



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA

TEMA:

**“ HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACION
ASOCIADAS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS DURAN. OCTUBRE 2018 –
ABRIL 2019 ”.**

AUTORES:

KEVIN ANDRES MITE MANZABA
TATIANA GABRIELA SURIAGA MENDOZA

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

BABAHOYO-LOS RÌOS-ECUADOR

2019



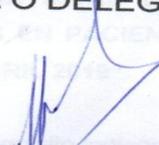
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

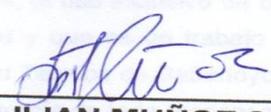


DECLARACIÓN DE AUTORIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN


OBST. ANITA PASOS BAÑO, MSC
DECANA O DELEGADO (A)


DR. CESAR BERMEO NICOLA, MSC
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)


OBST. LILIAN MUÑOZ SOLORZANO, MSC
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO


ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELÁ
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 8 de abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar**

Por medio de la presente declaramos ser autores del Informe final del Proyecto de Investigación titulado:

"HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN ASOCIADAS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS DURÁN, OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019"

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Obstetrix/Obstetra en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de nuestra labor investigativa.

Así mismo damos fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Obstetricia exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizamos en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autores

Kevin Andres Mite Manzaba
C.I: 0925901738

Tatiana Gabriela Suriaga Mendoza
C.I: 0705381671



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Dr. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR, en calidad de tutor del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: **“HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN ASOCIADAS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS DURÁN, OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019”**.

Elaborado por los estudiantes: **KEVIN ANDRES MITE MANZABA Y TATIANA GABRIELA SURIAGA MENDOZA** de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 8 días del mes de abril del año 2019.

FIRMA

Dr. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

CI. 1201835467



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Yo Dr. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR, en calidad de tutor del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: "HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN ASOCIADAS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS DURÁN, OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019".

Elaborado por los estudiantes: KEVIN ANDRES MITE MANZABA Y TATIANA GABRIELA SURIAGA MENDOZA de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, ha sido sometida al sistema de análisis de urkund obteniendo un 3% de similitud.

En la ciudad de Babahoyo a los 8 días del mes de abril del año 2019.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analyzed Document: WORD URKUND.docx (D50259073)
Submitted: 4/5/2019 7:48:00 PM
Submitted By: kevinmto130515@gmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

Md. Roberto Macías Díez.docx (D23114002)
TESIS PREVALENCIA DE ABORTO.docx (D41525291)
PATOLOGIAS EMBA 15A ROML.docx (D27240366)
Patologias Embarazo.docx (D12563925)
CASO CLINICO ISAMAR MAYERLY GARCIA ALCIVAR.docx (D41474399)
<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/medical-abortion/about/pac-20394687>

Instances where selected sources appear:

Dr. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

CI. 1201835467

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	II
ÍNDICE DE CUADROS	98
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	98
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN.....	VI
TEMA.....	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	2
1. PROBLEMA.....	2
1.1.2. Contexto Internacional.....	4
1.1.3. Contexto Nacional	6
1.1.4. Contexto Regional.....	7
1.1.5. Contexto Local y/o Institucional	9
1.3.1. Problema General	11
1.3.2. Problemas Derivados	11
1.6.1. Objetivo General	14
1.6.2. Objetivos Específicos	14
CAPITULO II.....	15
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1.1. Marco Conceptual	52
2.1.2. Antecedentes investigativos	55
2.2.1. Hipótesis General.....	58
2.2.2. Hipótesis Específicas	58
2.3.1. Variable Independientes.....	58
2.3.2. Variable Dependientes	59
2.3.3. Operacionalización de las Variables.....	59
CAPITULO III.....	60
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.4.1. Técnicas.....	61

3.4.2.	Instrumento	61
3.5.1.	Población	62
3.5.2.	Muestra	62
3.7	RECURSOS.....	65
CAPITULO IV.....		67
4.	Resultados de la investigación.....	67
4.1	Resultados obtenidos de la investigación	67
4.2	Análisis e interpretación de datos	79
4.3	Conclusiones.....	80
4.4	Recomendación	81
CAPÍTULO V.....		82
5.	PROPUESTA TEORICA DE LA APLICACIÓN.....	82
5.4.1	Objetivos Generales	83
5.4.2	Objetivos de Específicos.....	83
5.5.1	Estructura general de la propuesta	84
5.5.2	Componentes	84
5.6.1	Alcance de la Alternativa	85
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		86
ANEXOS.....		90

DEDICATORIA

Nuestro presente Proyecto de Investigación se lo dedicamos primero a Dios porque gracias a él tenemos vida y salud, y con su eterna bondad se logró llegar hasta este momento.

Queremos dedicar desde luego nuestro proyecto a nuestras familias pero principalmente a nuestros padres: Rosa Mendoza, Rodolfo Suriaga y Jackeline Manzaba porque sin su apoyo, comprensión, conversaciones alentándonos a seguir cada vez adelante, no habiéramos logrado llegar a nuestra tan anhelada meta. Gracias Padres porque sin ustedes nada de esto tendría sentido.

Así mismo sin ser menos importantes este trabajo está dedicado a cada uno de nuestros Maestros, Doctores, Compañeros de Carrera y Compañeros de la Vida, porque cada uno logro dejar una huella inolvidable en todos los pasos que dimos a lo largo de nuestra carrera Universitaria.

Dedicamos a cada uno de ustedes nuestro trabajo de Investigación.

Kevin y Tatiana.

AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento a Dios quien con su eterna bondad nos regaló la vida y la inteligencia para salir adelante en cada etapa de nuestra carrera.

Agradecemos a nuestros padres Rosa Mendoza, Rodolfo Suriaga y Jackeline Manzaba quienes nos dieron su apoyo incondicional, nos entendieron y comprendieron cuando tuvimos que migrar a otra ciudad por nuestros estudios e internado. Quienes estuvieron ahí para una palabra de aliento cuando pensábamos que no podríamos por eso y mucho más nuestro gran agradecimiento hacia ellos.

También queremos agradecer a quienes fueron un pilar fundamental durante nuestra carrera Universitaria, a nuestros excelente Docentes Universitarios quienes nos brindaron cada uno de sus conocimientos y nos hicieron profesionales de bien. Así mismo a nuestros Doctores de la Provincia de Bolívar quienes nos pulieron en nuestra etapa de internado culminando con grandes éxitos, gracias a cada uno de ustedes por entregarnos excelentes conocimientos y enseñanzas.

Sin olvidar a nuestros amigos y familiares que de una u otra forma fueron parte de nuestras vidas durante esta etapa Universitaria les quedamos eternamente agradecidos. Gracias a todos quienes fueron parte para cumplir con nuestro sueño, nuestra meta tan anhelada.

Kevin y Tatiana.

RESUMEN

Las hemorragias obstétricas tienen una incidencia de 3 a 5% en las embarazadas, por tanto, desarrollan patologías obstétricas que constantemente se asocian a la mortalidad materna y perinatal. A nivel mundial, las cifras anuales determinan que medio millón de mujeres fallece durante el embarazo o el parto como consecuencia de las complicaciones obstétricas. El presente estudio tiene como objetivo principal determinar hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital IESS Duran. Octubre 2018 – Abril 2019; se realizó un estudio descriptivo, observacional y no experimental, la unidad de análisis fue la historia clínica, el instrumento fue una base de datos elaborada en Excel con las variables de estudio, la muestra consistió en 372 pacientes que fueron atendidas en el Hospital IESS de Duran, con el diagnóstico de hemorragia en la primera mitad del embarazo; en los resultados obtenidos del análisis de la historia clínica, se destaca que el motivo de asistir a la consulta fue dolor hipogastrio con un presentándose 75% como principal factor de las complicaciones obstétricas. Otra complicación fue los abortos con un 94%, Síndrome de Asherman con un 43% e infertilidad por Ooforectomía con un 14% conclusión: Este trabajo tiene como finalidad conocer las principales hemorragias durante la primera mitad de la gestación con sus complicaciones que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico IEES duran durante el periodo Octubre 2018 Abril 2019 con el propósito de prevenir la morbilidad y mortalidad materna.

Palabras Claves: Complicaciones Obstétricas, Hemorragias, Embarazo, Mortalidad materna y Perinatal

Abstract

Obstetric hemorrhages have an incidence of three to five percent in pregnant women, therefore, they develop obstetric pathologies that are constantly associated with maternal and perinatal mortality. Worldwide, the annual figures determine that half a million women die during pregnancy or the part as a result of obstetric complications. The main objective of the present study was to determine hemorrhages of the first half of gestation associated with obstetric complications in patients treated at the IESS Duran Hospital. October 2018 - April 2019; A descriptive, observational and non-experimental study was conducted in 372 patients who were treated at the IESS Hospital in Duran, with the diagnosis of hemorrhage in the first half of pregnancy; In the results obtained from the survey, it is highlighted that the reason for attending the consultation of the respondents was that they had hypogastric pain, presenting as 75% the main factor of obstetric complications. Another complication was abortions with a 80%, Asherman síndrome with 43% and Infertility due to Orrectomy with 14% conclusion the purpose of this work is to know the main hemorrhages during the first half of pregnancy with their complications that come to the emergency service of the Basic Hospital IESS last during the period October 2018 April 2019 with the purpose of preventing maternal morbidity and mortality.

Key Words: Obstetric Complications, Hemorrhages, Pregnancy, Maternal and Perinatal Mortality

TEMA

“ HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACION ASOCIADAS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS DURAN. OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019 ”

INTRODUCCIÓN

En el año 2015 se estimó 303.000 muertes, en donde se relaciona países que poseen menos ingresos y en otros casos que podría haberse evitado con el debido control. El 99% de la mortalidad materna corresponde a países en desarrollo, el objetivo de la investigación es determinar las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el IESS de Durán, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019.

El presente trabajo desarrollado en el área de emergencias del Hospital del IESS en Durán en el periodo octubre 2018 – abril 2019 tiene como finalidad encontrar las principales patologías que se asocian a las hemorragias que se presentan en la primera mitad del embarazo con un universo de 571 gestantes que presentaron síntomas de hemorragia durante el embarazo en el Hospital del IESS de Durán en periodo de octubre del 2018 a abril del 2019.

El presente proyecto de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo se desarrolla bajo la línea de investigación de salud sexual y reproductiva, dentro del marco de Control Preconcepcional, Control Prenatal – Morbilidad Relacionada a la Vía del Parto.

El método de investigación es cuantitativo, descriptivo, observacional, no experimental, la unidad de análisis fue la Historia clínica que reposa en el área de estadística del Hospital IESS de Durán, el instrumento fue una hoja de cálculo de Excel con las variables de estudio se tuvo en consideración los criterios de inclusión y exclusión para tener un total de 372 pacientes de las cuales un 94% fueron Abortos embarazos ectópicos en 5% mola en 1%.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1. MARCO CONTEXTUAL

La mortalidad materna relacionada con el embarazo o parto representa una elevada tasa de muertes en todo el mundo. En el año 2015 se estimó 303.000 muertes, en donde se relaciona países que poseen menos ingresos y en otros casos que podría haberse evitado con el debido control. El 99% de la mortalidad materna corresponde a países en desarrollo. En el cuadro # 1 podemos encontrar las principales causas de mortalidad materna.

Causas de la mortalidad materna

Cuadro # 1: Causa de mortalidad materna



Elaboración: Kevin Mite; Tatiana Suriaga

Donde se puede destacar los siguientes factores para que se produzca una hemorragia durante la primera mitad de la gestación.

- Mayor probabilidad en zonas rurales y comunidades pobres.
- Las adolescentes corren mayor riesgo en consecuencia al embarazo.

- Los controles prenatales antes, durante y después son necesarios e importantes. (Organización Mundial de la Salud , 2018)

Alrededor del mundo, las hemorragias de las madres gestantes en el primer mitad del embarazo poseen una gran repercusión en las distintas unidades de salud que existen a nivel nacional en cada país y en forma general por el organismo regulador OMS, según esta entidad se producen aproximadamente 500.000 muertes maternas, de las cuales el 25% son muertes por hemorragias durante el embarazo y posparto, el 13 % son las hemorragias ocurridas En el primer trimestre de embarazo. (Guevara, 2010)

Un embarazo ectópico debido a sus particulares características posee gran incidencia en la muerte materna. Según un estudio en Cuba los casos de embarazo ectópico con el transcurso de los años aumentan y ocupa el primer lugar en sus estadísticas. (Yordanka Rodríguez Morales, 2010)

Mientras, un estudio de forma transversal de la Enfermedad Trofoblástica en el Hospital General Regional núm. 45 del IMSS en Guadalajara, Jalisco, (México). Se registraron y analizaron 142 casos de Enfermedad Trofoblástica gestacional donde se atendieron 34,571 nacimientos y 4,450 abortos. En Indonesia se reportó una incidencia de un caso por cada cien nacimientos mientras que en Japón de 1 por cada 483 en Pakistán de 1 por cada 246 mientras que en Estados Unidos y Europa de uno por cada mil nacimientos. (Suárez, Santana, Pantoja, Pérez, & Vázquez, 2008)

El Aborto en la mayoría de los países tienen una gran incidencia y proporción de muertes maternas en el mundo, derivadas del aborto inseguro (17%) aunque con una menor tasa de mortalidad (30 defunciones por aborto por cada cien mil nacidos vivos) a la que se observa en Asia (40 por cada cien mil N.V) y más de tres veces a las de África (100 muertes por cada cien mil N.V). Donde las diferencias al

interior de la región muestran que América del Sur es la sub región con la proporción más alta de defunciones maternas causadas por abortos inseguros (19%) seguidas del Caribe (13%) y siendo un poco menor para América Central (11%) (World Health Organization (WHO), 2018).

Datos y cifras

Entre el año 2010-2014, se reportaron 56 millones de abortos en donde el 25 % fueron diagnosticado con embarazos provocados, la mayoría de estos casos se presentaron en países de vías de desarrollo, las estadísticas muestran que a nivel global 25 millones de abortos se realizan en condiciones de seguridad, y 8 millones se presentaron en condiciones peligrosas de los cuales 3 de 4 abortos que se practican en el continente africano y en américa latina se realizan sin seguir el protocolo de seguridad, siendo África el país que presenta mayores tasas de mortalidad a consecuencia de aborto en condiciones pocas seguras. El costo anual de tratamiento como consecuencia de las complicaciones resultantes del aborto es de \$553 millones. (Organización Mundial de la Salud , 2018)

1.1.2. Contexto Internacional

A nivel de América del Sur los problemas por hemorragias en la primera mitad de gestación debido a complicaciones obstétricas en Perú en el año 2010 según la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, diariamente se registran la muerte de dos mujeres por complicaciones en el proceso de gestación. En este país se estima que por 100.000 recién nacidos 185 casos murieron a razón de diferentes tipos de aborto los cuales son catalogados como mortalidad materna (Guevara, 2010).

Un estudio realizado por (Sanchez, 2014) en el país antes mencionado sobre las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes medias y tardías atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García determinó que las principales complicaciones obstétricas se presentaron por anemia con un 29.1%, infección urinaria 25.5%, desgarro perineal 18.2% y pre eclampsia con un 9.1%, las cuales en su mayoría procedían de zonas rurales, la población estudiada mostraba que la mayoría poseía nivel de educación secundario, las cuales estaban pasando por el primer embarazo.

En Venezuela un estudio realizado por (Chacón, 2013) sobre el tema **“Manejo Actual de las Hemorragias Durante el Embarazo”**, se manifiesta que la mortalidad materna en IAHULA en el periodo 2001 a 2012 se debieron a la hipertensión arterial con un 43.79%, hemorragia con un porcentaje del 42.39% e infecciones con un 13.82%.

Donde determina que las principales causas de las hemorragias en la primera mitad del embarazo en el sector de IAHULA son provocadas principalmente por aborto, embarazo molar y embarazo ectópico, en el periodo estudio también se puede observar que 44.53% de las mujeres en estado de gestación no tenía control prenatal, el 41.95% si lo poseía y un 13.53% se desconocía si estaban bajo control.

En Bolivia un estudio realizado en el Hospital La Paz sobre las **“Complicaciones Obstétricas y Perinatales en Embarazadas Adolescentes y Adultas”** realizado por (Quispe, 2013) tomó una muestra de 345 personas en donde 41% de la población estudiada era adolescente y el 59% adultos, en primer lugar se encuentra la anemia con un 33%, que afecta a la progenitora, feto en casos extremos puede causar la muerte de ambos, la infección urinaria se vuelve hacer presente, la edad gestacional también inciden como amenaza debido a que los partos prematuras se presentan más frecuentes en las adolescentes.

1.1.3. Contexto Nacional.

En la Guía Práctica Clínica (GPC), desarrollada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador bajo el tema “**Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente**”; menciona las principales causas del aborto incompleto y principal complicación que es el shock hipovolémico y las infecciones, por tanto, el aumento de mortalidad materna hasta un 60%. Las alteraciones cromosómicas es uno de los factores asociados en la mitad o tercera partes de los casos, representan del 15% al 20% de pérdidas en la gestación. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En un trabajo de investigación en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo desde septiembre del 2012 A febrero del 2013, sobre “**Prevalencia de la Hemorragia Obstétrica de la primera mitad del Embarazo**” realizaron una encuesta a 102 pacientes, determinaron según el factor (tipo de aborto); el 56.98% se les había diagnosticado aborto incompleto, 30.16% aborto en curso, 1.67 % aborto molar, 2.79% embarazo ectópico y el 8.37% se les diagnosticó aborto séptico. Es decir, la mayoría de las encuestadas fueron diagnosticadas con aborto incompleto.

