practicados y a consecuencia de los mismos, 100 mujeres perderán la vida. De cada 100 embarazos, 19 acaban en aborto, 80 terminan en parto y uno con niño nacido muerto. De los partos ocurridos no se puede afirmar que todos ellos fueron deseados.<sup>6</sup>

Las restricciones legales al aborto no están impidiendo su práctica. Las tasas más bajas de aborto se observan en países que tienen leyes liberales – como Holanda, Bélgica y Suiza (menos de 10 abortos inducidos por mil mujeres).<sup>7</sup>

La amenaza de aborto es preocupante. Entre el 20 a 25% de las mujeres manifiesta manchado vaginal o un sangrado un poco más abundante al principio del embarazo, que en ocasiones persiste durante varios días o semanas. Cerca de 50% de estos embarazos finalmente termina en aborto, de ahí la importancia de su estudio. Incluso cuando después de una hemorragia durante la primera mitad del embarazo no se produce un aborto, estos fetos tienen mayor riesgo de sufrir parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal.<sup>8</sup>

El sangrado durante la primera mitad del embarazo puede indicar una disfunción placentaria subyacente, que pueden manifestarse más tarde como el causante de resultados adversos. 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.<sup>9</sup>

En el Perú se considera que entre el 10 y el 15% de los embarazos confirmados terminan en aborto. El 25% de las mujeres tendrán una pérdida precoz del embarazo durante su vida reproductiva. La mayoría de los abortos ocurren entre la semana 7 y la 12 de la gestación.

12 -15% aborto embrionario y fetal; 30-50% aborto pre-clínico; 10% aborto clínico; 0,4–1,2% aborto habitual.<sup>10</sup>

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Espacial:**

El Hospital Sergio E. Bernales, está ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la avenida Túpac Amaru, en el distrito de Comas, provincia de Lima; siendo categoría III-I, fue inaugurado el 15 de Agosto de 1940, iniciando sus actividades con la atención ambulatoria para niños de ambos sexos con afecciones de tuberculosis. Este hospital pertenece a la Dirección de Salud V

Lima Ciudad y a la Red de Salud Túpac Amaru que cuenta con un total de población de 898,905 habitantes.

### **1.2.2 Temporal:**

El proyecto de investigación se realizará durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014.

### **1.2.3 Social:**

La población sujeto de estudio son las pacientes con amenaza de aborto en el Servicio De Gineco- Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales, las cuales en su mayoría son de nivel bajo inferior, ya que son amas de casa, con estudios secundarios incompletos, su ingreso familiar promedio mensual oscila entre 420 y 840 nuevos soles, no tienen acceso a servicios de salud privados y sus viviendas cuentan con techos provisionales.

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1 Problema General:**

¿Cuáles son las complicaciones maternas perinatales en pacientes que cursaron amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014?

### **1.3.2 Problemas Específicos:**

- ¿Cuáles son las complicaciones maternas en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales?
- ¿Cuáles son las complicaciones perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales?

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General:**

Determinar las complicaciones maternas perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar las complicaciones maternas en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales.
- Identificar las complicaciones perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales.

### **1.5 HIPÓTESIS**

#### **1.5.1 Hipótesis General:**

El presente proyecto de investigación no presenta hipótesis porque es un estudio descriptivo.

#### **1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores:**

- Complicaciones maternas en la amenaza de aborto
- Complicaciones perinatales en la amenaza de aborto

## INDICADORES:

- Hipovolemia severa
- Aborto espontáneo
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Ruptura prematura de membranas
- Retención placentaria
- Oligoamnios severo
- Óbito Fetal
- Sufrimiento fetal agudo
- Malformaciones congénitas
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Ictericia Patológica
- Incompatibilidad ABO

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
	<b>Complicaciones Maternas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hipovolemia severa</li><li>➤ Aborto espontáneo</li><li>➤ Desprendimiento prematuro de placenta</li><li>➤ Placenta previa</li><li>➤ Ruptura prematura de membranas</li></ul>

<b>Complicaciones maternas perinatales de la amenaza de aborto</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retención placentaria</li> <li>➤ Oligoamnios severo</li> </ul>
	<b>Complicaciones Perinatales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Óbito Fetal</li> <li>➤ Sufrimiento fetal agudo</li> <li>➤ Malformaciones congénitas</li> <li>➤ Retardo del crecimiento intrauterino</li> <li>➤ Bajo peso al nacer</li> <li>➤ Prematuridad</li> <li>➤ Asfixia Perinatal</li> <li>➤ Incompatibilidad ABO</li> </ul>

## 1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.6.1 Tipo de Investigación:

Descriptivo es un estudio que solo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

Retrospectivo, ya que se registran datos que ocurrieron en un pasado.

Transversal porque se va a recolectar los datos en un solo momento en el tiempo, con el propósito de describir variables e



indicadores analizando los datos que se registran en tiempo pasado.

### **1.6.2 Nivel de Investigación:**

Aplicativo porque se utilizaran conocimientos teóricos y se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitario, orientados a la resolución de problemas específicos.

### **1.6.3 Método:**

Cuantitativo porque se analiza diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados, toda la información se obtiene a base de muestras de la población, y sus resultados son extrapolables a toda la población, con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Población:**

La población total es de 61 pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014.

### **1.7.2 Muestra:**

Se trabajará con el total de la población. Se aplicó un muestreo no probabilístico, puesto que la cantidad de población es menor de 100 pacientes.

## **1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1 Técnicas:**

Se revisarán las historias clínicas de aquellas pacientes que cursaron con amenaza de aborto.

### **1.8.2 Instrumentos:**

Se confeccionó una ficha de recolección de datos, constituida por 2 partes, la primera parte constituye los datos generales, los cuales se subdividen en datos maternos: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, número de gestaciones, paridad, número de abortos, en ¿qué semana se presentó la amenaza de aborto? y datos del recién nacido: sexo, talla, Apgar, peso, edad gestacional al nacer y relación peso- edad gestacional. La segunda parte comprende las complicaciones maternas-perinatales de la amenaza de aborto, las cuales se subdividen en maternas: hipovolemia severa, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, retención placentaria, oligoamnios severo. Y perinatales: bajo peso al nacer, prematuridad, óbito fetal, sufrimiento fetal agudo, malformaciones congénitas, retardo del crecimiento intrauterino, asfixia perinatal, incompatibilidad-ABO.

## 1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.9.1 Justificación Teórica:

Debido a que la amenaza de aborto es una causa importante de hemorragia del primer trimestre de gestación en nuestro medio y sin embargo no existe aún una estrategia terapéutica definitiva limitándose ésta a un conjunto de medidas no farmacológicas y considerando por otro lado la existencia de evidencia reciente que señala esta complicación de la gestación como una condición que afecta negativamente al desenvolvimiento del mismo; habiéndose identificado su asociación con una serie de elementos de morbilidad perinatal pero particularmente materna.

Los últimos reportes de la Organización Mundial de la Salud OMS, señalan que existen 67,000 muertes maternas a causa de la amenaza de aborto. Este es un problema frecuente en el embarazo, que se presenta del 15% al 20% de todos los embarazos reconocidos clínicamente según la edad materna y el número de partos.<sup>8</sup>

Tomando en cuenta la información mencionada queda claro que la amenaza de aborto es una complicación de gran frecuencia en las embarazadas y que la misma se continúa con el aborto propiamente dicho en el 50% de los casos o en otros casos condicionan un efecto deletéreo en el desenlace de la gestación en términos de morbilidad materna y neonatal.

El aborto espontáneo se asocia con morbilidad física y psicológica considerable. La respuesta emocional al aborto espontáneo puede ser profunda; incluye depresión, trastornos del sueño, ira y problemas matrimoniales.

Las causas de la amenaza de aborto pueden resolverse y continuar con un embarazo normal o evolucionar y terminar en un aborto.

### **1.9.2 Justificación Práctica:**

Es importante tener conocimiento de aquellas características cuya presencia contribuyen a la aparición de esta patología lo cual resulta relevante desde el punto de vista clínico puesto que algunas de los indicadores a evaluar presentan la posibilidad de ser modificables por medio de intervenciones educativas; lo cual resulta de interés pues su conocimiento y posterior control podrían minimizar la aparición de esta complicación y la morbilidad asociada a ella a través de estrategias preventivas aplicables desde el primer nivel de atención.

La presente investigación es conveniente debido a la posibilidad de determinar la asociación entre una situación frecuente, como lo es la amenaza de aborto, con la presencia de resultados neonatales adversos que forman parte de las cifras de morbilidad, mismas que estamos obligados a contrarrestar.

Es por ello que es de suma importancia que se conozca las complicaciones que trae consigo una amenaza de aborto en la madre y el neonato con el fin de concientizar al personal de salud para que actúen de forma efectiva, rápida y oportuna.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales:

**Saraswat L. et al**, en su trabajo realizado en el Hospital Materno de Aberdeen- Reino Unido, en el 2010, con el **objetivo** de Explorar los resultados maternos y perinatales en mujeres con amenaza de aborto en el primer trimestre. **Material y Método:** Tipo descriptivo de corte transversal, nivel aplicativo, método cuantitativo. La población estuvo conformada por 200 pacientes que acudieron al Hospital Materno de Aberdeen- Reino Unido, se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas y como instrumento ficha de recolección de datos. **Resultados:** El resultado se clasificó de manera general en los resultados maternos y perinatales. Los resultados principales maternas incluyen preeclampsia / eclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia preparto, ruptura prematura de membranas. Los resultados perinatales evaluados fueron prematuridad, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, la mortalidad perinatal, los indicadores de morbilidad perinatal (puntuaciones de Apgar y admisión unidad neonatal) y la presencia de anomalías congénitas. Catorce estudios cumplieron los criterios de inclusión. Las mujeres con amenaza de aborto tuvieron una incidencia significativamente mayor de hemorragia antes del parto debido a la placenta previa [odds ratio (OR) 1,62; IC del 95%: 1,19, 2,22] o hemorragia preparto de origen desconocido (OR 2,47; IC del 95%: 1,52, 4,02) en comparación con

los que no tienen sangrado durante el primer trimestre. Ellos eran más propensos a experimentar ruptura prematura de membranas (OR 1,78; IC del 95%: 1,28, 2,48), prematuridad (OR 2,05; IC del 95%: 1,76, 2,4) y de tener recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino (OR 1,54; IC del 95%: 1,18, 2,00). Sangrado en el primer trimestre se asoció con tasas significativamente más altas de mortalidad perinatal (OR 2.15, 95% CI 1,41, 3,27) y recién nacidos de bajo peso al nacer (OR 1,83; IC del 95%: 1, 48, 2,28). **Conclusiones:** La amenaza de aborto en el primer trimestre se asocia con una mayor incidencia de resultado materno y perinatal adverso.<sup>11</sup>