Los resultados obtenidos de la autora Andrea Natalia Vizcarra Vascones bajo el trabajo de investigación de la Universidad Central del Ecuador “**Morbilidad Materna por Complicaciones de Hemorragia, Trastornos Hipertensivos del Embarazo e Infecciones en Pacientes Atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo desde Enero a Diciembre del 2012**”, indica que las principales complicaciones durante el embarazo son : infección de vías urinarias, parto pretérmino, vaginosis bacteriana, preeclampsia, hemorragias durante la primera mitad y la retención de restos corioplacentarios

1.1.4. Contexto Regional.

Provincia del Guayas

Las muertes maternas registradas en la provincia del Guayas en el año 2017 se registraron 52 casos, en 2018 se redujo a 49 caso de mortalidad, esta provincia perteneciente a la zona 8 de desarrollo económico muestra un 32.47% de las muertes maternas, de este porcentaje el 10.39% se produjo en el primer trimestre de gestación, del porcentaje en estudio el 6% fue diagnosticado de embarazo ectópico y el 1% de enfermedades trofoblástica gestacional (Ministerio de Salud Pública, 2018).

En la provincia del Guayas la población que se ve más afectada por este tipo de hemorragia son las mujeres primigestas las cuales abarcan las edades de 16 a 25 años, ante esta situación el Ministerio de Salud Pública realiza talleres con la finalidad otorgar información a las gestantes que presentan algún tipo de hemorragia para de esta manera reducir la tasa de mortalidad materna en la primera etapa de gestación.

Estudios realizados en la provincia del Guayas en diferentes instituciones de salud sobre Hemorragias de la Primera Mitad de la Gestación Asociadas A Complicaciones Obstétricas por diferentes instituciones de educación superior presentan las siguientes investigaciones.

El estudio realizado por la autor Génesis Michelle Viteri Salazar en el Hospital Universitario de Guayaquil “**Analiza la Hemorragia del Primer trimestre en primigestas en el periodo 2015-2016**” en donde se presentaron un total de 256

casos de hemorragias en el tiempo de estudio determinado por el tema, en donde la incidencia de este objeto de estudio en el año 2015 es de un 0.08%, mientras que en 2016 baja a un 0.05%, la población de estudio mostró que un 73% mostraban sangrado y el 27% nos presentaron dichos síntomas.

La población más afectada por este tipo de hemorragia se ve representada con un 49% en edades menores a 20 años, 22% en pacientes de 41 años, 15% que se presentan entre 31 a 40 años de edad y un 14% en edades que parten de 21 a 30 años, las principales causas que generan la hemorragia en el primer trimestre de gestación son: la edad con un 29% de frecuencia, infecciones con un 24%, las enfermedades crónicas ocupan el tercer lugar con un 20%, la diferencia de los porcentajes de 12%, 7% y 5% pertenecen a las causas de factor genético, trastornos endocrinos y factor etiológico.

El estudio determinó que el 70% de las hemorragias provenían de pacientes que viven en lugares marginales, el 19% se localizaban en zonas urbanas, y el 11% restante se mostraron en áreas rurales, el nivel de preparación se muestra que sobresale la secundaria con un 49%, 42% primaria, y el 9% presenta una preparación avanzada.

1.1.5. Contexto Local y/o Institucional

Cantón Duran

En un informe realizado sobre ***“la Mortalidad Materna por zona en el año 2018 en el cantón Duran,*** detalla las principales causas de defunciones maternas que son: Enfermedad Hipertensiva 22.5%, Hemorragia Obstétrica 18.83%, los embarazos que terminan en el aborto 14.71%, y otras causas no obstétricas 22.5%; también especifican las principales provincias que reportan mayor número de defunciones que son: Guayas (43 casos), Pichincha(15) y el Chimborazo (10); dentro de los informes a nivel nacional sobre las principales variables se encuentra: la demora, controles prenatales y las causas básicas reportadas como factores principales que contribuyen a la mortalidad materna (Ministerio de Salud Pública , 2018)

Hospital IESS Durán

El hospital del IESS de Durán posee los servicios para atender emergencias, hospitalización, cirugías, quirófano y una moderna área de consulta externa, para poder atender a afiliados y no afiliados en emergencia.

En el periodo del año 2018 en el Hospital IESS Duran se presentaron 372 casos por hemorragias en el servicio de emergencias, de las cuales 280 presentaron dolor en hipogastrio y 10 casos de fiebre causada por diferentes tipos de abortos de las cuales se registraron 2 muertes maternas con embarazo ectópicos.

1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La problemática para estudiar se desarrolla en el Hospital del IEES de Durán dentro del periodo octubre 2018 – abril 2019, en donde nos enfocaremos en el análisis de las pacientes atendidas con síntomas de hemorragias de la primera mitad del embarazo relacionadas con complicaciones obstétricas.

La importancia de este estudio recalca en saber qué edad de la población se ve afectada por esta patología, cuáles de las complicaciones obstétricas es la que más incide en las hemorragias de la primera mitad y demás factores que hacen que el proceso de gestación sea interrumpido o sea tratado de manera adecuada para disminuir los porcentajes de muertes maternas debido a las hemorragias.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sangrado vaginal que se presenta en el periodo de embarazo se manifiesta entre las primeras 20 semanas de gestación, esto afecta al 20% de las mujeres, el proceso de ovulación se da aproximadamente en el décimo cuarto día, a partir de la ovulación se genera el periodo fértil del sexo femenino, al tener relaciones sexuales en estas fechas y si las condiciones hormonales se encuentran aptas, como resultado final se puede obtener el embarazo, dado aquello se debe proceder a realizar el control prenatal. Con ayuda de una ecografía se podrá constatar la evolución del embrión, latidos, placentas y demás controles del proceso de gestación para poder descartar patologías en la primera mitad del embarazo.

La presencia de flujo sanguíneo en la primera etapa de gestación es siempre motivo de preocupación y consulta urgente para recurrir a centros de salud más

cercano, debido que se pueden presentar diversos factores que pueden poner en riesgo la vida materna o causar futuras complicaciones en las siguientes etapas de la gestación.

Ante lo mencionado analizaremos a las pacientes embarazadas que acudieron al Hospital IESS de Durán bajo la patología de hemorragias que se presenten en la primera mitad del embarazo, para determinar las principales causas que afectan y consecuencia que afectan a la localidad de estudio y así determinar su tasa de mortalidad

1.3.1. Problema General.

¿Cuáles son las causas de las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019?

1.3.2. Problemas Derivados.

- ¿Qué características presentan las pacientes atendidas en el hospital en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019 sobre hemorragias de la primera mitad de la gestación?
- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y factores de riesgo asociadas a hemorragias de la primera mitad de la gestación en pacientes atendidas en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019?

1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación sobre hemorragias en la primera mitad de gestación por complicaciones obstétricas se realizó en el la siguiente institución y periodo:

Temporal: 1 de octubre del 2018 al 30 de abril del 2019

Espacial: Servicio de Emergencia

Institución: IESS – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Agencia Durán.

Dirección: Gonzalo Aparicio y Guillermo Davis

Cantón: Durán

Ciudad: Durán

Provincia: Guayas

Zona Distrital: Zona 8

País: Ecuador

1.5. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo desarrollado en el área de emergencias del Hospital del IESS en Durán en el periodo octubre 2018 – abril 2019 tiene como finalidad encontrar las principales patologías que se asocian a las hemorragias que se presentan en la primera mitad del embarazo, al estudiar dicho periodo podremos determinar las edades que se ven más afectadas, nivel de educación, localidad con más casos, síntomas, y consecuencias de este caso obstétrico.

Con el análisis de todas las variables podremos obtener nuestras propias conclusiones, recomendaciones y finalmente una propuesta para poder contrarrestar el efecto de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, al lograr cumplir con los objetivos de este trabajo, se generará un aporte académico a la comunidad de Durán.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo General.

Determinar las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019

1.6.2. Objetivos Específicos.

- Conocer las principales características que presentan las pacientes atendidas en el hospital en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019 sobre hemorragias de la primera mitad de la gestación.
- Identificar las complicaciones obstétricas y factores de riesgo asociadas a hemorragias de la primera mitad de la gestación en pacientes atendidas en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Teórico

Fecundación e implantación

La fecundación tiene lugar en el tercio externo de la trompa de Falopio donde se une el ovocito y el espermatozoide los espermatozoides restantes se fija en la zona pelúcida y desencadenan la reacción acrosómica que consiste en liberar enzimas contenidas en el acrosoma donde se producen la hidrolisis de la zona pelúcida.

El primer espermatozoide que llega al espacio perivitelino se fusiona inmediatamente con el ovocito una vez fecundado es transportado a su lugar de implantación en el endometrio cuando aún está en la fase de blastocito. (Muñiz, 2014).

Placenta

La placenta ejerce una actividad en la nutrición, el crecimiento y el metabolismo fetal desarrolla actividad endocrina su formación comienza a partir del noveno día posfecundación (Trofoblasto) y alcanza la división de sus cotiledones

al quinto mes. La placenta actúa como barrera, como intercambio materno fetal en la formación de sustancias con funciones endocrinas. (Muñiz, 2014)

En placentación el trofoblasto se fija en la membrana basal que rodea el estroma de estos dos tipos de vellosidades. En las vellosidades, el trofoblasto se fusiona para generar una capa externa denominada sincitiotrofoblasto; en el extremo distal de las vellosidades de anclaje, el trofoblasto rompe la membrana basal y forma "columnas celulares". Dichas columnas están conformadas por una subpoblación de trofoblasto denominado trofoblasto extraveloso que prolifera, invade el miometrio y modifica los vasos sanguíneos arteriales uterinos, denominados arteriolas espirales. (Jorge A. Carvajal, 2017)

- **Función de barrera:** evita la circulación directa entre la circulación materna y fetal

Transferencia Placentaria

- **Difusión simple:** pasan por un gradiente de concentración, al encontrarse en mayor concentración en la sangre materna y es el mecanismo usado por los gases (O₂, CO₂) agua y mayoría de electrolitos.
- **Transporte activo:** el hierro, aminoácidos y vitaminas hidrosolubles está en mayor concentración en sangre feta.
- **Soluciones de continuidad:** La existencia de pequeñas roturas placentarias que permiten el paso de células intactas (hematíes). (Jorge A. Carvajal, 2017)

Sistema Cardiovascular:

Los cambios en el sistema cardiovascular durante el embarazo son profundos y comienzan temprano, de modo que, a la octava semanas de gestación, el gasto cardíaco ya ha aumentado en un 20%. El evento primario es probablemente la vasodilatación periférica. (Chacón R. , 2016)

Esto está medido por factores dependientes del endotelio, incluida la síntesis de óxido nítrico, regulado por el estradiol y posiblemente las prostaglandinas vasodilatadoras (PGI₂). La vasodilatación periférica conduce a una caída de 25% a 30% en la resistencia vascular sistémica, y para compensar esto, el gasto cardíaco aumenta en alrededor del 40% durante el embarazo. Esto se logra predominantemente a través de un aumento en el volumen sistólico, pero también, en menor medida, un aumento en la frecuencia cardíaca. El gasto cardíaco máximo se encuentra en aproximadamente 20-28 semanas de gestación. Hay una caída mínima a término. (Jorge A. Carvajal, 2017)

Un aumento en el volumen sistólico es posible debido al aumento en la masa muscular de la pared ventricular y al volumen diastólico final (pero no a la presión diastólica final) que se observa en el embarazo. El corazón está fisiológicamente dilatado y la contractilidad miocárdica aumenta. Si bien el volumen del derrame cerebral disminuye hacia el final, el aumento en la frecuencia cardíaca materna (10-20 lpm) se mantiene, preservando así el aumento del gasto cardíaco. La presión arterial disminuye en el primer y segundo trimestre, pero aumenta a niveles no embarazados en el tercer trimestre. (JONATHAN S.BEREK P. A., 2016)

Cambios respiratorios

Hay un aumento significativo en la demanda de oxígeno durante el embarazo normal. Esto se debe a un aumento del 15% en la tasa metabólica y un aumento del consumo de oxígeno del 20%. Hay un aumento de 40 a 50% en la ventilación por minuto, principalmente debido a un aumento en el volumen tidal, en lugar de en la frecuencia respiratoria. Esta hiperventilación materna provoca pO₂ arterial para aumentar y arterial pCO₂ a caer, con una caída compensatoria en bicarbonato de suero a 18-22 mmol / l Por lo tanto, una alcalosis respiratoria leve totalmente compensada es normal en el embarazo (pH arterial 7.44). (F. Gary Cunningham, 2015)

La elevación diafragmática en el embarazo da como resultado una disminución de la capacidad residual funcional, pero la excursión diafragmática y, por lo tanto, la capacidad vital permanece inalteradas. El volumen de reserva inspiratoria se reduce temprano en el embarazo, como resultado del aumento del volumen tidal, pero aumenta en el tercer trimestre, como resultado de la capacidad residual funcional reducida. (Chacón R. , 2016)

Hemorragias de la primera mitad de la gestación

La hemorragia de la primera mitad de la gestación es una de las causas de muerte materna, sin el adecuado control prenatal durante el embarazo; Otra causa es el aborto, es la pérdida del producto de la gestación con un peso menor a 500gr que es menor a 20 semanas de Gestación el cual se divide en varios tipos. seguido del embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional. (JONATHAN S.BEREK P. A., 2016)

1er trimestre

Las posibles causas de sangrado vaginal durante el primer trimestre incluyen:

- Embarazo ectópico
- Sangrado de implantación (que ocurre unos 10 a 14 días después de la concepción)
- Aborto espontáneo (la pérdida espontánea del embarazo antes de la semana 20)
- Embarazo molar (un caso raro en el que se forma una masa anormal, en lugar de un bebé, dentro del útero después de la fertilización)
- Problemas con el cuello uterino, como una infección cervical, cuello uterino inflamado o crecimientos en el cuello uterino. (Guevara, 2010)

Aborto

Antes del siglo XIX, el aborto no estaba legalmente regulado, pero en la década de 1890, el aborto estaba legalmente restringido en casi todos los países del mundo. Esas leyes se establecieron por primera vez en los países imperiales de Europa (Gran Bretaña, Francia, Portugal, España e Italia) y se extendieron rápidamente a sus colonias o antiguas colonias. (Guerrero, 2011)

Las leyes fueron instituidas por tres razones declaradas o no:

- El aborto era peligroso y los abortistas mataban a mucha gente.
- El aborto era considerado un pecado o una forma de transgresión.
- El aborto estaba restringido para preservar la vida fetal en algunas o todas las circunstancias.

Un aborto es un procedimiento en el cual una mujer, asistida por miembros de la comunidad médica o no, termina el embarazo, generalmente en los primeros meses, antes de que el embrión tenga la edad suficiente para vivir fuera del útero. (Guerrero, 2011)

Hay dos tipos de procedimientos de aborto disponibles legalmente para las mujeres en los Estados Unidos para interrumpir un embarazo: los llamados abortos con medicamentos, que son inducidos por medicamentos, y los abortos quirúrgicos, que requieren cirugía ambulatoria o ambulatoria. (Guerrero, 2011)

El riesgo de complicaciones del aborto es hoy muy pequeño. Una fracción de un porcentaje de los pacientes de aborto tiene complicaciones que requieren hospitalización: menos del 0,3 por ciento tiene riesgos a largo plazo. Los abortos también están disminuyendo en frecuencia: en 2014 se realizaron aproximadamente 926,000 abortos (14.6 por cada 1,000 mujeres de 15 a 44 años), 12 por ciento menos que en 2011. (Guerrero, 2011)

Etiología

Las principales causas que conllevan a sufrir abortos son las alteraciones genéticas en primer lugar debido a trisomía autosómica (52%) seguida por la poliploidía de un (21 %) y la monosomía X de un (13%) también se puede presentar errores en la gametogénesis materno – paterno disperma y disyunción cromosómica por translocaciones en un 6% en mujeres que tuvieron aborto dentro del cuadro # 2 podemos encontrar las principales causas que desencadenan un aborto. (JONATHAN S.BEREK P. A., 2016)

Principales causas

Cuadro # 2: Causas de Abortos

Principales Causas	%
Anomalías genéticas	50 –60 %
Anomalías endocrinas	10-15%
Separación corioamniotica	5-10%
Incompetencia cervical	8-15%
Infecciones	3-5%
Placentación anormal	5-15%
Anormalidades inmunológicas	3-5%
Alteraciones anatómicas uterinas	1-3%
Desconocidas	≤ 5%

Fuente: MSP

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Tipos de aborto

Existen diversos tipos de aborto que se clasificaran de acuerdo a su sintomatología tales como: (Rovati, 2011)

- Amenaza de Aborto
- Aborto involuntario
- Anembrionado
- Aborto completo
- Aborto involuntario incompleto
- Aborto involuntario perdido
- Aborto involuntario recurrente
- Aborto séptico
- Aborto inseguro

Causas del aborto

Durante el embarazo, el cuerpo suministra hormonas y nutrientes al feto en desarrollo. Esto ayuda a que el feto se desarrolle normalmente durante el embarazo. La mayoría de los abortos espontáneos durante el primer trimestre ocurren porque el feto no se desarrolla normalmente. Hay diferentes factores que pueden causar esto. (Jimenez, 2012)

Problemas genéticos o cromosómicos.