**Dongol A. et al**, en su trabajo realizado en el Hospital Dhulikhel - India, en el 2011, con el **objetivo** de Evaluar la evolución de las gestantes con historia de amenaza de aborto que respondieron al tratamiento. **Material y Método:** Tipo descriptivo de corte transversal, nivel aplicativo, método cuantitativo. La población estuvo conformada por 70 pacientes que cursaron con amenaza de aborto, se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas y como instrumento ficha de recolección de datos. **Resultados:** De los 70 casos se encontró de hematoma subcorial 30 pacientes (42,9%). Hubo 12 (17,1%) pacientes que abortaron espontáneamente después del diagnóstico de amenaza de aborto durante la estancia hospitalaria, 5 (7,1%) abortó en visitas posteriores, mientras que 53 (75,8%) siguieron el embarazo hasta el término. Entre los que continuaron el embarazo se observó casos de retraso del crecimiento intrauterino en 7 pacientes (13,2%), hemorragia preparto en 4 (7,5%), ruptura prematura de membranas en 3 (5,66%) y el DIU en 3 (5,66%). El aborto espontáneo se encuentra más en los casos con hematoma subcorial del tamaño de más de 20 cm<sup>2</sup>. **Conclusiones:** En los casos de amenaza de aborto con o sin la presencia de hematoma subcorial, el resultado de pronóstico es mejor después del

tratamiento con reposo en cama, sedantes uterinas, suplementos de ácido fólico y el tratamiento hormonal.<sup>12</sup>

**Dadkhah F y cols**, en su trabajo realizado en el Hospital de Teherán- Irán, en el 2010, con el **objetivo** de Evaluar el resultado del embarazo en gestaciones con amenaza de aborto. **Material y Método:** Tipo prospectivo de corte transversal, nivel aplicativo, método cuantitativo. La población estuvo conformada por 1,000 gestantes que acudieron al Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital de Teherán- Irán, 500 mujeres (grupo de casos), tenía un historial de sangrado vaginal durante la primera mitad del embarazo y las otras 500 mujeres (grupo control), no tenía esta historia, se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento la encuesta. **Resultados:** Las mujeres de los 2 grupos no tuvieron diferencias significativas según la edad, la paridad o el índice de masa corporal (IMC). Parto prematuro [126 casos (25,2%) frente a 47 casos (9,4%),  $p = 0,001$ , RR = adj 1,4; IC del 95% = 1.2 a 1.5], ruptura prematura de membranas ovulares [51 casos (10,2%) frente a 24 casos (4,8%),  $p = 0,02$ , RR adj = 2,1, IC95% = 1.2 a 2.3], desprendimiento prematuro de placenta [20 casos (4%) vs. 7 casos (1,4%)  $p = 0,01$ , RR = adj 1,1, IC del 95% = 1.1 a 1.2], fueron más en el grupo de casos. No hubo diferencias entre los 2 grupos con respecto a la preeclampsia, pequeño para la edad gestacional (PEG), y los partos por cesárea. Peso neonatal (en embarazos a término) en el grupo de casos fue menor que en el grupo control ( $3046,4 \pm 560,8$  g vs  $3.317,6 \pm 432$  g,  $P=0,001$ ). No hubo una relación significativa entre el número de episodios de sangrado, el parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta y también hubo una relación significativa entre la cantidad de sangrado y desprendimiento prematuro de placenta. **Conclusiones:** La amenaza de aborto aumenta la tasa de parto prematuro, ruptura prematura de membranas ovulares y desprendimiento prematuro de placenta, y disminuye el peso

neonatal. Por lo tanto, amenaza de aborto indica un embarazo de alto riesgo y, como tal, exige la atención prenatal más grave.<sup>13</sup>

**Ahmed S y cols**, en su trabajo realizado en el Hospital de Abdulaziz– Arabia Saudita, en el 2012, con el **objetivo** de Evaluar resultados maternos y neonatales en mujeres con amenaza de aborto. **Material y Método:** Tipo retrospectivo de corte transversal, nivel aplicativo, método cuantitativo. La población estuvo conformada por 134 gestantes que acudieron al Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital de Abdulaziz– Arabia Saudita, 89 de ellas con amenaza de aborto y 45 sin este antecedente, se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas y como instrumento ficha de recolección de datos. **Resultados:** Se observó un incremento significativo de resultados adversos en el grupo expuesto al antecedente de amenaza de aborto ( $p < 0.015$ ); siendo la frecuencia de parto pre término, bajo peso al nacer y ruptura prematura de membranas significativamente superior en el grupo que presentó amenaza de aborto (15.7% vs 2.2%,  $p = 0.001$ ), (15.7% vs 2.2%,  $p = 0.001$ ) y (6.7% vs 4.45,  $p = 0.016$ ). **Conclusiones:** Se concluye que las pacientes que presentaron amenaza de aborto en algún momento de su embarazo presentaron complicaciones tales maternas perinatales como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas.<sup>14</sup>

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales:

**Padilla Solano, Johana Lisset**, en su trabajo realizado en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2014, con el **objetivo** de Determinar la amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos. **Material y Método:** Tipo observacional de corte transversal, nivel analítico, método cuantitativo. La población estuvo conformada por 184 gestantes con amenaza de aborto entre 20 y 35 años, con paridad menor de



4 y cuya gestación culminó en parto, se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas y como instrumento la ficha de recolección de datos. **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.<sup>15</sup>

**Rodríguez Ascón, Larry José Luis**, en su trabajo realizado en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2014, con el **objetivo** de Demostrar que la amenaza de aborto es factor de riesgo para resultados obstétricos desfavorables en el Hospital Belén de Trujillo. **Material y Método:** Tipo retrospectivo de corte transversal, nivel analítico, método cuantitativo. La población estuvo conformada por 152 gestantes con amenaza de aborto entre los 20 y 35 años de edad con una paridad menor a 4, distribuidos en dos grupos según la presentación o no de amenaza de aborto: grupo expuestos (38gestantes) y grupo no expuestos (114 gestantes) en las cuales se evaluó la presentación de resultados obstétricos desfavorables durante la misma, se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas y como instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados:** La edad promedio para el grupo de expuestos fue  $27,64 \pm 5,66$  años y para el grupo de no expuestos fue  $24,5 \pm 4,76$  años. El 6% de los expuestos y 29% de los no expuestos tuvo parto pretérmino; el 34% de los expuestos y el 11% de los no expuestos tuvo ruptura prematura de membranas ovulares; el 16% de los expuestos y el 2% de los no expuestos tuvo hemorragia del tercer trimestre; el 5% de los expuestos y el 1% de

los no expuestos tuvo preeclampsia; mostrando significancia estadística y comportándose como factor de riesgo importante para parto pretérmino (RR=6,23,  $p<0.05$ ), ruptura prematura de membranas ovulares (RR=4,04  $p=0.001$ ) y hemorragia del tercer trimestre (RR=10,5  $p=0.001$ ). **Conclusiones:** La amenaza de aborto constituye un factor de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas ovulares y hemorragia del tercer trimestre.<sup>16</sup>

**Orbegoso Pardavé, Adi Graalin,** en su trabajo realizado en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria en el año 2014, con el **objetivo** de Determinar los factores de riesgo asociados a amenaza de aborto en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria - Trujillo. **Material y Método:** Tipo observacional de corte transversal, nivel analítico, método cuantitativo. La población estuvo conformada por 545 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin amenaza de aborto, se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas y como instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados:** El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de amenaza de aborto fueron: antecedente de aborto (OR: 2.53;  $p<0.05$ ), uso de anticonceptivos hormonales (OR: 2.87;  $p<0.05$ ), antecedente de pielonefritis (OR: 2.11;  $p<0.05$ ), exposición a bebidas alcohólicas (OR: 4.05;  $p>0.05$ ). **Conclusiones:** El antecedente de aborto, el uso de anticonceptivos hormonales y el antecedente de pielonefritis son factores de riesgo asociados a amenaza de aborto. La exposición de bebidas alcohólicas no es factor de riesgo asociado a amenaza de aborto.<sup>17</sup>

## 2.2 BASES TEÒRICAS

### **Amenaza de Aborto**

#### **Concepto:**

La amenaza de aborto se define como la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Esta no es una entidad nosológica, sino la expresión sintomática de uno de tantos estados patológicos generados por múltiples causas.

#### **Manifestaciones Clínicas:**

Los síntomas y signos de la amenaza de aborto son tan variables que el resultado del embarazo no se puede predecir de forma fiable por las características clínicas de presentación como:

- Hemorragia vaginal
- Contracciones uterinas dolorosas
- Sin modificaciones cervicales
- Útero aumentado de volumen

#### **Exámenes complementarios:**

- HCG
- Hemograma
- Examen general de orina
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Prueba de reacción rápida para el VIH
- TORCH
- VDRL
- Ecografía ginecológica transvaginal en embarazos menores de 12 semanas

#### **Diagnóstico Diferencial:**

- Enfermedad trofoblástica
- Embarazo ectópico
- Infección de vías urinarias

- Pseudociesis
- Descartar otras patologías abdomino pélvicas (ej. Quiste torcido de ovario, apendicitis, cólico intestinal, etc).

El diagnóstico definitivo de amenaza de aborto se debe hacer después del examen ultrasonográfico, lo que confirma la presencia de actividad cardíaca fetal en un embarazo intrauterino.<sup>18</sup>

**Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en:**

- Mujeres mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos
- Mujeres con enfermedad sistémica ( como la diabetes o disfunción tiroidea).<sup>19</sup>

**Tratamiento:**

**Médico**

- Hospitalización
- Reposo absoluto
- Medidas higiénico dietético
- Psicoterapia:
  - Si el embarazo es mayor de 12 semanas agregue: Indometacina, supositorio de 100mg, vía rectal, uno cada 24 horas por tres días.
  - Si el embarazo es menor a 12 semanas indicar: progesterona 200mg VO c/12 horas o 400mg VO o vía vaginal/ día por 7 días.
  - Control o monitoreo ecográfico cada 7 días o según criterio médico.

**Quirúrgico**

- Cerclaje ( en caso de incompetencia ístmico cervical).<sup>18</sup>

## **Complicaciones:**

### **Maternas:**

#### **Hipovolemia severa:**

Es una disminución significativa del volumen circulante de sangre. Los síntomas y signos asociados a la hipovolemia severa incluyen hipotensión arterial, taquicardia, hiperventilación, inquietud, confusión progresiva, somnolencia o estupor. La hipovolemia severa constituye una urgencia médica que requiere la inmediata reposición del volumen y la evacuación uterina mediante legrado uterino instrumental.<sup>20</sup>

#### **Aborto espontáneo:**

Se produce cuando el útero por causas no voluntarias, naturales, se contrae durante las etapas tempranas del desarrollo, antes de la semana 22 de gestación, interrumpiéndose así el embarazo como producto de alguna anomalía o disfunción, tales como insuficiencia de la función progesterona del cuerpo amarillo, insuficiencia de la función trófica o vegetativa del ovario, algunas ginecopatías, enfermedades del útero, anomalías congénitas del feto, enfermedades sistémicas de la madre, enfermedades infecciosas, etc. Se produce un sangrado vaginal por 5- 7 días y es similar a un periodo menstrual, dolor abdominal, calambres o espasmos, fiebre, debilidad, dolor de espalda. Es normal que se pierda un coágulo de sangre o tejido a través de la vagina.<sup>20</sup>

#### **Desprendimiento Prematuro de Placenta:**

Desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta insertada en su sitio normal, después de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto.

Según el porcentaje de desprendimiento: Grado I: Menor del 20% (1/5) de la placenta; Grado II: >del 20% y < del 50% (1/2) de la placenta; Grado III: Mayor del 50% de la placenta; Grado IV: Desprendimiento del 100%.

Según el tamaño del coágulo retroplacentario: Leve: Coágulo de unos 30ml; Moderado: Coágulo de 30 a 150ml; Severo: Coágulo > 150ml.<sup>21</sup>

### **Ruptura Prematura de Membranas:**

Es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación.

Se presenta con una frecuencia entre el 4-18% de los partos y es causa del 50% del parto pretérmino y contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales.

Se clasifica en: Ruptura prematura de membranas sin infección intraamniótica: pérdida de líquido por cuello uterino, antes de iniciarse trabajo de parto, funciones vitales estables.

Ruptura prematura de membranas con infección intraamniótica: pérdida de líquido turbio, purulento o fétido, temperatura mayor de 38° C, taquicardia materna, taquicardia fetal, abdomen doloroso: útero doloroso, irritabilidad uterina, sintomatología de sepsis o shock séptico.<sup>21</sup>

### **Placenta Previa:**

Cuadro caracterizado por la implantación total o parcial de la placenta en el segmento inferior uterino. Los síntomas y signos que presenta el paciente es: hemorragia vaginal indolora, color rojo rutilante, aparición en forma insidiosa. Útero relajado, blando y no doloroso (sin contracciones).

Se clasifica en: Placenta previa total: cubre totalmente el orificio cervical interno.

Placenta previa parcial: el borde placentario cubre parcialmente el orificio cervical interno.

Placenta previa marginal: borde inferior de la placenta a menos de 5cm. del orificio cervical interno.<sup>21</sup>

**Retención placentaria:**

Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.<sup>22</sup>

**Oligoamnios severo:**

Es un trastorno que se diagnostica durante un ultrasonido, revelando un índice de líquido amniótico menor de 5 cm<sup>3</sup>.<sup>22</sup>

**Perinatales:**

Una reciente revisión sistemática que incluye 14 estudios, señala que la amenaza de aborto durante el primer trimestre se asocia, en comparación con las gestaciones que no han presentado sangrado durante el primer trimestre, con un aumento significativo de:

**Prematuridad:**

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días. Se clasifica de la siguiente manera: leve (34–36 semanas); moderada (30–33 semanas); extrema (26–29 semanas) y muy extrema (22–25 semanas).<sup>23</sup>

**Bajo peso al nacer:**

Se denomina a todo neonato que en el momento de su nacimiento tenga un peso menor de 2500g, cualquiera que sea la causa y sin tener en cuenta la duración de la gestación, se considera que ha tenido una gestación más corta o un crecimiento intrauterino menor del esperado.<sup>23</sup>

**Óbito fetal:**

Es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.<sup>23</sup>

### **Sufrimiento fetal agudo:**

Alteración de la homeostasis materno- fetal que puede producir falta de oxígeno (hipoxia), aumento del CO<sub>2</sub> (hipercapnea), Ph > 7,2 (acidosis), disminución de glucosa (hipoglucemia).<sup>23</sup>

### **Retardo de crecimiento intrauterino:**

Disminución patológica del ritmo de crecimiento fetal, dando por resultado un feto que no alcanza su potencial genético de crecimiento y está en riesgo de sufrir mayor número de complicaciones perinatales e incluso la muerte.

- RCIU Tipo I: Presentan afectación del peso, talla y perímetro craneal. Es un crecimiento restringido que se inicia precozmente. Dos subtipos diferentes:
  - Tipo IA: de tipo “hereditario”, absolutamente normales en todos los aspectos. Son recién nacidos constitucionalmente pequeños.
  - Tipo IB: debido a cromosomopatías, embriopatías infecciosas o tóxicas, etc. Este subgrupo presenta riesgo de malformaciones.
- RCIU Tipo II: Presentan afectación sólo del peso. Es un crecimiento restringido que se inicia tardíamente (III trimestre).<sup>24</sup>

### **Incompatibilidad ABO:**

Es un proceso inmunológico que afecta al feto y al recién nacido, caracterizado por un cuadro de anemia hemolítica inmune debido a la incompatibilidad entre el grupo sanguíneo de la madre y el de su RN. Se produce por la interacción de los anticuerpos maternos anti-A o Anti-B con los glóbulos rojos A o B del feto. Los anticuerpos naturales” anti A y anti-B se encuentran normalmente en el suero de las madres del grupo O A y B, pero la enfermedad hemolítica está virtualmente limitada a los niños A o B de madres de grupo O. La manifestación principal es la ictericia. Un 10 a 20% de recién



nacidos con incompatibilidad ABO presentarán ictericia importante sobre todo en la incompatibilidad O-B. Suele comenzar durante las primeras 24 horas de vida. En raras ocasiones, si no es tratada, puede ocasionar kernicterus y muerte.<sup>24</sup>

### **Malformaciones Congénitas:**

Defecto de un órgano o región del cuerpo resultante de un proceso anormal del desarrollo. Pueden ser: anatómicas o estructurales.- embriogénesis defectuosa en los dos primeros meses de gestación; funcionales.- como retardo mental, ceguera, sordera.

El mecanismo de producción de una anomalía del desarrollo puede ser: preconcepcional: el defecto está en el gameto materno, paterno o de ambos, resultando un huevo defectuoso; postconcepcional: la causa que lo provoca, actúa en cualquier momento después de la fecundación.<sup>24</sup>

### **Asfixia Perinatal:**

Es la agresión producida al feto o al RN por: la falta de oxígeno (hipoxemia  $\downarrow$  PaO<sub>2</sub>) y/o a la falta de una perfusión tisular adecuada (isquemia) asociada a grados variables de hipercapnea ( $\uparrow$  CO<sub>2</sub>) y acidosis mixta: primero respiratoria por la retención de CO<sub>2</sub> y luego acidosis metabólica superpuesta (los tejidos no tienen O<sub>2</sub> y se acumula ácido láctico). La asfixia perinatal es secundaria a patologías materna, fetal o neonatal.<sup>24</sup>

## **2.3. Definición de Términos Básicos:**

- **Complicaciones Maternas:** son las alteraciones que se presentan durante el embarazo y los 42 días post parto.<sup>25</sup>
- **Complicaciones Perinatales:** son las alteraciones que se presentan en el feto desde las 22 semanas hasta los 28 días de nacido.<sup>25</sup>
- **Amenaza de Aborto:** es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 22 semanas o menos de la gestación, con ausencia de modificaciones cervicales.<sup>4</sup>

- **Antecedente de aborto:** corresponde a la paciente que haya presentado un episodio de aborto espontáneo previo a la gestación actual al menos una vez.<sup>25</sup>
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** es la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 20 semanas y antes del nacimiento del feto.<sup>21</sup>
- **Placenta previa:** la placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación.<sup>21</sup>
- **Ruptura prematura de membranas:** es la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina.<sup>21</sup>
- **Malformaciones congénitas:** incluyen no solo evidentes defectos estructurales, sino también defectos microscópicos, errores del metabolismo, trastornos fisiológicos y anomalías celulares y moleculares.<sup>24</sup>
- **Óbito fetal:** es la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación.<sup>23</sup>
- **Oligoamnios:** se define como la escasez o ausencia de líquido amniótico (menos de 400ml).<sup>22</sup>
- **Sufrimiento fetal agudo:** es ocasionado por cualquier factor que determine una marcada disminución en los intercambios gaseoso materno- placentario- fetales, conllevando a que el aporte de oxígeno al feto sea insuficiente y, a la vez, a que éste retenga anhídrido carbónico.<sup>23</sup>
- **Retención placentaria:** es la permanencia de toda la placenta después del parto (retención placentaria o encarcelamiento) o de una parte de la misma (retención parcial o de restos placentarios).<sup>22</sup>

**CAPITULO III**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**  
**DATOS MATERNOS**

**Tabla N°1:**

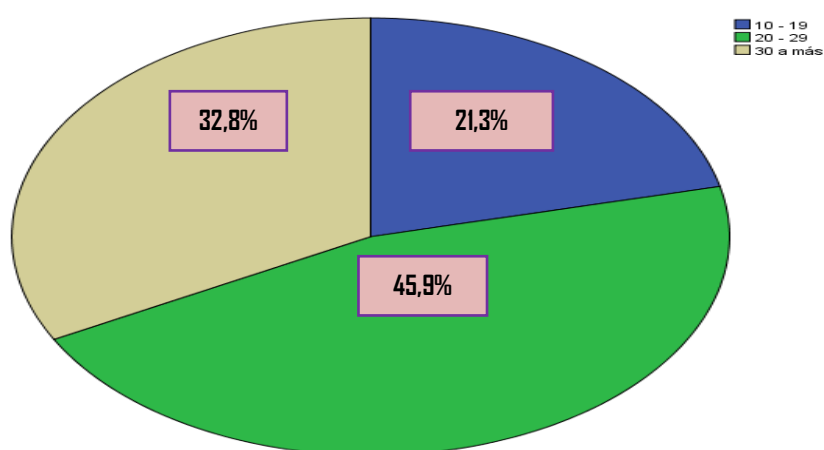
**Edad de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>				
10 - 19	13	21,3	21,3	21,3
20 - 29	28	45,9	45,9	67,2
30 a más	20	32,8	32,8	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°1:**

**Edad de las pacientes**



En la tabla y gráfico N° 1, se observa con respecto a la edad de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto que el 21,3% son adolescentes, el 45,9% son jóvenes y el 32,8% son adultos.