Alrededor del 50% de los abortos espontáneos se deben a problemas con los cromosomas. Los errores ocurren aleatoriamente cuando las células del embrión se dividen, o se deben a un óvulo o espermatozoides dañados. Los problemas con la placenta también pueden llevar a un aborto espontáneo. (Jimenez, 2012)

Ejemplos de estas anomalías cromosómicas incluyen:

- **Fallo fetal intrauterino:** el embrión se forma, pero deja de desarrollarse antes de ver o sentir los síntomas de la pérdida del embarazo. (Jiménez, 2012)
- **Óvulo destrozado:** no se forma embrión en absoluto. (Jiménez, 2012)
- **Embarazo molar:** Por lo general, hay un crecimiento anormal de la placenta, pero como ambos grupos de cromosomas provienen del padre, podría haber un desarrollo fetal. (Jiménez, 2012)

- **Embarazo molar parcial:** Esto sucede cuando los cromosomas defectuosos de la madre permanecen, pero el padre también. Esto causa anomalías en la placenta y un feto anormal. (Jiménez, 2012)

Factores de riesgo

La mayoría de los abortos involuntarios se deben a causas naturales y no son evitables. Sin embargo, existen ciertos factores de riesgo que pueden aumentar las probabilidades de tener un aborto espontáneo. (Jiménez, 2012)

Éstos incluyen:

- Un trauma corporal durante la gestación.
- Una excesiva exposición a la radiación durante la gestación.
- El consumo de drogas, alcohol y cigarrillo durante el embarazo
- El consumo excesivo de cafeína durante la gestación también es un problema.
- A pesar de que no es certero un aborto previo puede ser una alerta para un posible aborto a futuro.

Diagnostico.

Amenaza de aborto: la metrorragia es oscura y escasa, presenta dolor tipo contracción de mediana intensidad no presenta modificaciones cervicales sin expulsión de huevo y anexos. (MSP, 2013)

Aborto inminente o en curso: la metrorragia es roja abundante y continua, aumentan en frecuencia e intensidad se presenta dolor tipo cólico, progresivo de mediana intensidad con modificaciones cervicales donde el canal se encuentra permeable, donde hay expulsión eminente del tejido ovular y protección parcial del huevo. (MSP, 2013)

Aborto completo: la metrorragia es mínima, no se presentan contracciones uterinas donde se merma el dolor y expulsión total de huevo y anexos, el cuello uterino cerrado. (MSP, 2013)

Aborto incompleto: la metrorragia es persistente se hayan contracciones uterinas dolorosas y cuello uterino dilatado se encuentran restos ovulares en el útero o vagina con expulsión parcial del huevo, anexos con amenorrea. (MSP, 2013)

Aborto retenido o diferido: no se presenta metrorragias, pero el volumen uterino es menor que la amenorrea no hay modificaciones cervicales y hay ausencia de latidos cardiacos fetales. (MSP, 2013)

Aborto séptico: se puede presentar en cualquier forma clínica del aborto, existe escurrimiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix color fétido, presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de

infección con hipersensibilidad supra púlica, dolor abdomino pélvico a la movilización del cérvix y útero con alteraciones del estado general. (MSP, 2013)

Abortos de medicación

Los abortos con medicamentos no implican cirugía u otros métodos invasivos, sino que dependen de medicamentos para terminar un embarazo. Un aborto con medicamentos consiste en tomar la droga mifepristona; a menudo llamada la; su nombre genérico es RU-486 y su nombre comercial es Mifeprex. La mifepristona no está disponible sin receta médica y debe ser provista por un profesional de la salud. (Campoverde, 2017)

La mifepristona se receta en el primer trimestre y está aprobada por la FDA para su uso hasta 70 días (10 semanas) después del último período de una mujer. En 2014, los abortos con medicamentos representaron el 31 por ciento de todos los abortos no hospitalarios y el 45 por ciento de los abortos antes de las nueve semanas de gestación. (Campoverde, 2017)

Tratamiento de abortos de medicación

El aborto con medicamentos se puede hacer usando los siguientes medicamentos:

- **Mifepristona oral (Mifeprex) y misoprostol oral (Cytotec).** Este es el tipo más común de aborto con medicamentos. Estos medicamentos generalmente se toman dentro de las siete semanas del primer día del último período. (Organización Mundial de Salud, 2014)

La mifepristona (tono mif-uh-PRIS) bloquea la hormona progesterona, lo que hace que el revestimiento del útero se adelgace e impide que el embrión permanezca implantado y en crecimiento. El misoprostol, un tipo diferente de medicamento, hace que el útero se contraiga y expulse el embrión a través de la vagina. (Organización Mundial de Salud, 2014)

- **Mifepristona oral y misoprostol vaginal, bucal o sublingual.** Este tipo de aborto con medicamentos utiliza los mismos medicamentos que el método anterior, pero con una tableta de misoprostol de disolución lenta colocada en la vagina vía vaginal, vía bucal, vía sublingual. (Organización Mundial de Salud, 2014)
- El abordaje vaginal, bucal o sublingual disminuye los efectos secundarios y puede ser más efectivo. Estos medicamentos deben tomarse dentro de las nueve semanas del primer día del último período. (Organización Mundial de Salud, 2014)
- **Metotrexato y misoprostol vaginal.** El metotrexato (Otrexup, Rasuvo, otros) rara vez se usa para embarazos electivos no deseados, aunque aún se usa para embarazos fuera del útero (embarazos ectópicos). Este tipo de aborto con medicamentos debe realizarse dentro de las siete semanas del primer día del último período, y puede tomar hasta un mes para que el metotrexato complete el aborto. El metotrexato se administra por inyección o por vía vaginal y el misoprostol se usa más tarde en el hogar. (Organización Mundial de Salud, 2014)
- **Misoprostol:** Es un análogo de prostaglandina altamente eficaz (con estudios controlados) para el tratamiento de abortos incompleto se prescribe una dosis de 600 micro unidades por vía oral o 400 micro unidades por vía sublingual. En presencia de abortos retenidos se debe utilizar dosis de 800 micro unidades por vía vaginal o 600 micro unidades por vía sublingual este esquema tiene una tasa de éxito de 50 y 93% los abortos incompletos,

diferido, inevitable y en evolución puede ser manejado únicamente con prostaglandinas se debe tener en cuenta en cuenta que el tratamiento farmacológico debe ser realizado en pacientes con menos de 10 semanas de gestación en los casos de aborto incompleto o diferido. (MSP, 2013)

El Misoprostol vaginal solo puede ser eficaz cuando se usa antes de las nueve semanas de gestación. (Organización Mundial de Salud, 2014)

Efectos Secundarios del tratamiento Farmacológico.

Los medicamentos utilizados en un aborto con medicamentos causan sangrado vaginal y calambres abdominales. En el Grafico # 1 podemos destacar los principales efectos farmacológicos. (Organización Mundial de Salud, 2014)



Gráfico # 1: efectos secundarios del tratamiento Farmacológico

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Se administrará medicamentos para controlar el dolor durante y después del aborto con medicamentos. También se le pueden administrar antibióticos, aunque la infección después del aborto con medicamentos es poco frecuente. (Organización Mundial de Salud, 2014)

Los signos y síntomas que pueden requerir atención médica después de un aborto con medicamentos incluyen: (Organización Mundial de Salud, 2014)

- Sangrado abundante: remojar dos o más compresas por hora durante dos horas. (Organización Mundial de Salud, 2014)
- Dolor abdominal o de espalda severo. (Organización Mundial de Salud, 2014)
- Fiebre que dura más de 24 horas. (Organización Mundial de Salud, 2014)
- Flujo vaginal maloliente. (Organización Mundial de Salud, 2014)

Luego de un aborto por medio de medicamentos se deberá realizar un seguimiento médico a la mujer para corroborar la adecuada mejora, evaluar el tamaño del útero, reducir el riesgo a infecciones entre otros. (Organización Mundial de Salud, 2014)

Tratamiento quirúrgico del Aborto

Todos los abortos quirúrgicos son procedimientos médicos que deben realizarse en el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica. Dos opciones de aborto quirúrgico están disponibles para las mujeres durante el primer trimestre. (Alvarado, 2015)

D&A (dilatación y aspiración): Los abortos por dilatación y aspiración, también conocidos como aspiraciones al vacío, implican el uso de succión suave para extraer el tejido fetal y vaciar el útero de la mujer. Este procedimiento se puede realizar en una paciente ambulatoria hasta 16 semanas después del último período. (Alvarado, 2015)

D&C (dilatación y legrado): los abortos D&C combinan la succión con el uso de un instrumento en forma de cuchara llamado cureta para raspar el

revestimiento uterino y eliminar el tejido restante. Este procedimiento se puede realizar nuevamente en forma ambulatoria durante el primer trimestre. (Alvarado, 2015)

Tratamiento del aborto quirúrgico.

El aborto quirúrgico implica una operación menor. Hay dos tipos de aborto quirúrgico: (Alvarado, 2015) La aspiración al vacío se puede realizar con anestesia local, sedación o anestesia general: (Alvarado, 2015)

Elimina el embarazo mediante succión suave.

- Hasta 12 semanas, esto se puede hacer con anestesia local. El tiempo de recuperación más rápido para este procedimiento significa que puede dejar la clínica desatendida y conducir antes. (Alvarado, 2015)
- Hasta 20 semanas, esto puede hacerse con sedación (relajada y somnolienta) o bajo anestesia general. (Alvarado, 2015)

Dilatación y evacuación: entre 20 y 22 semanas de embarazo. (Alvarado, 2015)

- Realizado bajo anestesia general.
- El embarazo se extrae con unas pinzas estrechas a través del cuello del útero (cuello uterino).
- Necesitará preparación cervical el día de la cirugía o posiblemente el día anterior.

En el grafico # 2 podemos apreciar los métodos de aspiración al vacío, así como se detalla en el cuadro # 3 sus principales beneficios para las usuarias.

Aspiración manual endouterina (AMEU)

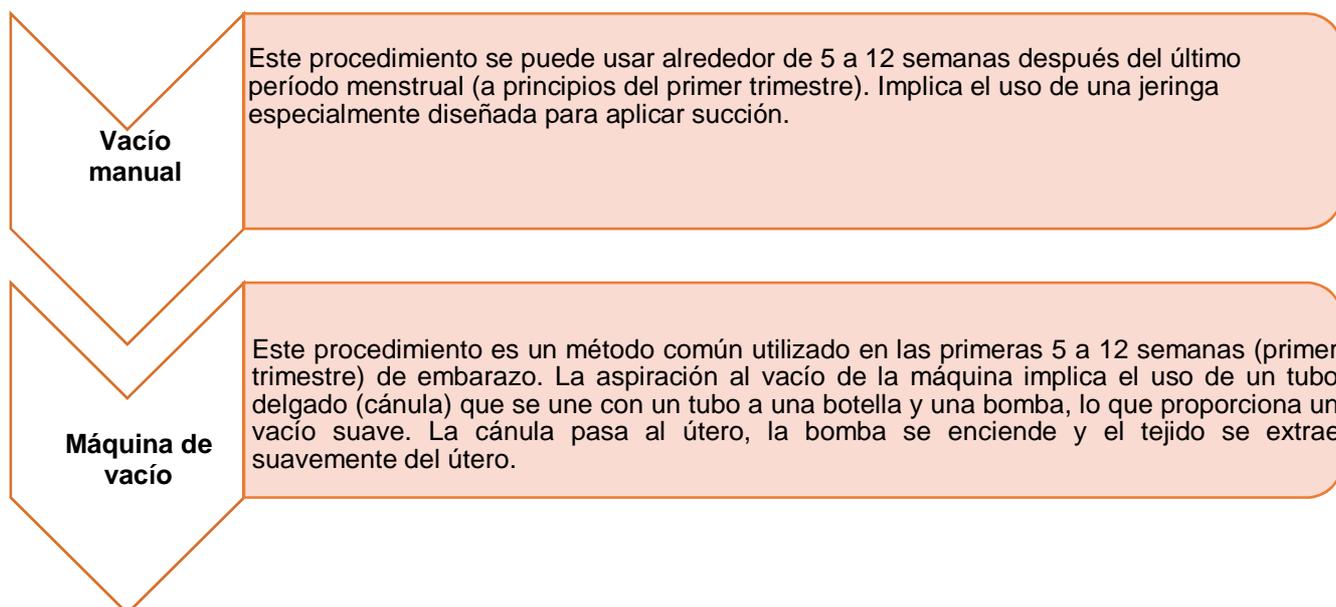


Gráfico # 2: Métodos de aspiración al vacío.
Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Beneficios del AMEU

Cuadro # 3: ventajas del AMEU

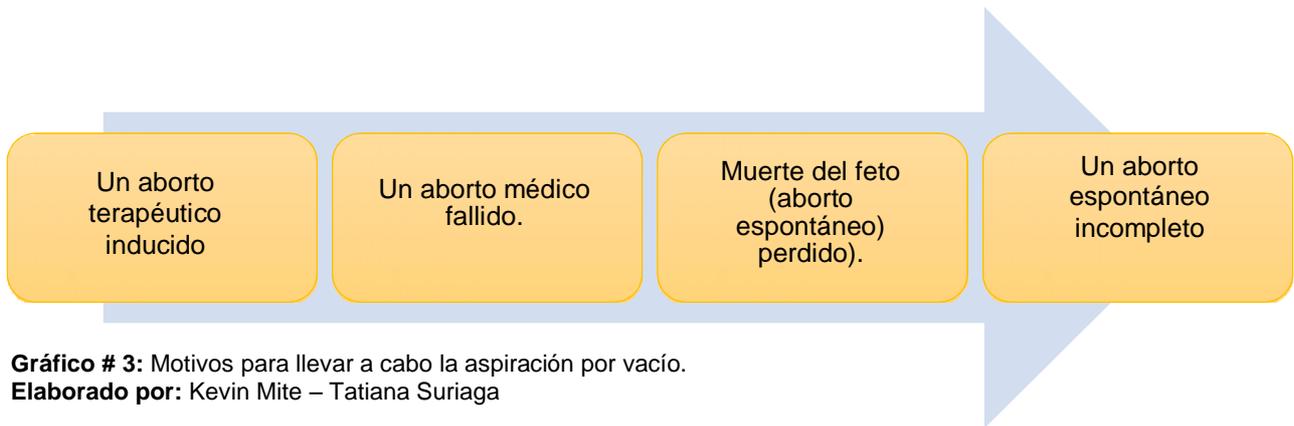
VARIABLE	AMEU
Uso	Antes de las 12 semanas
Tasa de complicación	Baja
Instrumento	Cánula de plástico semirrígida
Dilatación	Mínima
Tipo de Sedación	Bloqueo paracervical

Fuente MSP
Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Motivos para llevar a cabo este proceso

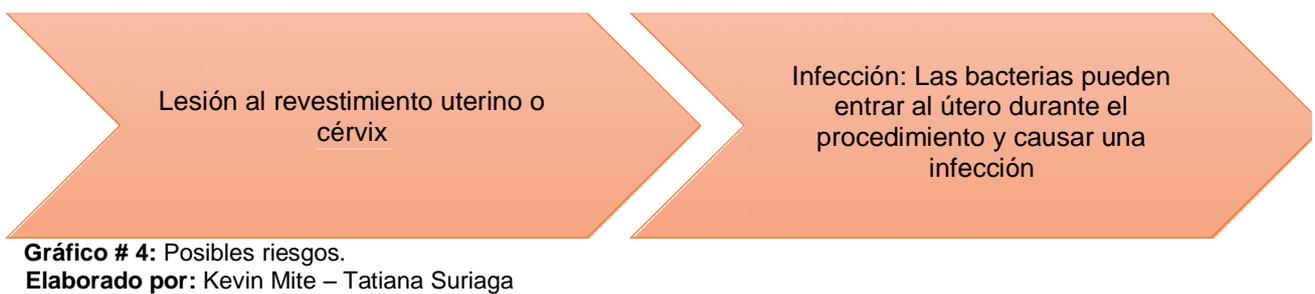
La aspiración por vacío se realiza en el primer trimestre del embarazo.