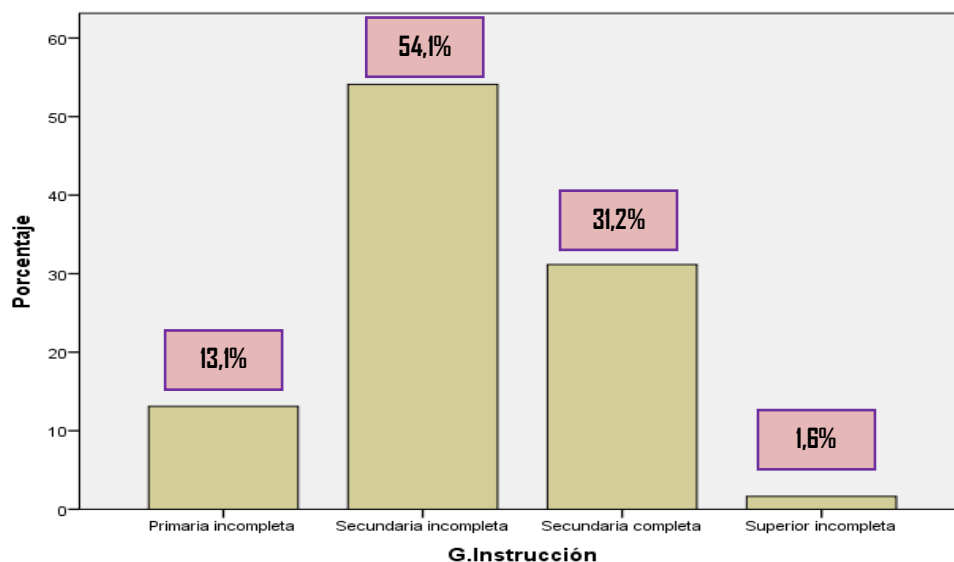
**Tabla N°2:**  
**Grado de instrucción de las pacientes que cursaron con**  
**amenaza de aborto en el Hospital Sergio E.**  
**Bernales Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Primaria incompleta</b>	8	13,1	13,1	13,1
<b>Secundaria incompleta</b>	33	54,1	54,1	44,3
<b>Válidos Secundaria completa</b>	19	31,2	31,2	98,4
<b>Superior incompleta</b>	1	1,6	1,6	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°2:**

**Grado de instrucción de las pacientes**



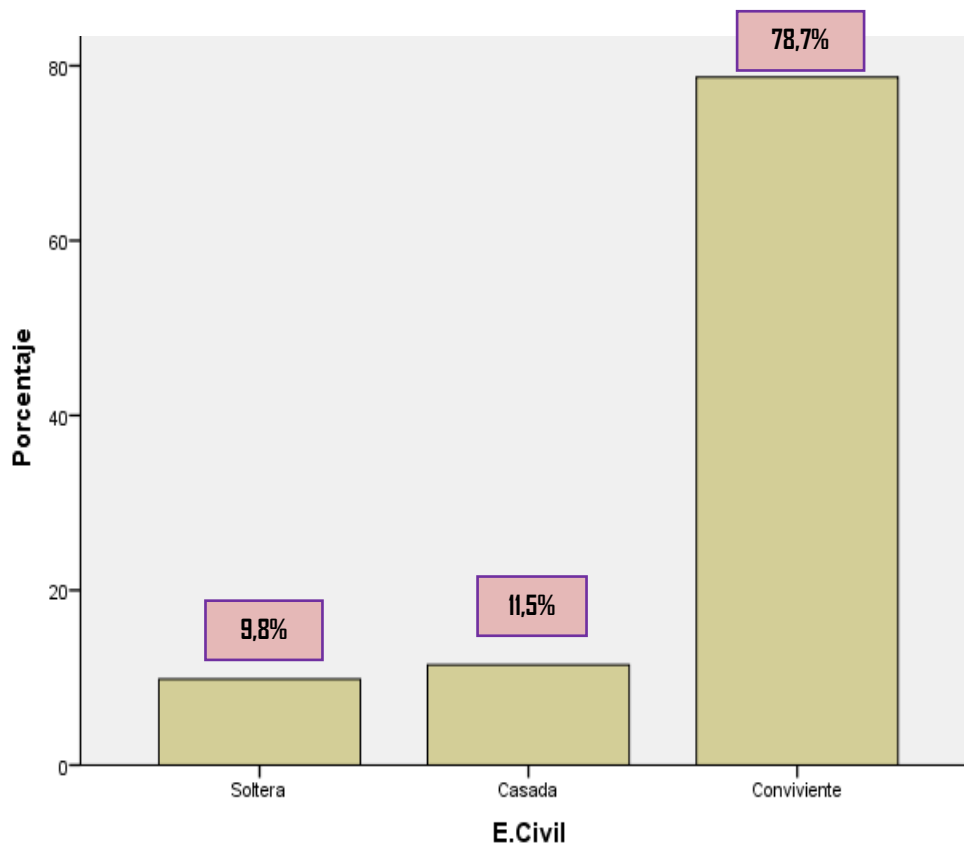
En la tabla y gráfico N° 2, se observa con respecto al grado de instrucción de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto que el 13,1% tuvo primaria incompleta, el 54,1% secundaria incompleta, el 31,2% secundaria completa y un 1,6% superior incompleta.

**Tabla N°3:  
Estado civil de las pacientes que cursaron con  
amenaza de aborto en el Hospital Sergio E.  
Bernales Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Soltera</b>	6	9,8	9,8
	<b>Casada</b>	7	11,5	21,3
	<b>Conviviente</b>	48	78,7	100,0
	<b>Total</b>	61	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°3:  
Estado civil de las pacientes**



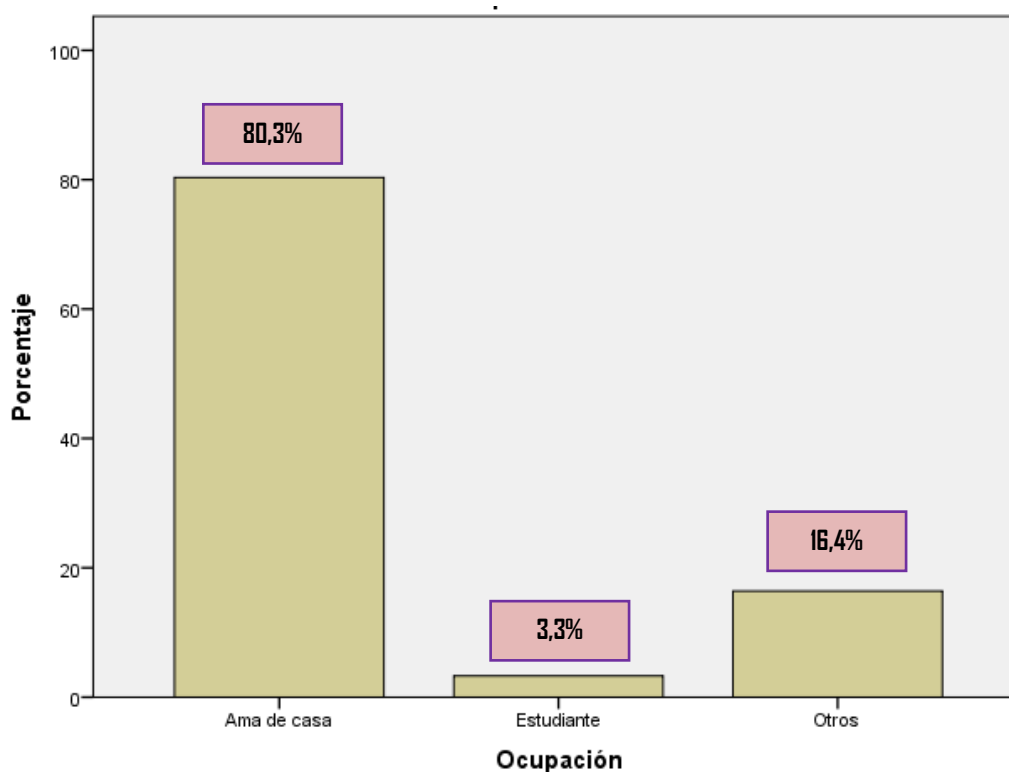
En la tabla y gráfico N° 3, se observa con respecto al estado civil de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto que el 9,8% es soltera, el 11,5% es casada y el 78,7% es conviviente.

**Tabla N°4:  
Ocupación de las pacientes que cursaron con amenaza de  
aborto en el Hospital Sergio E. Bernales Abril-  
Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>				
<b>Ama de casa</b>	49	80,3	80,3	80,3
<b>Estudiante</b>	2	3,3	3,3	83,6
<b>Otros</b>	10	16,4	16,4	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°4:  
Ocupación de las pacientes**



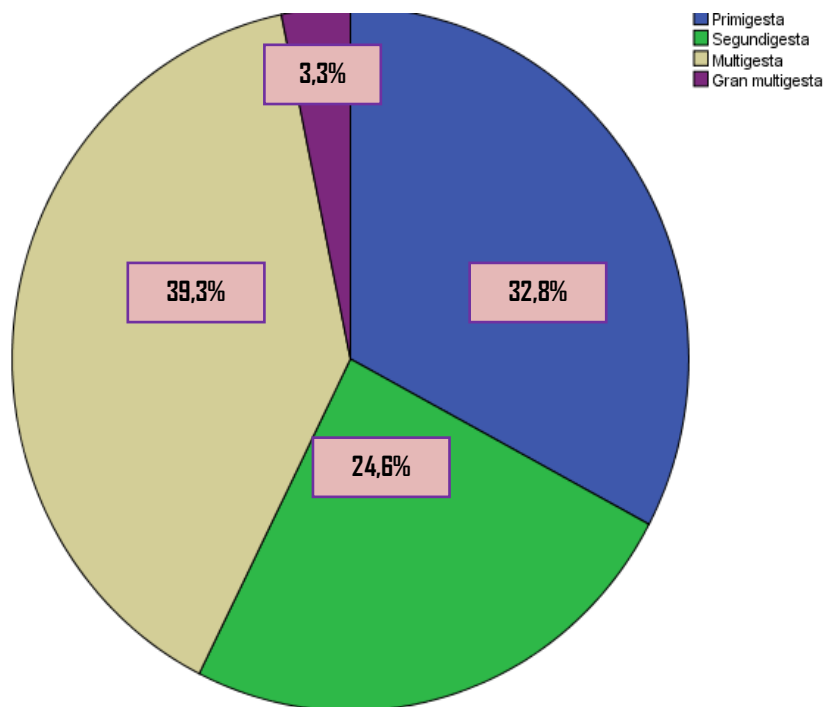
En la tabla y gráfico N° 4, se observa con respecto a la ocupación de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto que el 80,3% son ama de casa, el 3,3% son estudiantes y un 16,4% tiene otras ocupaciones.

**Tabla N°5:  
Número de Gestaciones de las pacientes que cursaron con  
amenaza de aborto en el Hospital Sergio E.  
Bernales Abril-Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Primigesta</b>	20	32,8	32,8	32,8
<b>Segundigesta</b>	15	24,6	24,6	57,4
<b>Válidos Multigesta</b>	24	39,3	39,3	96,7
<b>Gran multigesta</b>	2	3,3	3,3	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°5:  
Número de Gestaciones de las pacientes**



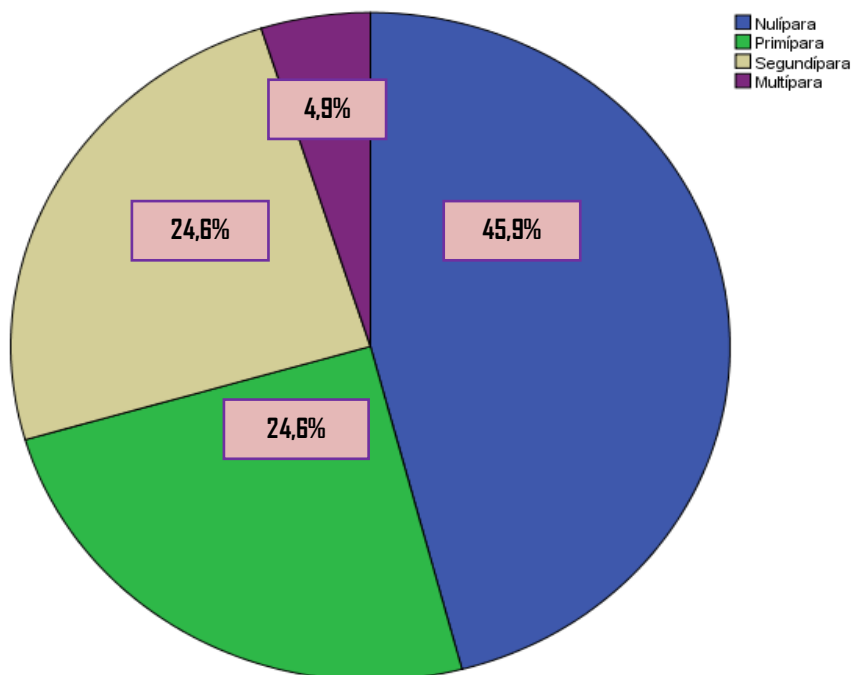
En la tabla y gráfico N° 5, se observa con respecto al número de gestaciones de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto que el 39,3% es multigesta, seguida de un 32,8% que es primigesta; 24,6% que es segundigesta y solo un 3,3% gran multigesta.

**Tabla N°6:**  
**Paridad de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto**  
**en el Hospital Sergio E. Bernales Abril- Setiembre**  
**2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Nulípara</b>	28	45,9	45,9	45,9
<b>Primípara</b>	15	24,6	24,6	70,5
<b>Válidos Segundípara</b>	15	24,6	24,6	95,1
<b>Múltipara</b>	3	4,9	4,9	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°6:**  
**Paridad de las pacientes**



En la tabla y gráfico N° 6, se observa con respecto a la paridad de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto tenemos que la mayoría es nulípara con un 45,9%, y solo un 4,9% es múltipara.

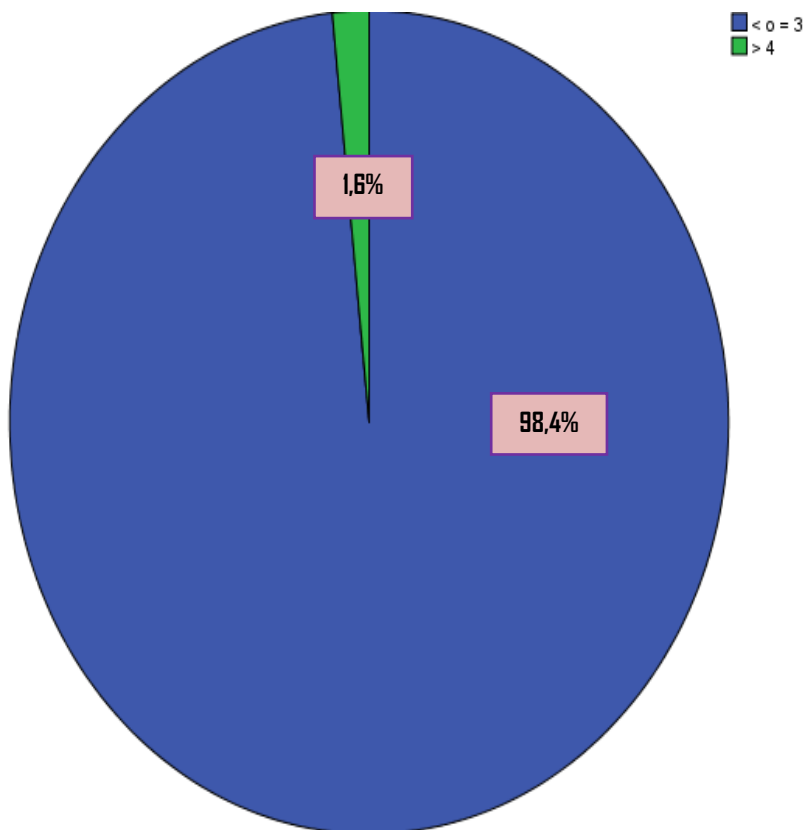


**Tabla N°7:  
Abortos anteriores de las pacientes que cursaron con  
amenaza de aborto en el Hospital Sergio E.  
Bernales Abril- Setiembre 2014**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>&lt; o = 3</b>	60	98,4	98,4	98,4
	<b>&gt; 4</b>	1	1,6	1,6	100,0
	<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°7:  
Abortos anteriores de las pacientes**



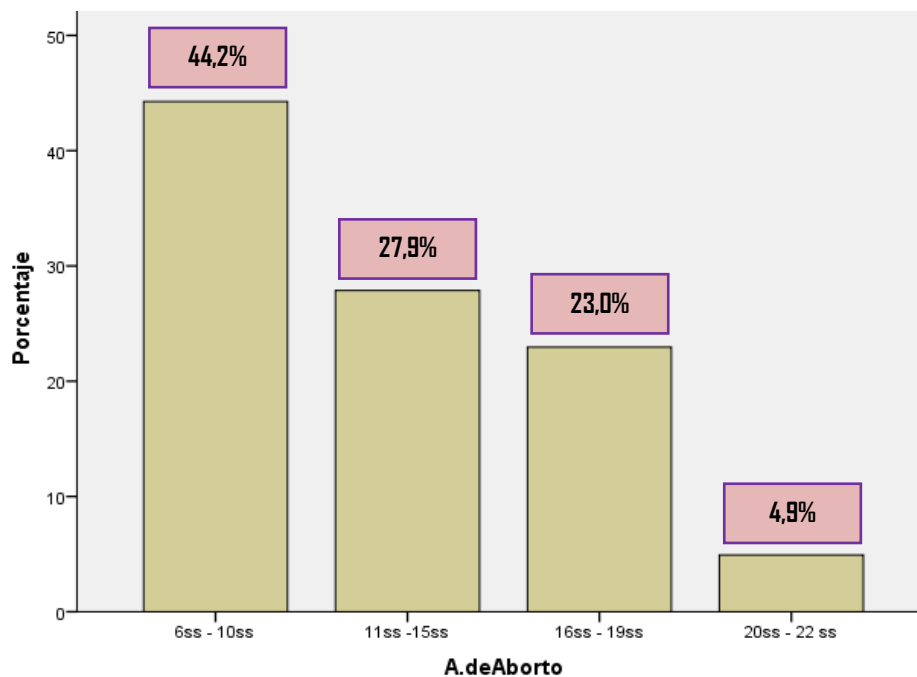
En la tabla y gráfico N° 7, se observa con respecto al número de abortos anteriores de las pacientes que cursaron con amenaza de aborto tenemos que el 98,4% tuvieron menor o igual a 3 abortos y 1,6% tuvo más de 4 abortos.

**Tabla N°8:**  
**Semana de presentación de la amenaza de aborto en las**  
**pacientes del Hospital Sergio E. Bernales Abril-**  
**Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>6ss - 10ss</b>	27	44,2	44,2	44,2
<b>11ss -15ss</b>	17	27,9	27,9	72,1
<b>Válidos 16ss - 19ss</b>	14	23,0	23,0	95,1
<b>20ss - 22ss</b>	3	4,9	4,9	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°8:**  
**Semana de presentación de la amenaza de aborto**



En la tabla y gráfico N° 8, se observa con respecto a la semana de presentación de la amenaza de aborto en las pacientes que en el 44,2% fue entre las 6 - 10ss; 27,9% entre las 11-15 ss; 23,0% entre las 16 - 19ss y solo un 4,9% entre las 20 - 22ss.

## DATOS DEL RECIÉN NACIDO

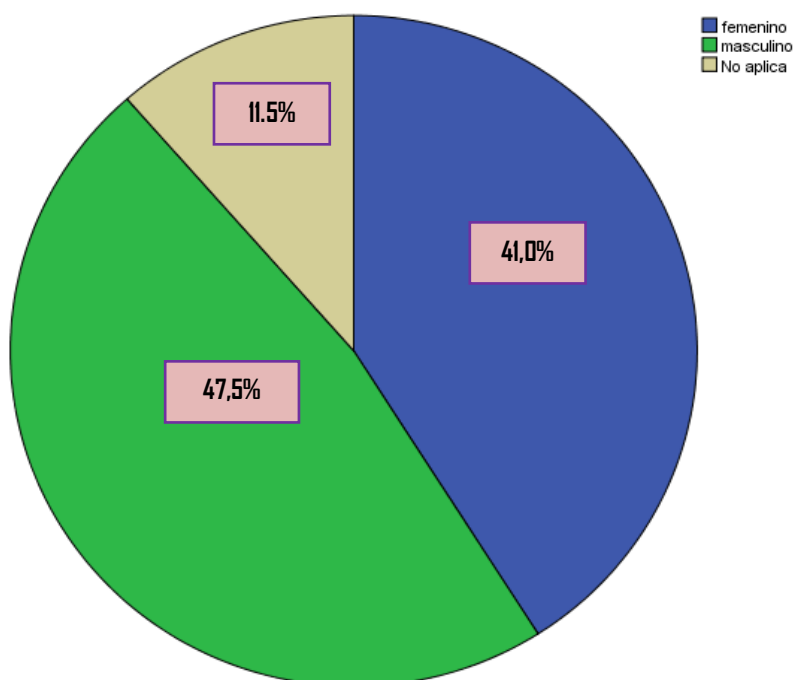
Tabla N°9:

### Sexo del Recién nacido en el Hospital Sergio E. Bernales Abril- Setiembre 2014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
femenino	25	41,0	41,0	41,0
masculino	29	47,5	47,5	88,5
No aplica	7	11,5	11,5	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°9:  
Sexo del Recién nacido



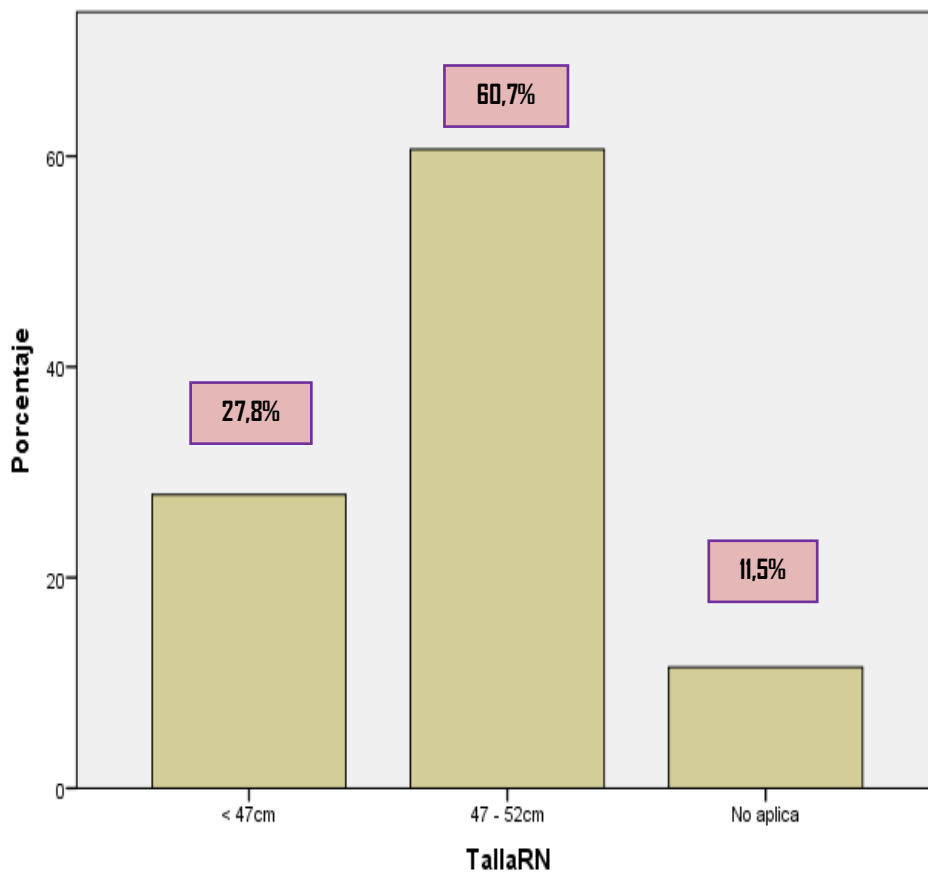
En la tabla y gráfico N° 9, se observa con respecto al sexo del recién nacido que un 41,0% es femenino, el 47,5% es masculino y un 11,5% no aplica, debido a que la paciente presentó un aborto espontáneo.