Se puede apreciar en el grafico # 3 los principales motivos para realizar un AMEU:



Posibles complicaciones:

El riesgo de complicaciones es bajo. Algunas complicaciones se detallan en el grafico # 4:



Legrado uterino instrumental (LUI)

El tratamiento quirúrgico es una elección para el tratamiento de un aborto incompleto. El curetaje uterino instrumental (D&C) es un procedimiento ampliamente utilizado para este propósito en todo el mundo. Consiste en extraer mecánicamente el contenido del útero con dispositivos. Podemos destacar en el cuadro # 4 las principales ventajas del LIU en las usuarias (James, 2015)

VENTAJAS DEL LIU

Cuadro # 4: ventajas del LIU

VARIABLE	LIU
USO	Mayor a 12 semanas
TASA DE COMPLICACION	Alta
COSTO	Alta
INSTUMENTAL	Cureta metálica
DILATACION	Mayor necesidad
TIPO DE SEDACION	Anestesia general

Fuente: MSP

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

EMBARAZO ECTÓPICO

Los embarazos ectópicos son embarazos que se implantan en algún lugar fuera del útero. Los embarazos ectópicos son menos comunes que los abortos espontáneos, que ocurren en 1 de 60 embarazos. (Monsalvo, 2015)

Desde la fertilización hasta el parto, el embarazo requiere de varios pasos en el cuerpo de una mujer. Uno de estos pasos se da en cuanto el óvulo fertilizado viaja al útero para unirse. En el caso de un embarazo ectópico, el óvulo fertilizado no se adhiere al útero, pero puede adherirse a la trompa de Falopio, a la cavidad abdominal o al cuello uterino. (Fournier, 2016)

Si bien una prueba de embarazo puede revelar que una mujer está embarazada, un óvulo fertilizado no puede crecer adecuadamente en ningún otro lugar que no sea el útero. Según la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP), los embarazos ectópicos se producen en aproximadamente 1 de cada 50 embarazos (20 de cada 1,000). (JONATHAN S.BEREK P. A., 2016)

Un embarazo ectópico no tratado puede ser una emergencia médica. El tratamiento rápido reduce el riesgo de complicaciones del embarazo ectópico, aumenta las posibilidades de futuros embarazos saludables y reduce las complicaciones futuras de salud. (Fournier, 2016)

Causas de un embarazo ectópico

La causa de un embarazo ectópico no siempre es clara sin embargo se ha relacionado el embarazo ectópico con las siguientes condiciones:

- La inflamación y cicatrización de las trompas de Falopio debido a una afección médica, infección o cirugía anterior (cirugía tubarica previa).
- Los factores hormonales también son una condición relacionado con el embarazo ectópico al igual que las anomalías genéticas.
- Las afecciones médicas que afectan la forma y el estado de las trompas de Falopio y los órganos reproductivos.
- Tabaquismo
- Técnicas de ovulación asistida (inducción de la ovulación)
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Antecedentes de embarazos ectópicos (Muñiz, 2014)

Riesgos de embarazo ectópico

Todas las mujeres sexualmente activas tienen algún riesgo de tener un embarazo ectópico. En el cuadro # 5 podemos constatar los diferentes factores de riesgo que pueden desencadenar un embarazo ectópico: (Fournier, 2016)

Cuadro # 5: Factores de Riesgo

Edad de 35 años o más
Antecedentes de cirugía pélvica, cirugía abdominal o abortos múltiples.
historia de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)
Cuando la concepción ha ocurrido a pesar de la ligadura de trompas o del dispositivo intrauterino (DIU)
concepción asistida por medicamentos o procedimientos de fertilidad
antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) , como la gonorrea o la clamidia

Fuente: MSP

Elaboración: Kevin Mite; Tatiana Suriaga

Síntomas de embarazo ectópico

Las náuseas y el dolor en los senos son síntomas comunes en los embarazos ectópicos y uterinos. Los siguientes síntomas son más comunes en un embarazo ectópico y pueden indicar una emergencia médica: (Fournier, 2016)

- Las ondas agudas de dolor en el abdomen, la pelvis, el hombro o el cuello
- Un dolor severo que se presenta en un lado del abdomen.
- Manchas o sangrado vaginal ya sean ligeros o intensos
- Los constantes mareos o desmayos

En el grafico # 5 podemos destacar signos y síntomas que se presentan durante un embarazo ectópico

Signos de embarazos ectópicos:

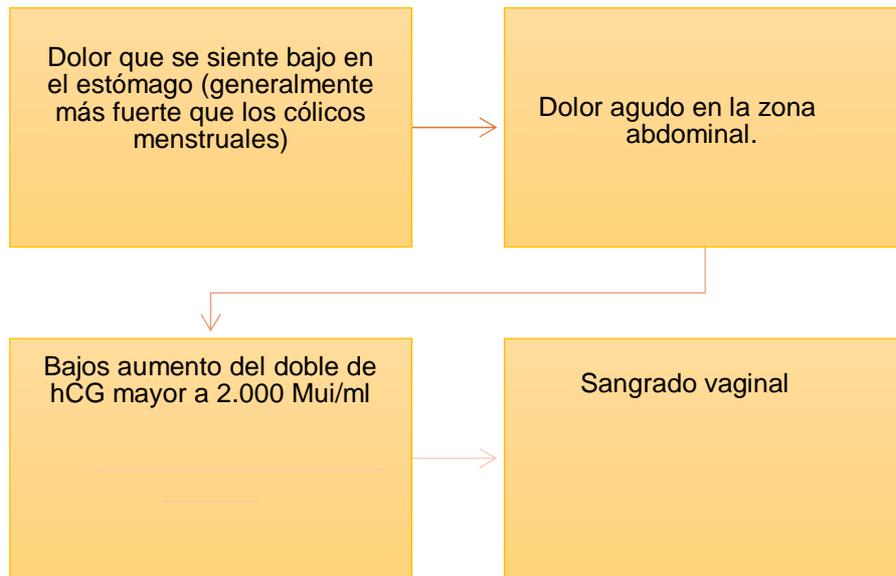


Gráfico # 5: Signo de embarazo ectópicos.
Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Frecuencia y Localización

Su frecuencia se encuentra entre el 1-2% la coexistencia de embarazo ectópico y eutópico es excepcional (1/30.000) y se llama embarazo heterotópico en el cuadro # 6 podemos determinar las localizaciones más habituales de los embarazos ectópicos.

Cuadro 6: Frecuencia y Localización del Embarazo Ectópico

Localización	Frecuencia
Ampular	(78%)
Ístmico	(12%)
Intersticial	(12%)
Infundibular	(5%)
Ovárico	(1-2%)
Cervical	(1%)
Abdominal	(menos del 1%)

Fuente: Manual de Ginecología y Obstetricia
Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Diagnóstico de un embarazo ectópico

Método de diagnóstico es una ecografía transvaginal para poder verificar la existencia de un saco gestacional en el útero en la trompa. (Hirsch, 2015)

Se también puede emplear un análisis de sangre para determinar los niveles de en embarazos normales la HCG es menores a 2.000 Mui/ml. La HCG se duplica cada dos días durante las primeras semanas del embarazo normal llagando a su máximo a la décima semana en embarazos ectópicos aumenta aproximadamente un 50% en 48horas superando los 2.000 Mui/ml, el diagnostico de confirmación es la laparoscopia también podremos apreciar en el grafico # 6 los riesgos mayores que pueden provocar un embarazo ectópico. (Jorge A. Carvajal, 2017)

Las mujeres corren un mayor riesgo si han tenido:



Gráfico # 6: Embarazos ectópicos.

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Prevención de embarazo ectópico

La predicción y la prevención no son posibles en todos los casos. Es posible que se pueda reducir el riesgo a través de un buen mantenimiento de la salud reproductiva. Haciendo que la pareja sexualmente activa utilice preservativos durante el coito y manteniendo a límite el número de parejas sexuales. Esto reduce

el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, que pueden llegar a causar la EIP, una condición que provoca inflamación en las trompas de Falopio. (Hirsch, 2015)

Tratamiento para embarazos ectópicos

El embarazo ectópico temprano se puede manejar con medicamentos. Si la mujer en gestión posee niveles bajos de hCG, una hormona que produce el cuerpo cuando la mujer está embarazada y no hay daño en las trompas de Falopio, se deberá administrar metotrexato (Trexall). (Clinica May, 2018)

El metotrexato detiene el crecimiento de las células y permite que el cuerpo absorba el embarazo. Pero el medicamento tiene algunos efectos secundarios, como náuseas, vómitos, mareos, diarrea y estomatitis (úlceras en la boca y en los labios). Y la mayoría de las mujeres tienen dolor abdominal un par de días después de la inyección. (Clinica May, 2018)

Si la terapia con metotrexato no funciona, la cirugía es el siguiente paso. También es la única opción para mujeres con niveles altos de hCG, síntomas severos y ruptura o daños en las trompas de Falopio. (Clinica May, 2018)

Es posible que se realice una cirugía laparoscópica la técnica consiste en la Salpingectomía lineal que se realiza en el borde libre con aspiración del contenido ovular. Si el tubo se ha roto o ha sufrido daños severos y ha tenido sangrado severo, probablemente se necesite de una cirugía de emergencia con la incisión más grande. En estas situaciones, los cirujanos podrían realizar una Ooforectomía (Clinica May, 2018)

Luego de la cirugía, se debe estar al tanto de los niveles de hCG para asegurarse de que estén bajando y que el embarazo se haya eliminado correctamente. Algunas mujeres también necesitan la administración de metotrexato para que todo vuelva a la normalidad. (Clinica May, 2018)

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

La enfermedad trofoblástica gestacional es el nombre de las células anormales o tumores que crecen en el tejido que se forma en el útero durante el embarazo. (Hirsch, 2015)

La Enfermedad trofoblástica gestacional puede ser no cancerosa (benigna) o cancerosa (maligna) lo cual incluye el embarazo molar. Aunque comienza en el útero, se comporta de manera muy diferente a un cáncer del útero. También se trata de manera diferente. (Hirsch, 2015)

Fisiopatología de la Enfermedad trofoblástica gestacional

La gestación significa embarazo y el trofoblasto describe las células que forman parte del desarrollo normal de un producto. Por lo general, después de que un espermatozoide fecunda un óvulo, nuevas células crecen dentro del útero para formar un embrión. A medida que el embrión crece, sus células comienzan a especializarse. (Haywood, 2014)

Algunas células comienzan a formar el feto y otras forman la placenta. La placenta protege y nutre al bebé durante el embarazo. (Haywood, 2014)

La primera capa de células que se desarrolla en la placenta se llama trofoblasto. El trofoblasto produce pequeños brotes, parecidos a dedos, conocidos como vellosidades. Estas vellosidades sujetan la placenta al revestimiento del útero. (Haywood, 2014)

EMBARAZO MOLAR

La enfermedad trofoblástica gestacional se encuentra entre los tumores humanos más raros que se pueden curar. La Enfermedad Trofoblástica gestacional es una complicación poco común caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico que incluye un amplio espectro de entidades clínico patológico. (JONATHAN S.BEREK P. A., 2016)

Hay un error cuando el espermatozoides fertiliza el óvulo. El feto no se desarrolla o se forma parcialmente pero no puede crecer normalmente. Las vellosidades pueden hincharse y crecer en racimos, un poco como racimos de uvas. (Haywood, 2014)

El embarazo molar es el tipo más común y puede ser la mola parcial o completa. Estos tumores no son cancerosos, son benignos. Pero, raramente, un embarazo molar puede volverse canceroso y puede diseminarse a otras partes del cuerpo. (Haywood, 2014)

Los embarazos molares son una causa rara de sangrado precoz. A menudo referido como un "lunar", un embarazo molar implica el crecimiento de tejido anormal en lugar de un embrión. También se conoce como enfermedad trofoblástica gestacional. En el grafico numero 7 podemos destacar los signos de un embarazo molar (Briones, 2007)

Signos de un embarazo molar:

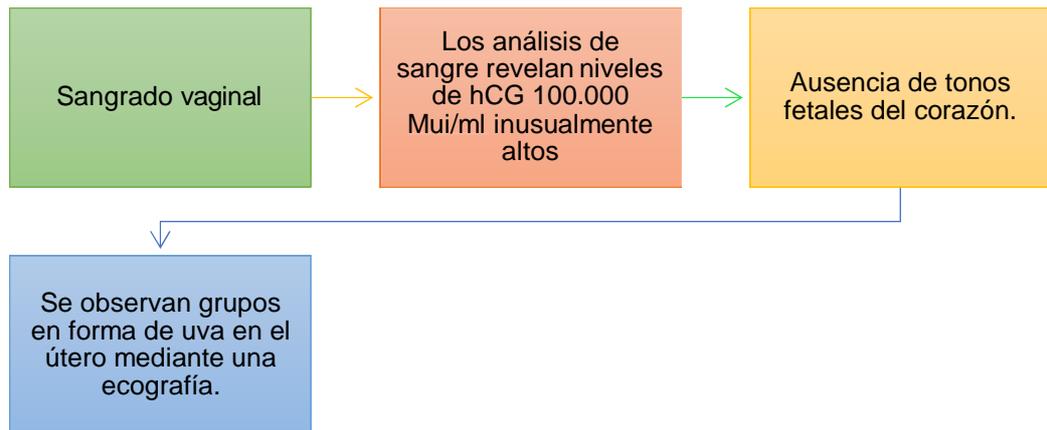


Gráfico # 7: Signos de Embarazo Molar.
Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Neoplasia trofoblástica gestacional y tratamiento

La enfermedad trofoblástica gestacional se origina en el tejido placentario y se encuentra entre los raros tumores humanos que pueden curarse incluso en presencia de metástasis generalizadas. (Merck, 2016)

Incluye un espectro de tumores interrelacionados que incluyen mola hidatiforme completa y parcial, mola invasiva, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario, que tienen diferentes propensiones a la invasión y diseminación local. (Merck, 2016)

La ecografía transvaginal, la dosis rutinaria de beta-hCG y los enfoques actuales de la quimioterapia permiten que la mayoría de las mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional maligna se curen y se conserve su función reproductiva. (Merck, 2016)

La enfermedad trofoblástica gestacional (GTD) es un tumor que se origina en el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnio. Los principales tipos de enfermedades trofoblásticas gestacionales son: (Merck, 2016)

- Mola hidatiforme (completa o parcial);
- Mola invasora
- Coriocarcinoma;
- Tumor trofoblástico del sitio placentario.

La forma más común de Enfermedad trofoblástica gestacional es el embarazo molar. Existen 2 tipos de Embarazo molar hidatiformes: completos y parciales. (Merck, 2016)

Clínica

El diagnóstico de un embarazo molar se puede sospechar en función de una serie de características clínicas: la presentación más frecuente es un sangrado vaginal anormal al principio del embarazo; útero grande para fechas (25%); dolor por grandes quistes de teca luteína benignos (20%); paso vaginal de vesículas similares a la uva (10%); Los síntomas de embarazo exagerados incluyen hiperémesis (10%), hipertiroidismo (5%), preeclampsia temprana (5%). (María Inés Bianconi, 2013)

En la actualidad, la ecografía a menudo permite diagnosticar el embarazo molar antes de las 12 semanas, mostrando una apariencia vascular o de panal de abejas fina. Más tarde, un lunar completo se describe característicamente como la aparición de una ecogenicidad mixta en forma de tormenta de nieve, que representa vellosidades hidrópicas y hemorragia intrauterina. Los ovarios a menudo contienen múltiples quistes grandes de teca-luteína como resultado del aumento de la estimulación ovárica por el exceso de Beta-hCG (JONATHAN S.BEREK P. A., 2016)

Clasificación de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Desde el punto de vista patológico, se las puede clasificar en:

a. Enfermedad trofoblástica gestacional

Mola Hidatiforme

- Mola Hidatiforme completa: alto riesgo – bajo riesgo
- Mola Hidatiforme incompleta

b. Neoplasia Trofoblástica Gestacional

- Mola invasora
- Coriocarcinoma,
- Tumor trofoblástico del sitio placentario

Mola Hidatiforme Completa

Puede tener doble origen el 90% de los casos se muestra un cariotipo 46xx, resultado de la fertilización de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide que duplica su material genético, sin participación de cromosomas maternos. El 10-

13% de los casos el ovocito con núcleo inactivo es fertilizado por dos espermatozoides haploides, uno X y el otro Y (46XY).por lo que, en la mola completa el juego cromosómico tendría un origen exclusivamente paterno, fenómeno conocido como composición cromosómica androgenética y la hormona hCG se encuentra entre 100.000 mIU/ml o mayor. (María Inés Bianconi, 2013)

Una mola hidatidiforme es una masa de tejido en crecimiento dentro de la matriz (útero) que no se convertirá en un bebé. Es el resultado de una concepción anormal. Puede causar sangrado en el embarazo temprano y generalmente se detecta en una ecografía de embarazo temprano. (Cesuto, 2016)

Debe eliminarse y la mayoría de las mujeres pueden esperar una recuperación completa. Sin embargo, se necesita un seguimiento cercano después de un lunar hidatiforme porque existe una pequeña posibilidad de desarrollar un tipo de cáncer. Si se desarrolla un cáncer, se dispone de un tratamiento eficaz y la mayoría de las mujeres pueden curarse. (Cesuto, 2016)

Síntomas de Mola hidatiforme

Las mujeres con Mola hidatiforme generalmente tienen niveles altos de HCG 100.000 mIU/ml en comparación con las mujeres con un embarazo normal. Esta hormona es producida por el tejido trofoblástico. (Cesuto, 2016)

Es la hormona que se detecta en una prueba de embarazo estándar. Los altos niveles de hCG se producen porque hay una cantidad excesiva de tejido trofoblástico debido a una Mola Hidatiforme. (Cesuto, 2016)

Los síntomas del embarazo. Es posible que tenga signos de embarazo, como la interrupción del período menstrual, náuseas, náuseas, vómitos, sensibilidad en los senos, aumento de altura uterina que no concuerda con la edad gestacional (Cesuto, 2016)

Sangrado

Es posible que tenga sangrado vaginal al principio del embarazo. Este es el síntoma más común. Muchas mujeres sospechan que están teniendo un aborto involuntario. (Cesuto, 2016)

Algunas mujeres con un lunar hidatiforme no tienen síntomas. El embarazo molar se diagnostica después de una ecografía de rutina en el embarazo. (Cesuto, 2016)

Muy raramente, puede tener problemas con la presión arterial alta, náuseas y vómitos muy graves (hiperémesis ravídica) o pueden aparecer síntomas de una glándula tiroides hiperactiva. (Cesuto, 2016)

Mola Hidatiforme Parcial

La mola parcial se caracteriza por la presencia de hiperplasia trofoblástica focal, leve a moderada, con capilares y edema vellositario variable o focal. En el tejido molar son detectables membranas ovulares, feto, glóbulos rojos fetales. Este tipo de mola se caracterizan del punto de vista citogenética por presentar un

cariotipo triploide (69 XXX o 69 XYY) dado por la fertilización de un ovocito haploide por un espermatozoide que posteriormente duplica su material genético.