**Tabla N°10:**  
**Talla del Recién nacido en el Hospital Sergio E. Bernales**  
**Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>				
< 47 cm	17	27,8	27,8	27,8
47 – 52 cm	37	60,7	60,7	88,5
No aplica	7	11,5	11,5	100,0
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°10:**  
**Talla del Recién nacido**



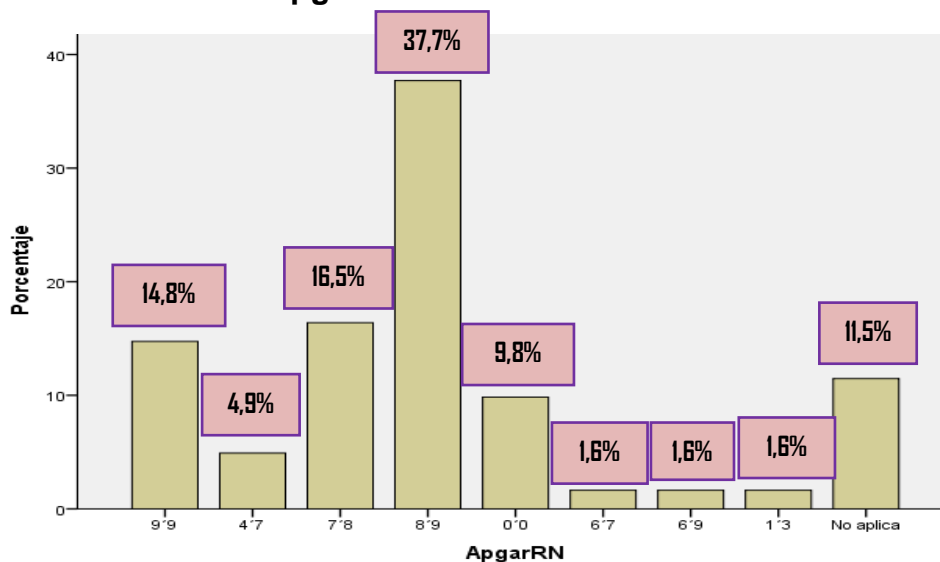
En la tabla y gráfico N° 10, se observa con respecto a la talla del recién nacido tenemos que el 60,7% tiene una talla entre los 47-52 cm, seguido de un 27,8% que tiene una talla menor a los 47 cm.

**Tabla N°11:**  
**Apgar del Recién nacido en el Hospital Sergio E. Bernales**  
**Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>9<sup>9</sup></b>	9	14,8	14,8	14,8
<b>4<sup>7</sup></b>	3	4,9	4,9	19,7
<b>7<sup>8</sup></b>	10	16,5	16,5	36,1
<b>8<sup>9</sup></b>	23	37,7	37,7	73,8
<b>0<sup>0</sup></b>	6	9,8	9,8	83,6
<b>Válidos 6<sup>7</sup></b>	1	1,6	1,6	85,2
<b>6<sup>9</sup></b>	1	1,6	1,6	86,9
<b>1<sup>3</sup></b>	1	1,6	1,6	88,5
<b>No aplica</b>	7	11,5	11,5	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°11:**  
**Apgar del Recién nacido**



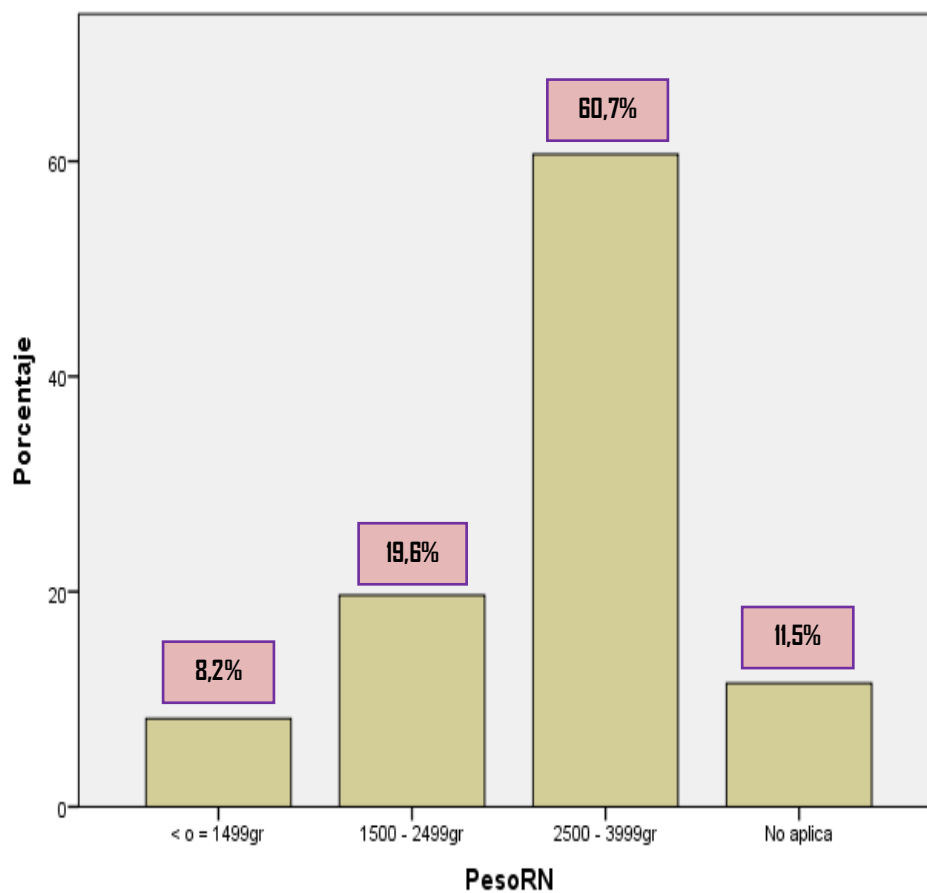
En la tabla y gráfico N° 11, se observa con respecto al Apgar del recién nacido que los de mayor predominancia son los que tienen 8<sup>1</sup> 9<sup>5</sup> con un 37,7 %, y con un porcentaje de 1,6% cada uno los que tienen 6<sup>1</sup>7<sup>5</sup>, 6<sup>1</sup>9<sup>5</sup> y 1<sup>1</sup> 3<sup>5</sup>.

**Tabla N°12:**  
**Peso del Recién nacido en el Hospital Sergio E. Bernales**  
**Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>				
< o = 1499 gr	5	8,2	8,2	8,2
1500 – 2499 gr	12	19,6	19,6	27,9
2500 – 3999 gr	37	60,7	60,7	88,5
No aplica	7	11,5	11,5	100,0
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°12: Peso del Recién nacido**



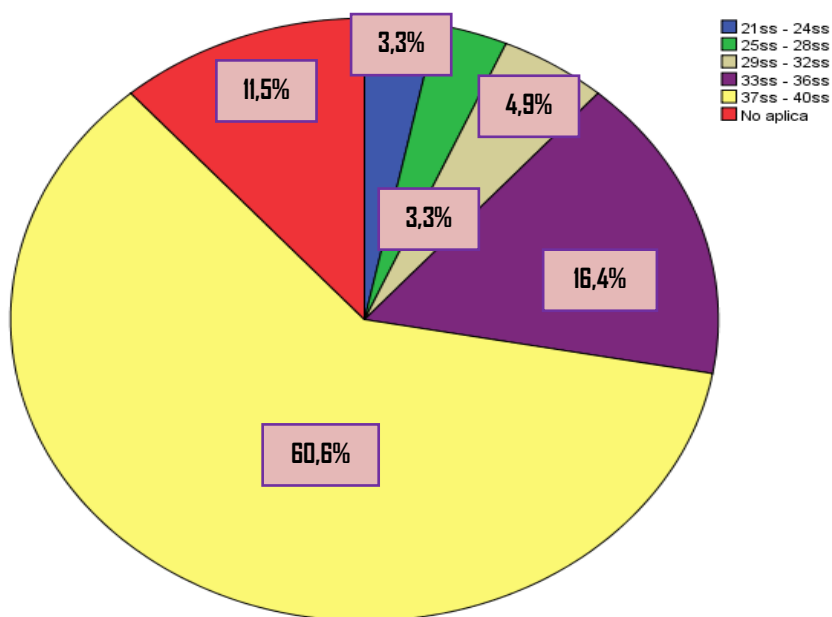
En la tabla y gráfico N° 12, se observa en relación al peso del recién nacido tenemos que un 60,7% tuvo un peso entre 2500 - 3999 gr y solo un 8,2% obtuvo un peso < o = 1499 gr.

**Tabla N°13:  
Edad Gestacional del Recién nacido en el Hospital Sergio E.  
Bernales Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
21ss - 24ss	2	3,3	3,3	3,3
25ss - 28ss	2	3,3	3,3	6,6
29ss - 32ss	3	4,9	4,9	11,5
Válidos 33ss - 36ss	10	16,4	16,4	27,9
37ss - 40ss	37	60,6	60,6	88,5
No aplica	7	11,5	11,5	100,0
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°13: Edad Gestacional del Recién nacido**



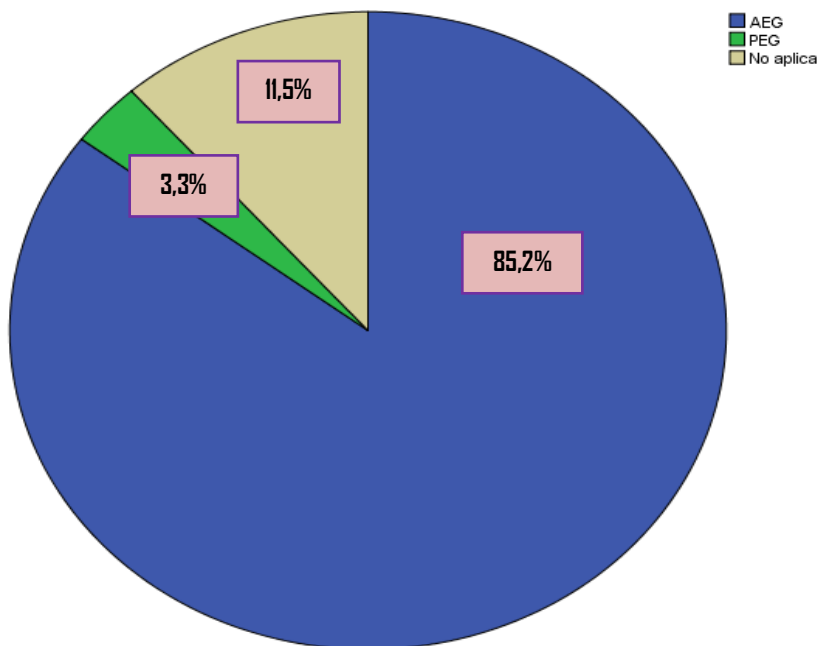
En la tabla y gráfico N° 13, se observa en relación a la edad gestacional del recién nacido que el 60,6% es a término, seguido de un 16,4% que es pretérmino.