La Mola Hidatiforme Incompleta presenta vellosidades desde quísticas a normales, mientras que la hiperplasia del trofoblasto es solo focal y por lo general afecta en mayor medida al sincitiotrofoblasto. (María Inés Bianconi, 2013)

Presentación Clínica

- es frecuente que el cuadro clínico sean igual que las manifestaciones de un aborto en curso o completo
- metrorragia está presente en el 72% de las usuarias
- la altura uterina es desproporcional a la edad gestacional en un (3%)
- la toxemia (Preeclampsia 2%)
- tiene baja asociación con hipertiroidismo, hiperémesis gravídica
- baja asociación con quistes teco-luteinicos (María Inés Bianconi, 2013)

En el cuadro # 7 podemos apreciar las principales diferencias entre la mola Hidatiforme completa e incompleta.

Cuadro # 7: Diferencias entre Mola Hidatiforme completa e Incompleta

	MOLA COMPLETA	MOLA INCOMPLETA
Incidencia	1/1000 embarazos	3/1000 embarazos
Vellosidades coriónicas	Difusas	Escasas
Capilares	Escasos, sin eritrocitos fetales	Numerosos con eritrocitos fetales
Embrión y/o Feto	Ausente	Presente
Hiperplasia del trofoblasto	Difusas	Focal
Atipias del trofoblasto	Frecuentes y difusas	Infrecuentes y locales
B-HCG	Alta mayor a 100.000 Mui/ml	Menos de 100.000 mUI/ml
Tamaño de la altura uterina	Mayor a lo esperado para la E.G	Menor a lo esperado para la E.G
Cariotipo	Diploide (46 XX o 46 XY)	Triploide (69 XXX O 69 XXY)
Presentación Clínica	Embarazo molar ecografía panal de abejas	Aborto retenido
Mola invasora	15 – 2%	3 - 5%
Coriocarcinoma	3%	1%

Fuente: FASGO

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

También llamada enfermedad trofoblástica gestacional persistente Se caracteriza por tener una proliferación anormal de tejido trofoblástica, puede ocurrir posteriormente a una mola Hidatiforme se incluye las siguientes histologías:

Mola invasora

La mola invasora está formada por células trofoblásticas que crecen en la capa muscular del útero que incluyen vellosidades completas, miometrio, peritoneo,

parametrios, cúpula vaginal. Los cotiledones invasores son más propensos a crecer y propagarse que una mola Hidatiforme. Esta se desarrolla un 15 -20% de las molas completas y entre un 1-5% de las molas parciales se caracteriza por la invasión vasos del miometrio por células del cito y sincitiotrofoblasto (Golfier, 2011)

Coriocarcinoma

La coriocarcinoma es un tumor maligno que se forma a partir de células trofoblásticas y se disemina de forma hematógena a la capa muscular del útero y los vasos sanguíneos cercanos. También puede diseminarse a otras partes del cuerpo, como el cerebro, los pulmones (75%), el hígado, el riñón, el bazo, los intestinos, la pelvis o la vagina (50%). Es más probable que se forme una coriocarcinoma en mujeres que han tenido alguno de los siguientes (María Inés Bianconi, 2013)

- Embarazo molar, especialmente con un lunar hidatiforme completo.
- Embarazo normal
- Embarazo de trompas (los implantes de óvulos fertilizados en las trompas de Falopio en lugar del útero).
- Aborto espontáneo.

Tumores trofoblásticos del sitio placentario

Un tumor trofoblástico de sitio placentario (PSTT, por sus siglas en inglés) es un tipo raro de neoplasia trofoblástica gestacional que se forma donde la placenta se adhiere al útero. El tumor se forma a partir de células trofoblásticas y

se disemina al músculo del útero y a los vasos sanguíneos. También puede diseminarse a los pulmones, la pelvis o los ganglios linfáticos. Un PSTT crece muy lentamente y pueden aparecer signos o síntomas meses o años después de un embarazo normal. (Golfier, 2011)

Los signos de Enfermedad trofoblástica gestacional incluyen sangrado vaginal anormal y un útero que es más grande de lo normal. Estos y otros signos y síntomas pueden ser causados por una enfermedad trofoblástica gestacional o por otras afecciones. Entre los síntomas se encuentran: (Golfier, 2011)

- Hemorragia vaginal no relacionada con la menstruación.
- Un útero que es más grande de lo esperado durante el embarazo.
- Dolor o presión en la pelvis.
- Náuseas y vómitos severos durante el embarazo.
- Presión arterial alta con dolor de cabeza e hinchazón de pies y manos al principio del embarazo.
- Hemorragia vaginal que continúa por más tiempo de lo normal después del parto.
- Fatiga, falta de aliento, mareos y latidos cardíacos rápidos o irregulares causados por la anemia.

La Enfermedad trofoblástica gestacional a veces causa una tiroides hiperactiva. Los signos y síntomas de una tiroides hiperactiva incluyen los siguientes:

- Latidos cardíacos rápidos o irregulares.
- Inestabilidad.

- Transpiración.
- Movimientos intestinales frecuentes.
- Problemas para dormir.
- Sentirse ansioso o irritable.
- Pérdida de peso

Podemos reconocer su estadificación anatómica en el cuadro # 8:

Cuadro # 8: Estadificación anatómica de la NTG

Estadificación anatómica de la NTG	
Etapa I	enfermedad confinada al cuerpo uterino
Etapa II	Metástasis en vagina y/o pelvis
Etapa III	Metástasis Pulmonares
Etapa IV	Otras metástasis parenquimatosas (Hígado, Cerebro)

Fuente: Manual de Ginecología y Obstetricia octava edición

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

TRATAMIENTO

El tratamiento de la neoplasia trofoblástica gestacional se basa en el tipo de enfermedad, estadio o grupo de riesgo.

La mola invasiva y la coriocarcinoma se tratan de acuerdo con los grupos de riesgo. Otros factores incluyen los siguientes: (Golfier, 2011)

- La edad del paciente en el momento del diagnóstico.
- Si la GTN ocurrió después de un embarazo molar, aborto espontáneo o embarazo normal.

- Qué tan pronto se diagnosticó el tumor después del embarazo.
- El nivel de beta gonadotropina coriónica humana (β -hCG) en la sangre.
- El tamaño del tumor más grande.
- Dónde se ha diseminado el tumor y la cantidad de tumores en el cuerpo.
- Con cuántos medicamentos de quimioterapia se ha tratado el tumor (para tumores recurrentes o resistentes).

Existen dos grupos de riesgo para la Mola invasiva y la coriocarcinoma: riesgo bajo y riesgo alto. Los pacientes con enfermedad de bajo riesgo generalmente reciben un tratamiento menos agresivo que los pacientes con enfermedad de alto riesgo. (Jorge A. Carvajal, 2017)

Legrado o Aneu con evacuación por succión: procedimiento quirúrgico para extirpar tejido anormal y partes del revestimiento interno del útero. El cuello uterino está dilatado y el material dentro del útero se extrae con un pequeño dispositivo similar a un vacío. Las paredes del útero luego se legran suavemente con una cureta para eliminar cualquier material que pueda quedar en el útero. Este procedimiento puede ser utilizado para embarazos molares. (Golfier, 2011)

Histerectomía

Metotrexato: se asocia a ácido fólico para disminuir los efectos secundarios e interfiere con la embriogénesis, por lo que se debe esperar un año tras terminar el tratamiento para quedar embarazada. (Muñiz, 2014)

Seguimientos de la BHCG

- Mensual cada seis meses
- Bimensual otros seis meses y luego Anual utilizar método anticonceptivo por un año. (Muñiz, 2014)

2.1.1. Marco Conceptual

Blastocito: es una estructura esférica rodeada por una cubierta llamada trofoblasto, que va a tener como misión de excavar en el endometrio para efectuar la implantación. (Muñiz, 2014)

Aborto: Según la OMS es definida por la interrupción del embarazo del proceso de gestación con medios adecuados. La presente definición no considera si el feto se encuentra vivo o muerto. Desde el punto legal se considera al aborto como la muerte del feto (Escuela de Salud Pública, 2017).

Amenaza de Aborto: Es una hemorragia vaginal antes de la semana 20 de la gestación y se produce entre 30 a 40 % de todos los embarazos, la hemorragia suele ser ligera donde el cuello uterino se encuentra cerrado. (JONATHAN S.BEREK P. A., 2016)

Anembrionado, donde un óvulo fertilizado se implanta en la pared uterina, pero el desarrollo fetal nunca comienza. (Rovati, 2011)

Aborto completo, donde los productos de la concepción son expulsados del cuerpo. (MSP, 2013)

Aborto involuntario incompleto, donde las membranas se rompen y el cuello uterino está dilatado o adelgazado. (MSP, 2013)

Aborto involuntario perdido, donde el embrión muere sin el conocimiento de la mujer en gestación. (Jorge A. Carvajal, 2017)

Aborto involuntario recurrente donde ha tenido tres o más abortos espontáneos en el primer trimestre consecutivos. (F. Gary Cunningham, 2015)

Aborto séptico: infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38 grados o más) antes, durante o después del aborto espontáneo provocado. (MSP, 2013)

Aborto inseguro: es provocado en condiciones de riesgo como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado, practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica y este puede evolucionar en un embarazo séptico. (MSP, 2013)

Anomalías Congénitas: En las 7 primeras semanas de gestación, la hiperglucemia es teratógena; los factores y mecanismo por los que desarrollo esta

condición en el embrión no han sido claramente establecidos. El estrés oxidativo y la insuficiencia del saco vitelino juegan un rol importante. (Toala & Cornejo, 2017)

Cambios cervicales. Durante el embarazo, la sangre extra fluye hacia el cuello uterino. La relación sexual o una prueba de Papanicolaou, que causa el contacto con el cuello uterino, puede desencadenar una hemorragia. Este tipo de sangrado no es motivo de preocupación. (Santiesteban, 2011)

Infeción. Cualquier infección del cuello uterino, la vagina o una infección de transmisión sexual (como clamidia, gonorrea o herpes) puede causar sangrado en el primer trimestre. (Santiesteban, 2011)

Embarazo ectópico: Embarazo que se produce fuera del útero, se desarrolla en las trompas de Falopio es de carácter grave el cual debe ser tratado cuidadosamente (Planned Parenthood, 2018)

Estrés Oxidativo: Es el proceso de desgates de las células que dependen de la producción de radicales libres, los radicales libres son moléculas o átomos diminutas con muy buena capacidad reactiva, éstas son consecuencia del metabolismo aerobio (Vida, 2016).

Shock hipovolémico: También es conocido como shock hemorrágico cuando la pérdida de sangre es mayor a un litro de sangre, esta patología hace que el corazón se incapaz de bombear sangre a todo el corazón, comprometiendo varios órganos, lo cual pone en riesgo la vida.

Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Un mecanismo de acción que se utiliza como tratamiento para el aborto en el que se traslada la presión negativa que se genera manualmente o a través de un aparato eléctrico, utilizado dentro del útero mediante cánulas. Permite a su vez retirar todos los tejidos consecuencia de la extracción del feto, con el propósito de raspar las paredes del útero. (Gutiérrez & Guevara, 2015)

Legrado Uterino Instrumental (LUI): Uno de los procedimientos más practicados en la obstetricia; se lo conoce con el nombre de dilatación y curetaje. Es un método quirúrgico de evacuación uterina, realizado en el tratamiento de aborto cuando existen ciertas complicaciones. Se lo puede practicar tanto en el primer trimestre como en el segundo. (Ballinas, 2014)

Misoprostol: Este análogo de prostaglandina, útil para el tratamiento del aborto retenido, es decir, el feto muerto dentro del útero; tiene la capacidad de inducir contracciones uterinas; también sirve para practicar el tratamiento de la úlcera gástrica o péptica especialmente en casos con (AINES). (Hidalgo, Narváez, & Aedo, 2013).

Aborto Infectado: Es la utilización de técnicas o instrumentos inadecuados e inseguros dentro del útero, a través de esta práctica se desarrollan infecciones como polimicrobianas que son provocadas por la flora vaginal, flora intestinal entre otras. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013)

2.1.2. Antecedentes investigativos

Han considerado aportes de investigaciones realizadas en relación del tema de estudio. Es así que la autora Jacqueline Andrea Andrade Coronel en su tesis de

grado ***Factores de Riesgo y Complicaciones de las Hemorragias Durante el Primer Trimestre de Embarazo Estudio a realizar en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, Periodo 2016 Guayaquil-Ecuador*** concluye que se debe conocer los factores, complicaciones que podrán repercutir en la madre, durante su etapa de embarazo y así tener un mejor manejo para prevenir los factores desencadenantes a una hemorragia durante el primer periodo del embarazo con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad. (Coronel, 2016)

Como concluyo el autor Gerardo Martin Requena Frias en su tesis de grado ***Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional docente de Trujillo - Perú en el periodo 2015 en la ciudad de Trujillo*** indico que la edad con más frecuencia del embarazo ectópico fue entre los 29 años de edad también la asocio con el inicio temprano de relaciones sexuales junto con los antecedentes de embarazos ectópicos previos y antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria. (Requena, 2015)

En un estudio realizado por los autores Cadena García Harry, Ortega León Gabriela, Touriz Bonifaz Maria. En su tesis de grado sobre ***la prevalencia del aborto y factores epidemiológicos. Hospital Universitario periodo 2015 en la ciudad de Guayaquil-Ecuador*** concluyo que es un campo que ha suscitado más controversia y que se ha convertido en uno de los temas más delicados de la ética médica actual donde se encuentran con mayor prevalencia para que se dé un evento de hemorragia del primer trimestre de la gestación en grupos etarios entre los 20 a 30 años con un 45.1%. (Harry Cadena, 2015)

Con respecto la paridad observó un 66.5% en pacientes que al menos tenían dos labores de partos previos y un 33.5% a pacientes nulíparas. En cambio, el 75.1% de abortos fueron en pacientes provenientes de área urbana y el 21.6%

del área rural con nivel de instrucción secundaria con el 68.6%. (Harry Cadena, 2015)

Un estudio realizado por la autor Bravo Torre Angelica Solange mediante un estudio descriptivo, retrospectivo en su tesis de Grado ***Factores de riesgo y complicaciones del aborto realizado en el Hospital Universitario de la Ciudad de Guayaquil Periodo 2015*** mediante revisión de 500 expedientes clínicos con diagnósticos de Aborto concluyo el mayor factor de riesgo del aborto en grupos etarios entre 21 y 26 años donde el 64% procedían de zonas urbanas marginales el 33% tenían dos gestaciones el 37% nulíparas el 50% sin abortos previos el 38% sin Cesáreas previas y el 47% presentaron complicaciones obstétricas. (Bravo, 2015)

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. Hipótesis General

Las hemorragias de la primera mitad de gestación están asociadas con las complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en Hospital IESS Durán. Octubre 2018 – abril 2019

2.2.2. Hipótesis Específicas

- a) Las complicaciones obstétricas más frecuentes relacionadas con las hemorragias de la primera mitad de gestación en pacientes atendidas en Hospital IESS Durán es la amenaza de aborto.
- b) Las hemorragias de la primera mitad de gestación están relacionadas con las amenazas de abortos en pacientes atendidas en Hospital IESS Durán.