**Tabla N°14:**  
**Relación Peso- Edad Gestacional del Recién nacido en el**  
**Hospital Sergio E. Bernales Abril- Setiembre**  
**2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>AEG</b>	52	85,2	85,2	85,2
<b>PEG</b>	2	3,3	3,3	88,5
<b>Válidos</b>	<b>No aplica</b>	7	11,5	100,0
<b>Total</b>	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°14:**  
**Relación Peso- Edad Gestacional del Recién nacido**



En la tabla y gráfico N° 14, se observa que en la relación entre peso- edad gestacional del recién nacido los de mayor predominancia son los adecuado para la edad gestacional (AEG) con un 85,2 % y con menor porcentaje de 3,3% son los pequeño para la edad gestacional (PEG).

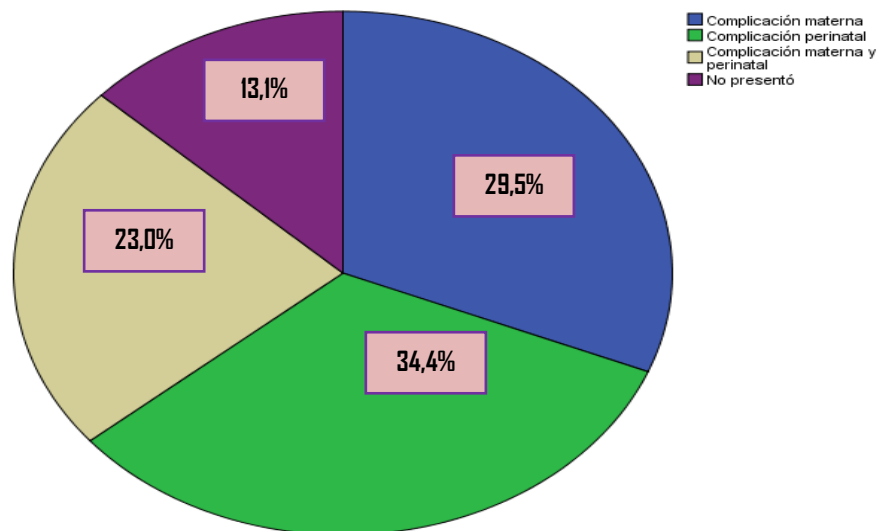


**Tabla N°15:**  
**Complicaciones Maternas Perinatales en pacientes que**  
**cursaron con amenaza de aborto en el Hospital**  
**Sergio E. Bernales Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Complicación materna	18	29,5	29,5	29,5
Complicación perinatal	21	34,4	34,4	63,9
Válidos Complicación materna y perinatal	14	23,0	23,0	86,9
No presentó	8	13,1	13,1	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°15:**  
**Complicaciones Maternas Perinatales en pacientes que**  
**cursaron con amenaza de aborto**



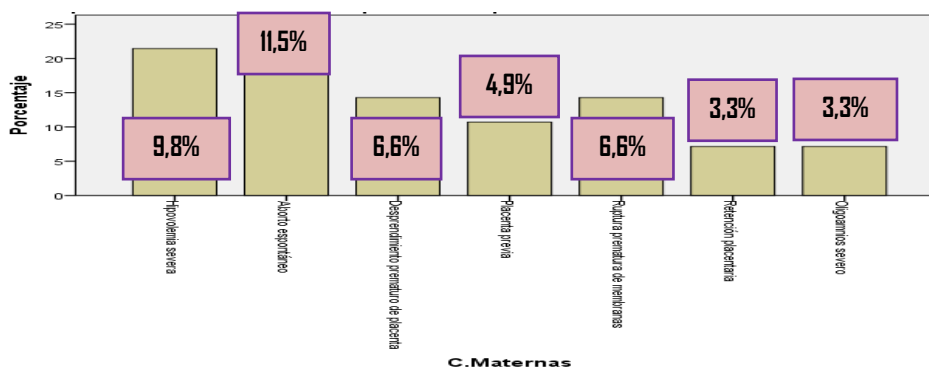
En la tabla y gráfico N° 15, se observa que las complicaciones maternas- perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto, el 29,5 % tuvo complicación materna; el 34,4% complicación perinatal; 23,0 % materna – perinatal y el 13,1 % no presentó complicación.

**Tabla N° 16:**  
**Complicaciones Maternas en pacientes que cursaron con**  
**amenaza de aborto en el Hospital Sergio E.**  
**Bernales Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Hipovolemia severa</b>	6	9,8	21,4	21,4
<b>Aborto espontáneo</b>	7	11,5	25,0	46,4
<b>Desprendimiento prematuro de placenta</b>	4	6,6	14,3	60,7
<b>Placenta previa</b>	3	4,9	10,7	71,4
<b>Ruptura prematura de membranas</b>	4	6,6	14,3	85,7
<b>Retención placentaria</b>	2	3,3	7,1	92,9
<b>Oligoamnios severo</b>	2	3,3	7,1	100,0
<b>Total</b>	28	45,9	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°16:**  
**Complicaciones Maternas en pacientes que cursaron con**  
**amenaza de aborto**



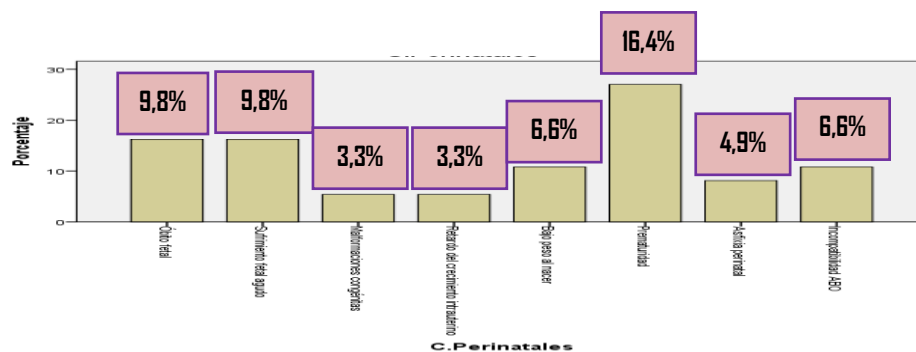
En la tabla y gráfico N° 16, se observa que las que complicaciones maternas que presentaron las pacientes que cursaron amenaza de aborto fueron: 9,8% hipovolemia severa; 11,5% aborto espontáneo; 6,6% desprendimiento prematuro de placenta; 4,9% placenta previa; 6,6% ruptura prematura de membranas; 3,3% retención placentaria; 3,3% oligoamnios severo.

**Tabla N°17:**  
**Complicaciones Perinatales en pacientes que cursaron con**  
**amenaza de aborto en el Hospital Sergio E.**  
**Bernales Abril- Setiembre 2014**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Óbito fetal	6	9,8	16,2	16,2
Sufrimiento fetal agudo	6	9,8	16,2	32,4
Malformaciones congénitas	2	3,3	5,4	37,8
Retardo del crecimiento intrauterino	2	3,3	5,4	43,2
Bajo peso al nacer	4	6,6	10,8	54,1
Prematuridad	10	16,4	27,0	81,1
Asfixia perinatal	3	4,9	8,1	89,2
Incompatibilidad ABO	4	6,6	10,8	100,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>60,7</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°17:**  
**Complicaciones Perinatales en pacientes que cursaron con**  
**amenaza de aborto**



En la tabla y gráfico N° 17, se observa que las que complicaciones perinatales que presentaron las pacientes que cursaron amenaza de aborto fueron: 9,8% fue óbito fetal, 9,8% sufrimiento fetal agudo, 3,3% malformaciones congénitas, 3,3% retardo del crecimiento intrauterino, 6,6% bajo peso al nacer, 16,4% prematuridad, 4,9% asfixia perinatal, 6,6% incompatibilidad ABO.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La razón fundamental que motivó la presente investigación fue la observación de complicaciones maternas y perinatales en aquellas pacientes que cursaron con amenaza de aborto durante su gestación, constituyéndose este último en un factor de riesgo importante para el posterior desarrollo y evolución de dichas complicaciones. Asimismo, pudimos identificar una serie de factores de riesgo relacionado con la amenaza de aborto, cuyo oportuno control podría disminuir la incidencia de esta patología.

En relación a los factores de riesgo de amenaza de aborto, se pudo identificar algunas características maternas y antecedentes gineco-obstétricos que tienen mucha importancia en la incidencia de este problema.

Así, se pudo observar que la edad materna es una variable importante en la presencia de amenaza de aborto. Se halló con mayor frecuencia en madres jóvenes (20-29 años), convivientes, secundaria incompleta, y amas de casa, sin embargo, Saraswat L. et al, encontró en su estudio que las gestantes con edad menor de 21 años y mayor de 35 años tiene mayor probabilidad de presentar amenaza de aborto, también evidenció que hay mayor prevalencia de abortos espontáneos en mujeres con un bajo nivel instruccional y una relación inestable durante su embarazo.

Otra variable importante fue el número de gestaciones. Se halló que aquellas pacientes multigestas presentaron un mayor riesgo de amenaza de aborto, igual que en la investigación de Dongol A. et al, donde las pacientes que tenían más de 4 gestaciones presentaron mayor frecuencia de amenaza de aborto.

De igual manera, el antecedente de aborto también constituyó un factor de riesgo de amenaza de aborto, así pues se encontró una similitud con el trabajo de Dadkhah F y cols, quien encontró en su estudio que las pacientes que tienen antecedentes de aborto habitual y aborto espontáneo son más propensas a presentar amenaza de aborto.

En relación a la semana de presentación de la amenaza de aborto la mayoría fue entre las 6 y 10ss de gestación, información similar se encontró en el trabajo realizado por Ahmed S y cols, quienes indican que ha menor tiempo de gestación mayor riesgo de presentar amenaza de aborto.

Del mismo modo, se halló en las gestantes con amenaza de aborto una serie de problemas maternos, tales como oligoamnios, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas (RPM), retención placentaria, hipovolemia severa, placenta previa (PP), por otro lado, Orbegoso A, encontró en su estudio, también problemas maternos como consecuencia de la amenaza de aborto los cuales eran: ruptura de membranas (RPM), hipovolemia severa, pre-eclampsia.