2.3. VARIABLES

2.3.1. Variable Independientes

Hemorragias de la primera mitad de gestación

2.3.2. Variable Dependientes

Complicaciones Obstétricas

2.3.3. Operacionalización de las Variables

Cuadro # 9: Operacionalización de las Variables

Variable		Definición conceptual	Dimensión o Categoría	Indicador	Índice
Independiente	Hemorragias de la primera mitad de gestación	Se presentan antes de las 20 semanas de la gestación, debido a diferentes patologías que causan diferentes complicaciones	Abortos	15 – 18 años	Pacientes atendidas por hemorragia en la primera mitad del embarazo en el Hospital del IESS de Durán
			Embarazo Ectópico		
Dependiente	Complicaciones obstétricas	Trastornos sufridos durante el embarazo, parto, y el trabajo de parto y problemas que pueden presentarse durante la hemorragia que dan como resultado la muerte materna.	Número de pacientes adolescentes	15 – 18 años	Pacientes atendidas por hemorragia en la primera mitad del embarazo en el Hospital del IESS de Durán
			Número de pacientes adultos	27 – 40 años	

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

CAPITULO III.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método de investigación

El método aplicado en la presente investigación fue de carácter deductivo, debido a que analizamos la información de la base de datos del departamento de estadísticas sobre las mujeres embarazadas que habían sido atendidas en el Hospital del IESS de Durán quienes presentaron hemorragias en la primera mitad del embarazo relacionada con complicaciones obstétricas en el periodo octubre 2018 – abril 2019

3.2. Modalidad de investigación

La modalidad de la investigación fue cuantitativa debido a que determinamos y analizamos las principales hemorragias de la primera mitad de la gestación que están asociadas a complicaciones maternas, debido a esta modalidad determinamos en porcentaje cual es la edad que presenta más frecuencia, y que complicación se presentó con más recurrencia en el periodo de estudio.

3.3. Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se desarrolla será descriptivo, observacional, no experimental, dado a que no se manipularan deliberadamente las variables, se realizará una observación del tema a tratar para poder describir y analizar el caso de estudio sin necesidad de intervenir directamente.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1. Técnicas

La técnica de la presente investigación se basa en la observación y selección de datos que se obtuvieron en los registros de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el periodo octubre 2018 abril 2019, dichos datos fueron otorgados por el departamento de estadística del Hospital del IESS de Durán, se guardaron los criterios de confidencialidad para salvaguardar la integridad de las usuarias.

3.4.2. Instrumento

El instrumento de recolección de datos para la realización del trabajo de investigación sobre las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones maternas fue una hoja de Recolección de Datos la misma que permitió observar el comportamiento de variables como: edad, motivo de consulta, paridad, control prenatal, estado civil, tipo de Hemorragias, complicaciones de las hemorragias que se presentan en la primera mitad del embarazo.

3.5. Población y Muestra de Investigación

3.5.1. Población

La población está determinada por 571 gestantes que presentaron síntomas de hemorragia en la primera mitad de la gestación en el Hospital del IESS de Durán en periodo de octubre del 2018 a abril del 2019.

3.5.2. Muestra

Para la selección del criterio muestra se aplicó criterios de inclusión y exclusión y además se aplicó la fórmula de estratificación de la población para obtener la muestra que se empleó para el estudio de las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones maternas.

Criterios de Inclusión

- Gestantes atendidas en el Hospital del IESS de Durán en el periodo octubre 2018 – abril 2019.
- Gestantes con diagnósticos de hemorragia en la primera mitad del embarazo relacionadas con complicaciones obstétricas.
- Historias clínicas accesibles con datos completos.

Criterios de exclusión

- Gestantes atendidas en el Hospital del IESS de Durán fuera del periodo octubre 2018 – abril 2019.
- Gestantes con diagnósticos de hemorragia en la segunda mitad del embarazo relacionadas con complicaciones obstétricas.
- Historias clínicas inaccesibles con datos incompletos.

La fórmula para calcular la muestra será bajo la fórmula de población finita:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Siendo:

N= Tamaño de la población	571
Z= Nivel de confianza	1,96
p= Variabilidad positiva	50%
q= Variabilidad negativa	50%
e= margen de error	3%

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 571}{0,03^2(571 - 1) + (1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5)}$$

$$n = \frac{548,3884}{1,47}$$

3.6. Cronograma del Proyecto

Cuadro # 10: Cronograma del Proyecto

N°	Meses Actividades	8/2018	9/2018	10/2018	11/2018	12/2018	1/2019	2/2019	3/2019	4/2019
1	Selección del tema Aprobación del tema									
2	Capítulo I planteamiento del problema, marco contextual									
3	Problema general, problema derivado									
4	Delimitación de la investigación Justificación									
5	Objetivo general Objetivo específico									
6	Capítulo II Marco teórico									
7	Hipótesis general Hipótesis específica									
8	Variables y su Operacionalización									
9	Capítulo III: Metodología de la investigación									
10	Capítulo IV: Resultado de la investigación									
11	Capítulo V: Propuesta, bibliografía, anexos									
12	Entrega del informe final									
13	Sustentación del Informe Final									

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

3.7 RECURSOS

3.7.1 RECURSOS HUMANOS

Para la elaboración de la presente investigación se necesitó de la intervención del siguiente recurso humano:

Tutor:

- Dr. Hugolino Orellana Gaibor

Autores:

- Kevin Andrés Mite Manzaba
- Tatiana Gabriela Suriaga Mendoza

3.7.2 RECURSOS ECONOMICOS

Para la elaboración del presente trabajo fue necesario realizar la siguiente inversión:

Cuadro # 10: Recursos

Recursos	Costos
Internet	30
Resma de hojas	5
Impresiones	15
Alimentación	60
Pasaje	30
Otros	50
Total	190

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

3.8 PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS

3.8.1 BASE DE DATOS

La base de datos de estudio para el análisis de las hemorragias de la primera mitad del embarazo fue tomada en el periodo octubre 2018 a abril 2019 en donde nuestro universo es de 571 pacientes donde se trabajó con 372 usuarias diagnosticadas con hemorragias de la primera mitad del embarazo en el Hospital del IESS de Durán.

CAPITULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

Estado civil

Cuadro # 12: Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	119	32%
Casada	145	39%
Unión libre	108	29%
Total	372	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

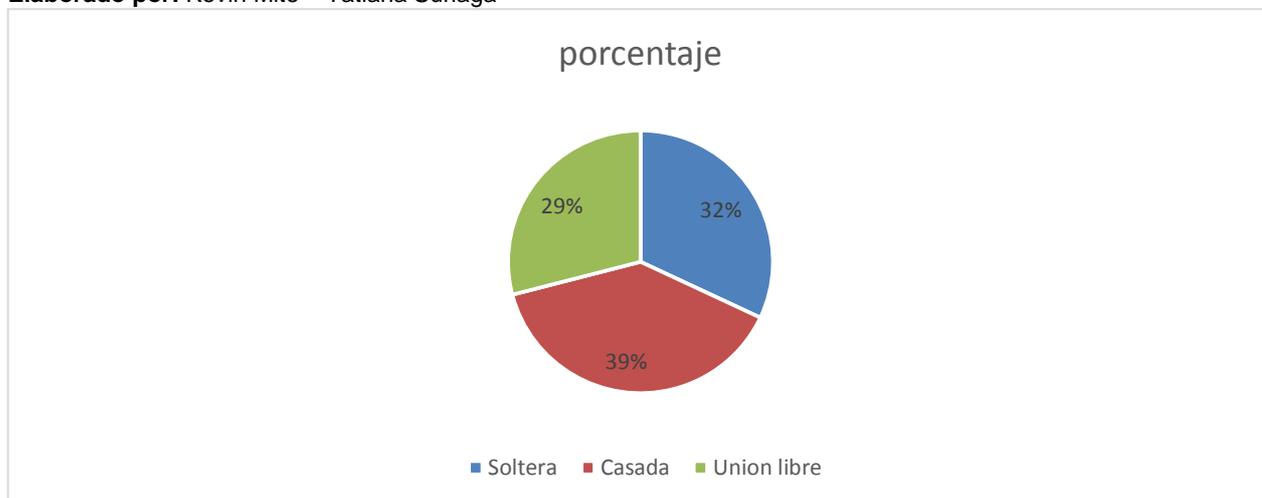


Gráfico # 8: Estado civil

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: En los registros del Hospital del IESS en el periodo de estudio octubre 2018 abril 2019, las pacientes afectadas con hemorragia en la primera mitad del embarazo, se destaca que el 32% no tienen una pareja estable con quien compartir las patologías que se le han presentado en esta etapa de gestación.

Edad

Cuadro # 11: Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-20	104	28%
20-25	30	8%
25-30	48	13%
30-35	11	3%
35-40	40	11%
Más de 40	138	37%
Total	372	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

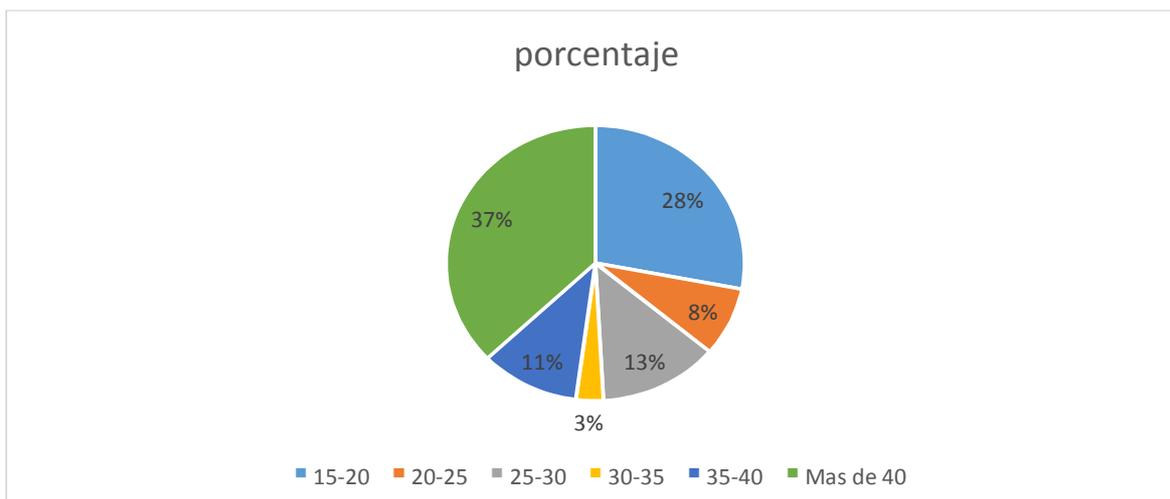


Gráfico # 9: Edad

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: La edad que se encuentra afectada por las hemorragias en la primera mitad del embarazo son las edades de más de 40 años con un porcentaje del 37%, como consecuencia de la edad avanzada de las madres gestantes y las diferentes complicaciones que se producen.

Paridad

Cuadro # 12: Paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	115	31%
Bigesta	41	11%
Trigesta	41	11%
Multigesta	175	47%
Total	372	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

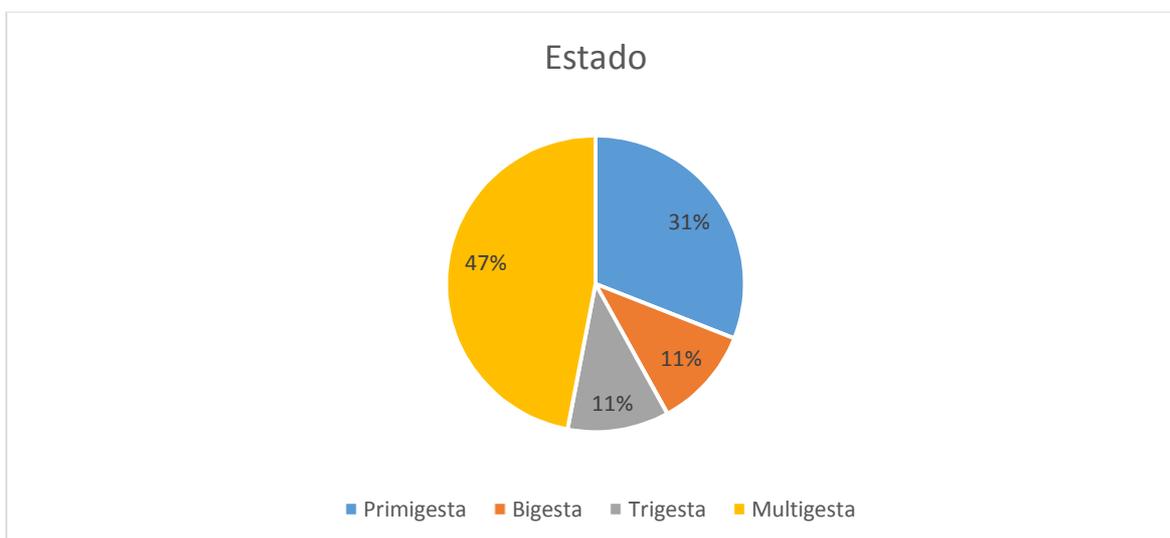


Gráfico # 10: Paridad

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: La información levantada dentro del departamento de estadísticas del Hospital del IESS de Durán revela que el 47% de las mujeres que presentaron hemorragia en la primera mitad del embarazo eran multigestantes, es decir, que ya habían tenido partos posteriores, que complican la labor de parto.

Control prenatal

Cuadro # 13: Control prenatal

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	294	79%
No	78	21%
Total	372	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

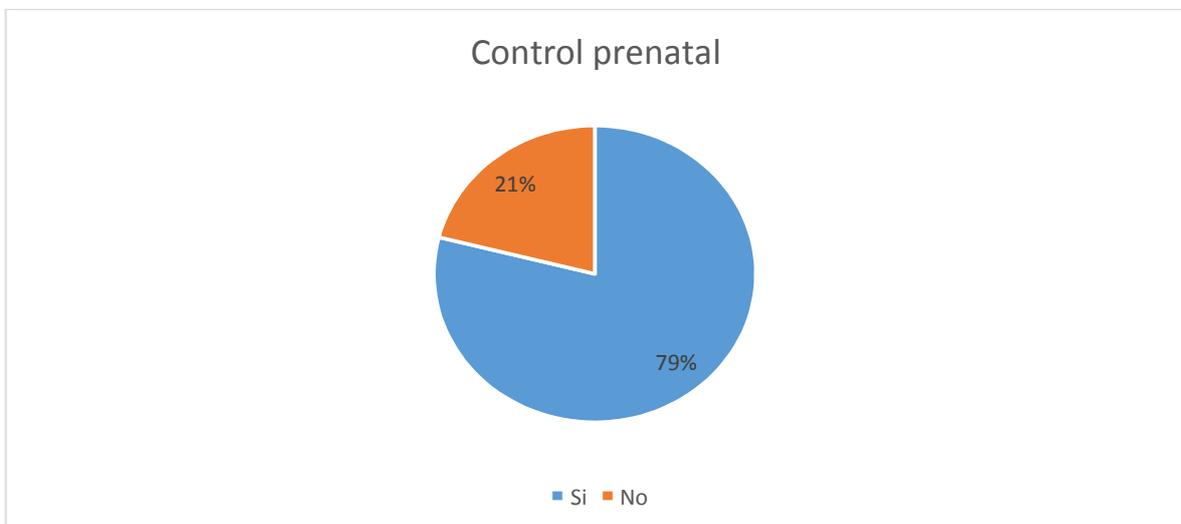


Gráfico # 11: Control prenatal

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: En el análisis de los datos obtenidos de las pacientes atendidas con hemorragia en la primera mitad del embarazo en el Hospital del IESS de Durán en el periodo octubre 2018 – abril 2019 observamos que 79% de las pacientes afectadas presentaban controles prenatales, a pesar de no tener un costo la atención medica en caso de las mujeres gestantes embarazadas, el restante de la muestra estudiada se inclina por omitir los controles y no asistir a las consultas periódicas.

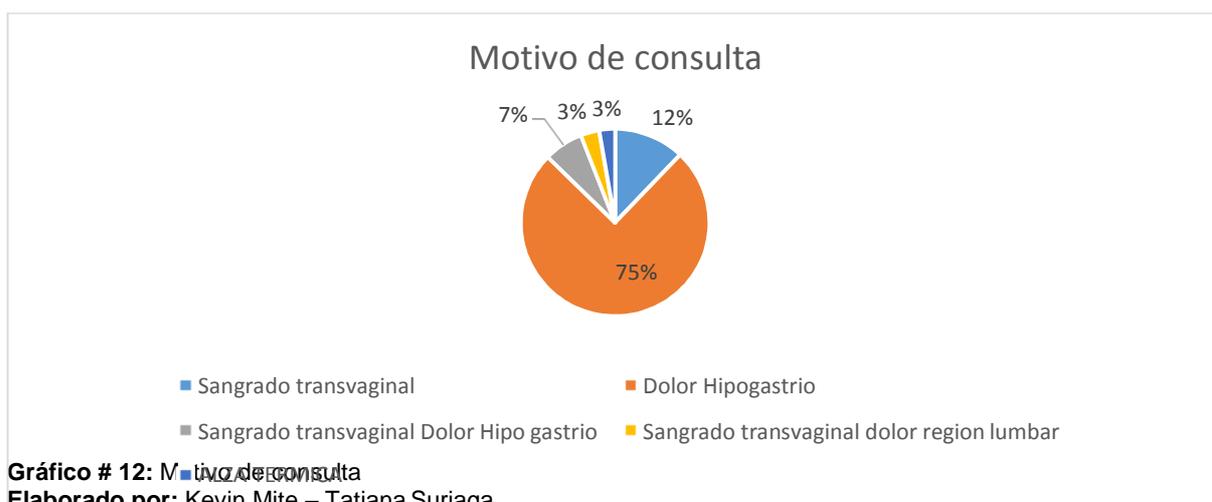
Motivo de consulta

Cuadro # 14: Motivo de consulta

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado transvaginal	45	12%
Dolor Hipogastrio	280	75%
Sangrado transvaginal Dolor Hipo Gástrico	25	7%
Sangrado transvaginal dolor región Lumbar	12	3%
Alza Térmica	10	3%
Total	372	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga



Análisis e interpretación de los resultados: Las pacientes que acudieron al Hospital del IESS de Durán en periodo octubre 2018 – abril 2019 presentaron los siguientes síntomas: El dolor hipogastrio fue el más frecuente con un 75%, como síntoma principal del embarazo y en ocasiones se efectúa como una complicación que existe en el embarazo.