La amenaza de aborto es un factor de riesgo importante para presentar complicaciones como: ruptura prematura de membranas (6,6%), hipovolemia severa (9,8%). Estas cifras son distintas a las reportadas por Rodríguez L quien refiere: pre-eclampsia (5%), ruptura prematura de membranas (34%), hipovolemia severa (16%).

Se encontró en las gestantes que cursaron con amenaza de aborto una serie de problemas perinatales, tales como óbito fetal, sufrimiento fetal agudo, malformaciones congénitas, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad, asfixia perinatal, incompatibilidad ABO, por otro parte, Padilla J encontró en su investigación, también problemas perinatales como consecuencia de la amenaza de aborto los cuales eran: bajo peso al nacer, prematuridad, apgar < 7 a los cinco minutos, pequeño para la edad gestacional.

En cuanto a las complicaciones perinatales en las gestantes que cursaron con amenaza de aborto se observó que el 6,6% presentaron bajo peso al nacer, un 16,4% prematuridad y un 13,0% con apgar < 7 a los cinco minutos, un 3,3% pequeño para la edad gestacional, cifras distintas a la investigación de Padilla J. quien observó que el: 19,6% presentaron bajo peso al nacer, un 23,9% prematuridad y un 4,3% con Apgar < 7 a los cinco minutos, un 8,7% pequeño para la edad gestacional.

## **CONCLUSIONES**

1. La amenaza de aborto constituye un factor de riesgo para desarrollar una serie de problemas maternos tales como: hipovolemia severa, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, retención placentaria y oligoamnios severo.
2. Se determinó que las complicaciones perinatales que presentaron las pacientes que cursaron con amenaza de aborto fueron: óbito fetal, sufrimiento fetal agudo, malformaciones congénitas, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad, asfixia perinatal, incompatibilidad ABO.

## RECOMENDACIONES

- En el control prenatal se debe realizar una estricta vigilancia por parte del equipo multidisciplinario a todas aquellas pacientes que tienen factores de riesgo para cursar con amenaza de aborto.
- Al momento de recibir a una mujer con una complicación de aborto, se debe iniciar la prestación de servicios con información y orientación, mediante un seguimiento adecuado durante su embarazo, parto y puerperio.
- Insistir en un seguimiento nutricional cercano a las pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, ya que en ellas se concentra los niveles más altos de morbilidad infantil, bajo peso al nacer y prematuridad.
- Que el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Sergio E. Bernaldes brinde una adecuada atención preconcepcional a todas las mujeres en edad reproductiva, de preferencia a aquellas pacientes que presentan de tres gestaciones a más para evitar que las gestantes no lleguen a un número de gestaciones que signifiquen un riesgo de cursar amenaza de aborto.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Van Oppenraaij R, et al. La predicción de resultados obstétricos adversos después de los eventos tempranos del embarazo y la revisión de complicaciones. Rev Hum de Países Bajos. 2010; 15 (4): 409-21.
2. SEGO. Aborto espontáneo. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011; 54(4): 207 -24.
3. Schwarcz R. Obstetricia. 5ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1995.
4. González A. Amenaza de aborto. Rev Med de Costa Rica y Centro América. 2011; 68 (599): 495-8.
5. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. [Sitio en internet]. Consultado el 24 de Setiembre de 2014. Disponible en: [www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D503.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D503.pdf)
6. Pavón X. Las cifras hablan, el aborto es un problema de salud pública. 2nd ed. La Paz: Ipas Bolivia; 2011.
7. Fuentes C. El aborto en el mundo- datos que alarman. [Sitio en internet]. Consultado el 10 de Agosto del 2015. Disponible en: <http://aborto.cc/porcentaje-de-abortos.html>
8. Casasco G y Pietrantonio E. Aborto: Guía de Atención. Rev Cien de América Latina, Caribe, España y Portugal. 2009; 27 (151): 33-41.



9. Bimsara H. et al. Resultados obstétricos adversos en gestantes con historia de amenaza de aborto. Diario de Obstetricia y Ginecología de Sri Lanka. 2009; 117: 245-257.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetricia de Williams. 23va ed. México D.F: Mc Graw-Hill; 2011.
11. Saraswat L et al. Resultado materno y perinatal en mujeres con aborto involuntario amenazada en el primer trimestre: una revisión sistemática, en el Hospital Materno de Aberdeen; 2010 [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano] Aberdeen, Reino Unido. Universidad de Aberdeen; 2009. Fecha de acceso: 27 de setiembre de 2014. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19943827>
12. Dongol A et al. Evolución de las gestantes con historia de amenaza de aborto que respondieron al tratamiento en el Hospital Dhulikhel; 2011 [Tesis para optar el Título de Bioquímico Farmacéutico] Dhulikhel, India. Universidad de Dhulikhel; 2010. Fecha de acceso: 28 de setiembre de 2014. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22610808>
13. Dadkhah F y cols. Resultados del embarazo en gestaciones con amenaza de aborto en el Hospital de Teherán; 2010 [Tesis para optar el Título de Médico Ginecólogo] Teherán, Irán. Universidad de Teherán; 2009. Fecha de acceso: 29 de setiembre de 2014. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20231080>
14. Ahmed S y cols. Resultados maternos y neonatales en mujeres con amenaza de aborto en el Hospital de en su trabajo realizado en el Hospital de Abdulaziz; 2012 [Tesis para optar el Título de Licenciado en Obstetricia] Abdulaziz, Arabia Saudita. Universidad de Abdulaziz; 2011. Fecha de acceso: 29 de setiembre de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23217204>

15. Rodríguez L. Amenaza de aborto como factor de riesgo para resultados obstétricos desfavorables en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2014 [Tesis para Optar el Grado de Bachiller en Medicina] La Libertad, Perú. Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
16. Padilla J. Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2014 [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano] La Libertad, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.
17. Orbegoso A. Factores asociados a amenaza de aborto en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria en el año 2014 [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano] La Libertad, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.
18. Riveros J y cols. Normas de diagnóstico y tratamiento en Ginecología. 1ra ed. La Paz: Makro; 2012.
19. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención. [Sitio en internet]. Consultado el 24 de Setiembre de 2014. Disponible en: <http://cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
20. Alvarado G. Tesis Aborto. [Sitio en internet]. Consultado el 26 de Setiembre de 2014. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/80699013/Tesis-Del-Aborto>
21. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima: Servicios Gráficos; 2010.
22. Ministerio de Salud. Guías Clínica para la Atención del Neonato. Managua: Normativa 108; 2013.
23. Instituto Materno Perinatal. Guías de práctica clínica de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Servicios Gráficos; 2010.

- 24.** Ministerio de Salud. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. Lima: servicios gráficos; 2010.
  
- 25.** Garay R. Principales Complicaciones Materno Perinatales en las Adolescentes Atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante Julio-Diciembre 2010 [Tesis para optar el grado de Bachiller en Obstetricia] Lima, Perú. Universidad Alas Peruanas; 2011.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO:** Complicaciones maternas perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son las complicaciones maternas perinatales en pacientes que cursaron amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las complicaciones maternas en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales?</li> <li>• ¿Cuáles son las complicaciones perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar las complicaciones maternas perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo de Abril a Setiembre del 2014.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las complicaciones maternas en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales.</li> <li>• Identificar las complicaciones perinatales en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el Hospital Sergio E. Bernales.</li> </ul>	<p>El presente proyecto de investigación no presenta hipótesis porque es un estudio descriptivo.</p>	<p>*Complicaciones maternas en la amenaza de aborto</p> <p>*Complicaciones perinatales en la amenaza de aborto</p>	<p><b>COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO:</b></p> <p><b>1. Maternas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Hipovolemia severa</li> <li>b) Aborto espontáneo</li> <li>c) Desprendimiento prematuro de placenta</li> <li>d) Ruptura prematura de membranas</li> <li>e) Placenta previa</li> <li>f) Retención placentaria</li> <li>g) Oligoamnios severo</li> </ol> <p><b>2. Perinatales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Óbito Fetal</li> <li>b) Sufrimiento fetal agudo</li> <li>c) Malformaciones congénitas</li> <li>d) Retardo del crecimiento intrauterino</li> <li>e) Bajo peso al nacer</li> <li>f) Prematuridad</li> <li>g) Asfixia Perinatal</li> <li>h) Incompatibilidad ABO</li> </ol>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> Descriptivo, Retrospectivo y Transversal</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b> Aplicativo</p> <p><b>MÉTODO</b> Cuantitativo</p> <p><b>POBLACIÓN</b> 61 pacientes</p> <p><b>MUESTRA</b> Se trabajará con el total de la población, que es de 61 pacientes.</p> <p><b>TÉCNICA</b> Revisión de las historias clínicas</p> <p><b>INSTRUMENTOS</b> Ficha de recolección de datos</p>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Nº de Historia Clínica:**

**Fecha:**

**I. DATOS GENERALES:**

**I.1. Maternos**

1. Edad:

- a) 12 -19 años
- b) 20 -29 años
- c) 30 a más

2. Grado de instrucción:

- a) Ilustrada
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior incompleta
- g) Superior completa

3. Estado Civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Divorciada
- e) Viuda

4. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- c) Otros

5. Número de Gestaciones:

- a) Primigesta
- b) Segundigesta
- c) Multigesta
- d) Gran multigesta

6. Número de Partos:

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Secundípara
- d) Multípara

7. Número de Abortos:

- a)  $< 0 = 3$
- b)  $> 4$

8. ¿En qué semana se presentó la amenaza de aborto?:

- a) 6 ss - 10 ss
- b) 11 ss - 15 ss
- c) 16 ss - 19 ss
- d) 20 ss - 22 ss

## I.2. Recién Nacido:

1. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino
- c) No aplica

2. Talla:

- a)  $< 47$  cm
- b) 47 - 52 cm
- c)  $> 52$  cm
- d) No aplica

3. Apgar: .....<sup>1</sup>, .....<sup>5</sup>

4. Peso:

- a)  $< 0 = 1499$  gr
- b) 1500 - 2499 gr
- c) 2500 - 3999 gr
- d) No aplica

5. Edad gestacional al nacer:

- a) 21 - 24 ss
- b) 25 - 28 ss
- c) 29 - 32 ss
- d) 33 - 36 ss
- e) 37 - 40 ss
- f) No aplica

6. Relación peso- edad gestacional:

- a) AEG
- b) PEG
- c) GEG

## II. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN GESTANTES CON AMENAZA DE ABORTO:

### II.1. Maternas:

- 1. Hipovolemia severa ( )
- 2. Aborto espontáneo ( )
- 3. Desprendimiento prematuro de placenta ( )
- 4. Ruptura prematura de membranas ( )
- 5. Placenta previa ( )
- 6. Retención placentaria ( )
- 7. Oligoamnios severo ( )

### II.2. Perinatales:

- 1. Óbito Fetal ( )
- 2. Sufrimiento fetal Agudo ( )
- 3. Malformaciones congénitas ( )
- 4. Retardo del crecimiento intrauterino ( )
- 5. Bajo peso al nacer ( )
- 6. Prematuridad ( )
- 7. Asfixia Perinatal ( )
- 8. Incompatibilidad ABO ( )