Complicaciones Obstétricas Generales

Cuadro # 15: Complicaciones

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	351	94%
Ectópico	17	5%
Mola	4	1%
Total	372	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán
Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

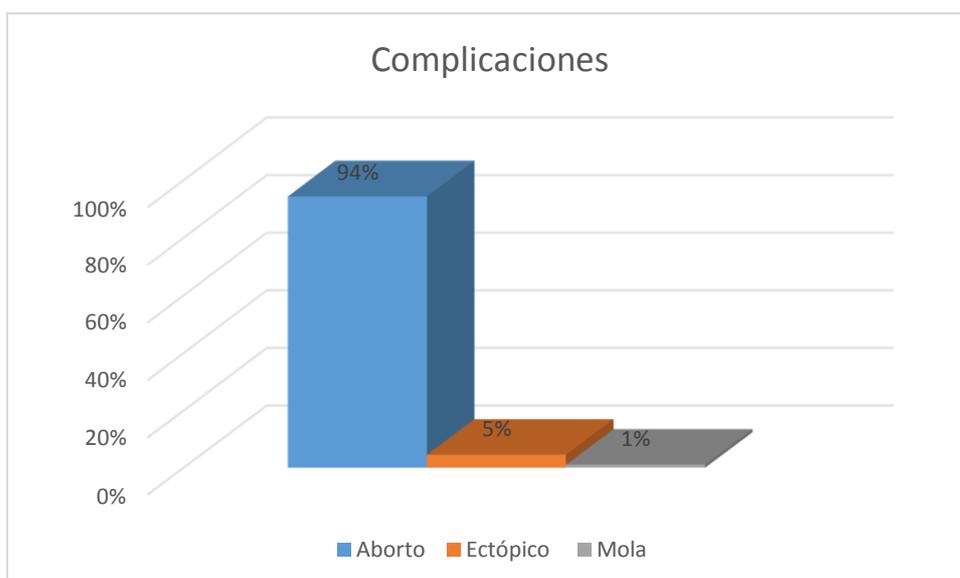


Gráfico # 13: Complicaciones
Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: La principal complicación presentada en el Hospital del IESS de Durán fue el aborto con el 94% que se produce en la primera mitad del embarazo, a diferencia de las demás patologías que se presentan en el siguiente cuadro.

Aborto

Cuadro # 16: Aborto

Aborto	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza de abortos	160	46%
Abortos completos	81	23%
Abortos incompletos	85	24%
Aborto recurrente	20	6%
Aborto séptico	5	1%
Total	351	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

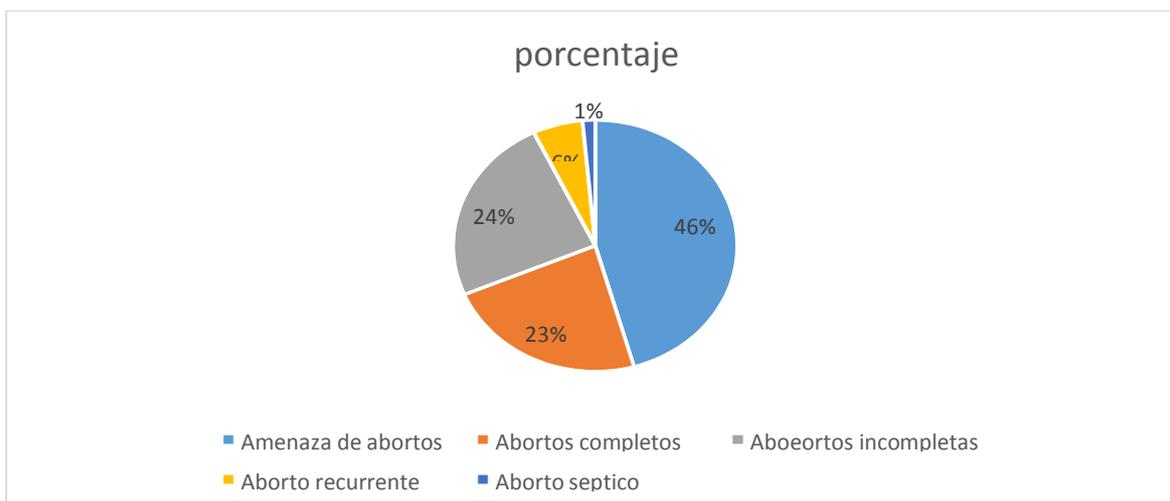


Gráfico # 14: Aborto

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: Los tipos de abortos que se presentaron en el periodo de estudio octubre 2018 – abril 2019 en el Hospital del IESS de Durán fueron las amenazas de abortos con el 46%, es decir, presentaron sangrado, dolor, entre otros síntomas.

Ectópico

Cuadro # 17: Ectópico

Ectópico	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo ectópico ampular	6	35%
Embarazo ectópico Ístmico	3	18%
No complicado	6	35%
Complicado	2	12%
Total	17	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

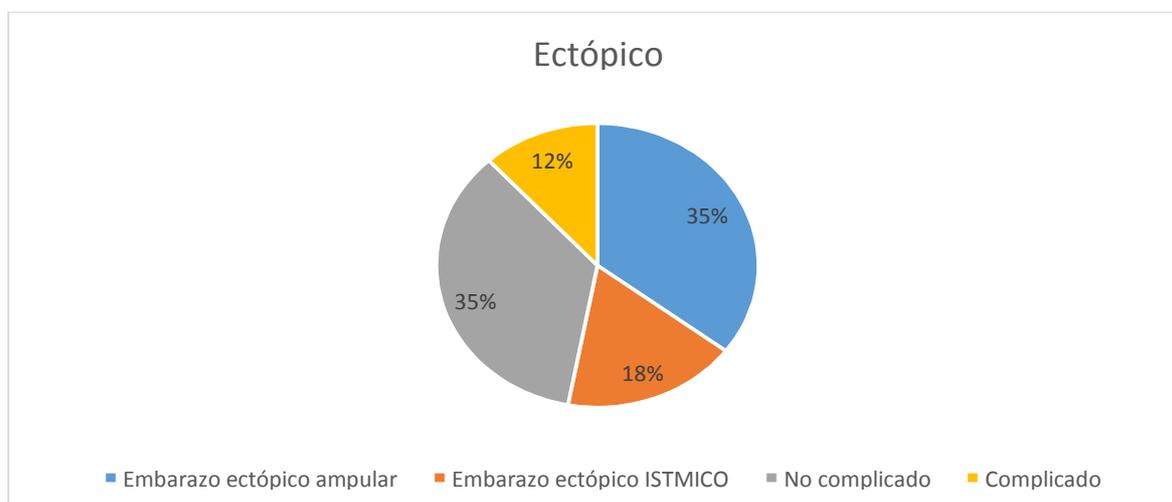


Gráfico # 15: Ectópico

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: De la población en estudio en el Hospital IESS de Durán dentro de los embarazos ectópicos, se destaca que el embarazo ectópico complicado se reflejó 2 muertes maternas durante el periodo de investigación.

Mola

Cuadro # 18: Mola

Mola	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad trofoblástica completa	2	50%
Enfermedad trofoblástica incompleta	1	25%
Enfermedad invasora	1	25%
Total	4	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

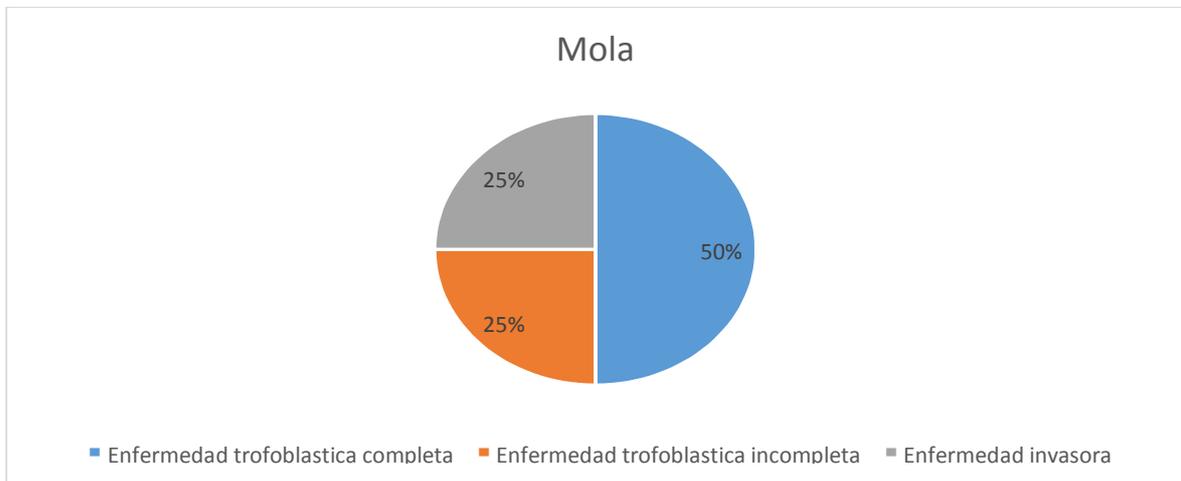


Gráfico # 16: Mola

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: Dentro de los embarazos molares que se presentaron en el periodo de estudio octubre 2018 – abril 2019 en el Hospital del IESS de Durán, se muestra la enfermedad trofoblástica completa con el 50%, representa una amenaza para la vida de las mujeres que se encuentran en la etapa de gestación.

Complicaciones

Cuadro # 19: Complicaciones

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Infertilidad Por Ooforectomía	3	14%
Mola – Histerectomía	1	5%
Abortos Recurrentes - Síndrome De Asherman	9	43%
Muerte Materna Por Ectópico Complicado	2	10%
Sepsis Por Embarazo Incompleto	6	29%
Total	21	100%

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga



Gráfico # 17: Complicaciones

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

Análisis e interpretación de los resultados: Dentro de las complicaciones que se presentaron por hemorragia en la primera mitad del embarazo en el Hospital del IESS de Durán, se observaron la muerte Materna por Ectópico Complicado con 1%, siendo esta la más letal y significativa que se presenta en este establecimiento.

Resumen de Historias Clínicas

La siguiente información se obtiene de las historias clínicas realizadas a pacientes que fueron atendidas en el hospital en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019 sobre hemorragias de la primera mitad de la gestación. En el cuadro 22, se destacan las características de los pacientes.

Cuadro # 20: Características de los pacientes

Características		
Estado Civil	Soltera	
	Casada	
	Unión Libre	
Edad	15-20	
	20-25	
	25-30	
	30-35	
	35-40	
	Más de 40	
Estado Gestacional	Primigesta	
	Bigesta	
	Trigesta	
	Multigesta	
Motivo de Consulta	Sangrado Transvaginal	
	Dolor Hipogástrico	
	Sangrado transvaginal dolor hipo gástrico	
	Sangrado Transvaginal dolor región lumbar	
	Alza termina	
Aborto	Ectópico	Amenaza de aborto
		Abortos completos
		Abortos incompletos
		Aborto recurrente
		Aborto séptico
		Embarazo ectópico ampular
		Embarazo ectópico ístmico
		No complicado
	Complicado	
	Mola	Enfermedad trofoblástica completa
Enfermedad trofoblástica incompleta		
Enfermedad invasora		
Complicaciones	Infertilidad por Ooforectomía	
	Mola-Histerectomía	
	Abortos recurrentes- síndrome de Asherman	
	Muerte materna por Ectópico complicado	
	Sepsis por embarazo incompleto	

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriaga

En el siguiente cuadro se identificó las complicaciones obstétricas y factores de riesgo asociadas a hemorragias de la primera mitad de la gestación en pacientes atendidas en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019. Encontradas en las encuestas que se realizaron a las pacientes que se encontraban en la primera mitad de gestación.

Cuadro # 21: Complicaciones obstétricas y factores de riesgos

Complicaciones Obstétricas	Factores de riesgo
Aborto	Trauma corporal durante la gestación
	Excesiva exposición a la radiación durante la gestación
	Consumo de drogas, alcohol y cigarrillo durante el embarazo
	Embarazo molar parcial
	El consumo excesivo de cafeína durante la gestación.
Embarazo ectópico	Edad Avanzada
	Antecedentes de cirugía pélvica, cirugía abdominal o abortos múltiples.
	Historia de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)
	Cuando la concepción ha ocurrido a pesar de la ligadura de trompas o del dispositivo intrauterino (DIU)
	concepción asistida por medicamentos o procedimientos de fertilidad
	Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como la gonorrea o la clamidia
Neoplasia Trofoblástica gestacional	La edad del paciente en el momento del diagnóstico
	Si la GTN ocurrió después de un embarazo molar, aborto espontáneo o embarazo normal
	El nivel de beta gonadotropina coriónica humana (β -hCG) en la sangre
	El tamaño y ubicación del tumor

Fuente: Hospital del IESS de Durán

Elaborado por: Kevin Mite – Tatiana Suriag

4.2. Análisis e interpretación de datos

Durante el Periodo de estudio en el Hospital del IESS de Durán sobre las hemorragias en la primera mitad del embarazo se registraron 571 casos los cuales forman la población de estudio, para poder obtener una muestra se aplicó la fórmula de población finita obteniendo una muestra de 372 casos en donde la hemorragia en la primera mitad de embarazo se presentó; una incidencia considerable en las mujeres gestantes solteras, es decir, no poseen una pareja con quien compartir; con una frecuencia elevada en mujeres mayores de 40 años, afectando la edad como un principal factor; otro dato relevante;

Las complicaciones obstétricas generales con mayor relevancia fueron los abortos con el 94%; Las pacientes analizadas en este periodo de tiempo en su mayoría presentaban dolor hipogastrio el cual se mostraba con un 42%, este fue el motivo de consulta principal por el que acudieron al Hospital; en cuanto lo que corresponde a abortos el 46% poseía amenaza de abortos, presentando sangrado y dolor abdominal, entre otros síntomas; los embarazos ectópicos se presentaron con un 35% en cuanto embarazo ectópico ampular y con el mismo porcentaje los no complicados; el caso de la Mola Hidatiforme fueron poco frecuentes mostrándose un total de 4 casos en donde la enfermedad trofoblástica presentaba 2 casos; las complicaciones más frecuentes fueron la infertilidad por ooforectomía, Síndrome de Asherman.

4.3. CONCLUSIÓN

Con el presente trabajo de investigación realizado en el Hospital del IESS de Durán se estudiaron las diferentes teorías relacionadas con los riesgos obstétricos de la primera mitad del embarazo en el periodo de octubre del 2018 hasta abril del 2019 en donde se observaron que las características principales de las pacientes que acudieron a dicho centro de salud con mayor relevancia mostraban ser solteras con un 32%, multigestas en un 47% entre edades de 40 con un 37% en donde 2 de cada 10 usuarias no acudían a las consultas prenatales lo cual permitía desarrollar en mayor medida una hemorragia durante la primera mitad de la gestación, lo cual nos lleva a la conclusión que las mujeres que quieran realizar un proceso adecuado de gestación deben planear su embarazo para que puedan evitar consecuencias en su salud.

Las complicaciones obstétricas de la primera mitad del embarazo en el Hospital del IESS de Durán se presentaron diferentes tipos de abortos representando el 94%, dentro de los cuales el Síndrome de Asherman se presentó en un 43% seguidos casos de Sepsis por embarazos incompletos en un 29%, los embarazos ectópicos se presentaron en un 5% donde se registraron 2 muertes maternas y 3 ooforectomías

Los embarazos molares representaron el 1% donde un caso termino como histerectomía dentro de los factores de riesgos se puede destacar las edades entre 15 a 20 años en un 28% las primigestas en un 31% antecedentes de abortos recurrentes en un 6% antecedentes de embarazos ectópicos y embarazos molares al realizar el análisis sobre estos casos dentro de la rama de obstetra es muy importante para determinar la calidad de vida y cuidado que poseen las gestantes de un determinado sector, al prestarle atención se podrá almacenar información para poder reconocer de manera rápida los signos y síntomas para poder aplicar el adecuado manejo.

4.4. RECOMENDACIÓN

Para el diseño del estudio de hemorragias de la primera mitad de la gestación y sus asociación a complicaciones maternas se pensó en un trabajo puramente cuantitativo pero al asociar las variables y según la descripción bibliográfica se podría aportar con metodología cualitativa al hacer la interacción de variables lo que deja espacio abierto para futuros estudios en base al presente.

Se indicó realizar chequeos exhaustivos a todas las pacientes que acuden al Hospital Básico IESS Durán para poder determinar las causa de las hemorragias durante la primera mitad de gestación tomando en cuenta los procedimientos a seguir como se indican en las guías de práctica clínica si se trata de algún tipo de aborto recalcando el adecuado uso del Misoprostol como tratamiento del aborto juntos al Aneu antes de las 12 semanas de gestación y Legrados después de las 12 semanas recomendando también la ejecución del Score Mama e implementar las claves Obstétricas roja, amarilla, con la importancia del control prenatal y signos de alarma durante las citas médicas lo que reducirá la morbilidad y mortalidad materna permitiendo tener una tasa de embarazos normales.

Realizar campañas para concientizar sobre las complicaciones obstétricas en la primera mitad del embarazo en especial a las mujeres de edades extremas, lo cual permitirá evitar embarazos de alto riesgos, no deseado, asegurando la calidad de vida de las pacientes que acuden al Hospital del IESS de Durán.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE LA APLICACIÓN

5.1. Título de la Propuesta de Aplicación

Fomentar las estrategias de prevención de las hemorragias obstétricas según las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública.

5.2. Antecedentes

Durante el estudio del proyecto en el hospital general IESS Duran en el periodo octubre 2018 Abril 2019 se logró destacar que el 32% no tienen una pareja estable con un 37% con edades mayor a 40 años resultando que dos de cada 10 mujeres no acudan a sus respectivos controles prenatales elevando las tasas de hemorragias durante la primera mitad de la gestación llegando a la morbilidad y mortalidad materna.

5.3. Justificación

Altas tasas de Abortos con un 94% que causaron complicaciones maternas como Síndrome de Asherman con un 43% seguidas por abortos sépticos con un 29% y dos muertes maternas por embarazos ectópicos complicados que representaron un 10% justifica el Fomento de las estrategias de prevención de las hemorragias obstétricas según las guías de práctica clínica

del Ministerio de Salud Pública para así poder reducir estas tasas morbilidades y mortalidades maternas en los sectores del cantón Duran.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivos Generales

Fomentar las estrategias de prevención de las Hemorragias Obstétricas según las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública

5.4.2. Objetivos de Específicos

- Identificar las diferentes estrategias de prevención de las Hemorragias Obstétricas según las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública.
- Fortalecer las estrategias de prevención de las Hemorragias Obstétricas según las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública.

5.5. Aspectos Básicos de la Propuesta de Investigación

5.5.1. Estructura general de la propuesta

La propuesta se la desarrollara por diferentes programas sobre actualizaciones de riesgo obstétricos dirigidos a los profesionales de la unidad de salud con el fin de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna también se efectuara el mayor conocimiento sobre los signos de alarma a las usuarias e importancia del control prenatal junto con la anticoncepción.

5.5.2. Componentes

Se establecerá temas de las guías de práctica clínica sobre los tipos de abortos, aborto terapéutico, diagnósticos diferenciales sobre las patologías que se presentan durante la primera mitad de la gestación con énfasis en las claves obstétricas y score mama para realizar buenas prácticas en las usuarias que acuden al servicio de emergencia de Hospital Básico IESS Duran, se tendrá en cuenta:

- Características del proceso de atención
- El equipo de salud: se valorar los conocimientos que poseen con la aplicación de un pretest sobre las hemorragias de la primera mitad
- Conferencia magistral sobre aborto dirigido a profesionales del servicio de salud (Realización de técnica de evacuación apropiada según el caso curetaje o aspiración, Solicitud de hemoclasificación, hemograma completo y VDRL si no la posee, oferta de consejería

en planificación familiar y suministro el método seleccionado, oferta de Apoyo psicológico, estudio y tratamiento de la posible causa del aborto, remisión para vacunación contra la rubéola, control postaborto)

- Amenaza de aborto (Solicitud ecografía, Inducción de la sedación, orden de reposo en cama por 48 horas inicialmente, explicar la importancia de evitar la actividad sexual, hacer tratamiento médico de la causa y. las patologías asociadas, realizar control a las 48 horas o antes, si aumentan los signos y síntomas).
- Aborto incompleto (Realizar control de signos vitales, suspender la vía oral durante 6 horas, suministrar líquidos endovenosos, suministrar sedación y oxitócicos, hacer evacuación uterina).
- Aborto Completo (se recomienda manejo ambulatorio, ecografía transvaginal)
- Aborto retenido (Su manejo debe ser hospitalario e incluye las siguientes actividades: Solicitar ecografía, utilizar uterotónicos y hacer evacuación uterina).
- Aborto séptico (Clave amarilla: simulacro)
- Embarazo Ectópico (Clave roja: simulacro)
- Mola Hidatiforme: Métodos de diagnóstico y valoración de factores de riesgo.

5.6. Resultados esperados de la propuesta de Aplicación

5.6.1. Alcance de la Alternativa

La propuesta tiene como meta desarrollar buenas prácticas en el manejo, prevención de las hemorragias obstétricas durante la primera mitad de la gestación que acuden al Hospital IESS Duran con el fin de fomentar el control prenatal y poder reducir en un futuro las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna que se presenten en la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2013). Guía para el Mejoramiento de la Atención Post-Aborto.

Ministerio de Salud Pública . (2018). Mortalidad Evitable- Gaceta de Muerte Materna SE 47. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica , subsecretaria de Vigilancia de la Salud Pública . Guayas: Salud.

Alvarado, A. (2015). aborto-por-cirugía México

Ballinas, J. (2014). “Aspiración Manual Endouterina Vs Legrado Uterino Instrumentado En Pacientes Con Diagnóstico De Aborto. Hospital General De Jilotepec, I.S.E.M”.

Briones, C. (01 01 de 2007) Academia de Ginecología y Obstetricia México DF.

Carranza, M. (2015). Cambios en su cuerpo durante el embarazo: primer trimestre.

Chacón, G. (2013). Manejo Actual de las Hemorragias Durante el Embarazo, Universidad de los Andes

Chacón, R. (2016). Cambios que suceden cuerpo durante 9 meses embarazo California.

Chacón, R. (2016). 8 cambios que suceden en tu cuerpo durante los 9 meses de embarazo California.

Clinica May. (11 de 2018). Deseases conditions ectopic pregnancy diagnosis and treatment Florida.

F. Gary Cunningham, K. J. (2015). Williams Obstetricia. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.

Guevara, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Obtenido de Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

Gutiérrez, M., & Guevara, E. (2015). Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57-64.

Haywood. (2014). Embarazo normal etapas del desarrollo del feto Kenilworth, USA

Hidalgo, M., Narváez, P., & Aedo, S. (2013). Misoprostol en ginecología y obstetricia. *Revista Obstétrica Ginecológica*, 165-168. Obtenido de "Aspiración Manual Endouterina Vs Legrado Uterino Instrumentado En Pacientes Con Diagnóstico De Aborto. Hospital General De Jilotepec, I.S.E.M"

James, S. (2015). American Pregnancy Florida USA.

JONATHAN S.BEREK, P. A. (2016). GINECOLOGIA DE NOVAK. MEXICO: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.

Jorge A. Carvajal, C. R. (2017). Manual de Obstetricia y Ginecología. México: Grupo CTO.

Macias, J., Álvarez, J., & Orta, M. (2016). Traumatismos en la Embarazada México.

María Inés Bianconi, J. B. (2013). CONSENSO FASGO ENFERMEDAD Trofoblástica Gestacional F.A.S.G.O

Merck. (2016). Manuales MSD. Obstetricia enfermedad trofoblástica gestacional Florida USA

Ministerio de Salud Pública. (2013). "Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente". Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización. Quito: La Caracola.

Monsalvo, S. (2015). Embarazo Ectópico México.

MSP. (2013). Componente normativo Materno. Quito: Conasa. MSP.

(2013). GUIAS DE PRACTICA CLINICA. QUITO: MENDIETA.

Muñiz, M. M. (2014). Manual CTO de Ginecología y Obstetricia. México: GRUPO CTO.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Mortalidad Materna.

Pérez, M. (2014). Guía Hemorragia de la primera mitad de la gestación. Clínica de Mujer Lima Perú.

Quispe, R. (2013). Complicaciones Obstétricas y Perinatales en Embarazadas Adolescentes y Adultas en el Primer Semestre de 2013, en el Hospital La Paz. Universidad Mayor de San Andrés México.

Sánchez, L. (2014). Complicaciones Obstétricas y Perinatales en Gestantes Adolescentes Medias y Tardías Atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García. Loreto Perú

Suárez, Á., Santana, R., Pantoja, C., Pérez, C., & Vázquez, H. (2008). Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. Ginecología y Obstetricia de México, 83-84.

Sumba, L. (2012). Universidad de Guayaquil. Obtenido de "Prevalencia de la Hemorragia Obstétrica del Primer Trimestre del Embarazo en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo, Propuesta De Manejo Terapéutico. desde Septiembre del 2012 A Febrero del 2013": "Prevalencia de la Hemorragia Obstétrica del Primer Trimestre del Embarazo en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo, Propuesta De Manejo Terapéutico. desde Septiembre del 2012 A Febrero del 2013"

Toala, H., & Cornejo, C. (2017). Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Obtenido de Hba1c Como Marcador De Riesgo Para Desenlaces Materno-Fetales Adversos En Gestantes Diabéticas :

Velasque, F. (2016). Etapas del embarazo Quito Ecuador

Viteri, G. (2017). Hemorragia del Primer Trimestre en primigestas en el Hospital Universitario entre 2015-2016. Obtenido de Universidad de Guayaquil:

Vizcarra, A. (2013). "Morbilidad Materna por Complicaciones de Hemorragia, Trastornos Hipertensivos del Embarazo e Infecciones en Pacientes Atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo desde Enero a Diciembre del 2012".

World Health Organization (WHO). (2018). Unsafe abortion global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality. Ginebra: WHO.

Yordanka Rodríguez Morales, M. A. (2010). Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 5 Cuba.

ANEXOS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
<p>¿Cuáles son las causas de las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019?</p>	<p>Determinar las hemorragias de la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019</p>	<p>Las hemorragias de la primera mitad de gestación están asociadas con las complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en Hospital IESS Durán. Octubre 2018 – abril 2019</p>
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS
<p>¿Qué características presentan las pacientes atendidas en el hospital en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019 sobre hemorragias de la primera mitad de la gestación?</p>	<p>Conocer las principales características que presentan las pacientes atendidas en el hospital en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019 sobre hemorragias de la primera mitad de la gestación.</p>	<p>Las complicaciones obstétricas más frecuentes relacionadas con las hemorragias de la primera mitad de gestación en pacientes atendidas en Hospital IESS Durán es la amenaza de aborto.</p>
<p>¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y factores de riesgo asociadas a hemorragias de la primera mitad de la gestación en pacientes atendidas en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019?</p>	<p>Identificar las complicaciones obstétricas y factores de riesgo asociadas a hemorragias de la primera mitad de la gestación en pacientes atendidas en el hospital IESS de Duran, en el periodo octubre 2018 hasta abril 2019</p>	<p>Las hemorragias de la primera mitad de gestación están relacionadas con las amenazas de abortos en pacientes atendidas en Hospital IESS Durán.</p>

SR. DR.
RICARDO MORENO SAN MARTIN
DIRECTOR DEL HOSPITAL BASICO IESS DURAN
CIUDAD.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente nosotros KEVIN ANDRES MITE MANZABA CON CI: 0925901738
TATIANA GABRIELA SURIAGA MENDOZA CON CI: 0705381671 estudiantes de la Universidad
Técnica de Babahoyo de la carrera de Obstetricia le solicitamos de la manera mas acomodada se
nos permita obtener información de las estadísticas para realizar el estudio de Hemorragias de
la primera mitad de la gestación asociadas a complicaciones obstétricas periodo Octubre 2018
- Abril 2019 y poder terminar nuestro proyecto de tesis previo al título de Obstetra.

Me suscribo

Atentamente


Kevin Mite


Tatiana Suriaga

cc. Dpto. de estadísticas
cc. Dpto. Docencia
cc. Dpto. Ginecología

27/11/18
D. Avaca
Dn. G. H. S. K.
Concedido a T. J. M.
H. S. K.

HOSPITAL BÁSICO-DURÁN
SECRETARIA
DIRECCIÓN MÉDICA
RECIBIDO
FECHA: 27/11/18 HORA: 17:00
CON ANEXO:
SIN ANEXO:

INFORMES ESTADISTICOS 2018 -2019
CIE 10 : O200 - O039- O034 - O262 - O033

OCTUBRE	SUB - TOTAL	DESCRIPCION	NOVIEMBRE	SUB-TOTAL	DESCRIPCION	DICIEMBRE	SUB-TOTAL	DESCRIPCION	ENERO	SUB- TOTAL	DESCRIPCION
O200	21	AMENAZA DE ABORTO	O200	22	AMENAZA DE ABORTO	O200	21	AMENAZA DE ABORTO	O200	16	AMENAZA DE ABORTO
O034	3	ABORTO INCOMPLETO	O034	5	ABORTO INCOMPLETO	O034	12	ABORTO INCOMPLETO	O034	15	ABORTO INCOMPLETO
O039	2	ABORTO COMPLETO	O039	4	ABORTO COMPLETO	O039	8	ABORTO COMPLETO	O039	12	ABORTO COMPLETO
			O262	2	ABORTO RECURRENTE	O262	5	ABORTO RECURRENTE	O262	3	ABORTO RECURRENTE
O033	1	ABORTO SEPTICO				O033	2	ABORTO SEPTICO			
O001	1	ECTOPICO ISTMICO							O001	2	ECTOPICO ISTMICO
			O002	1	ECTOPICO AMPULAR	O002	2	ECTOPICO AMPULAR			
O008	2	ECTOPICO NO COMPLICADO				O008	2	ECTOPICO NO COMPLICADO			
O008	1	ECTOPICO COMPLICADO							O008	1	ECTOPICO COMPLICADO
						O010	1	MOLA COMPLETA			
O011	1	MOLA INCOMPLETA									
									C58	1	MOLA INVASORA

**Datos estadísticos proporcionados por los Queryn de repositorio
del departamento de Tick, y departamento de estadísticas y planificación del Hospital Básico IESS Duran**

Elaborado por la Ing. Libia Mora

INFORMES ESTADISTICOS 2018 -2019
CIE 10 : O200 - O039- O034 - O262 - O033

FEBRERO	SUB- TOTAL	DESCRIPCION	MARZO	SUB- TOTAL	DESCRIPCION	ABRIL	SUB- TOTAL	DESCRIPCION	TOTAL
O200	25	AMENAZA DE ABORTO	O200	28	AMENAZA DE ABORTO	O200	27	AMENAZA DE ABORTO	160
O034	12	ABORTO INCOMPLETO	O034	18	ABORTO INCOMPLETO	O034	20	ABORTO INCOMPLETO	85
O039	16	ABORTO COMPLETO	O039	17	ABORTO COMPLETO	O039	22	ABORTO COMPLETO	81
O262	2	ABORTO RECURRENTE	O262	5	ABORTO RECURRENTE	O262	3	ABORTO RECURRENTE	20
O033	1	ABORTO SEPTICO				O033	1	ABORTO SEPTICO	5
									3
			O002	2	ECTOPICO AMPULAR	O002	1	ECTOPICO AMPULAR	6
O008	1	ECTOPICO NO COMPLICADO				O008	1	ECTOPICO NO COMPLICADO	6
									2
O010	1	MOLA COMPLETA							2
									1
									1
							TOTALES		372

**Datos estadísticos proporcionados por los Queryn de repositorio
del departamento de Tick, y departamento de estadísticas y planificación del Hospital Básico IESS Duran**

Elaborado por la Ing. Libia Mora

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA	C.I.	ESTADO CIVIL	EDAD	PARIDAD	CONTROL PRENATAL	MOTIVO DE CONSULTA	COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO
08/10/2018	1204792426	casada.	34	Bigesta.	Si	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
08/10/2018	0904052484	Soltera.	18	Primigesta	NO	Dolor en hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
08/10/2018	840001445	Soltera	17	Primigesta.	NO	Sangrado transvaginal.	NO	Amenaza de Aborto.
08/10/2018	095842742	Soltera	21	Primigesta.	NO	Dolor en Hipogastrio	ALza termica.	Aborto Incompleto
08/10/2018	0919438347	Casada	35	Trigesta.	Si	Sangrado transvaginal	NO	Aborto Incompleto
10/10/2018	1307323269	Casada	28	Bigesta.	NO	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
10/10/2018	0921376174	Casada.	30	Primigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
10/10/2018	0923105522	Soltera.	23	Primigesta	NO	Sangrado transvaginal	NO	Amenaza de Aborto
10/10/2018	0910746015	Soltera.	21	Primigesta	NO	Sangrado transvaginal	NO	Amenaza de Aborto
10/10/2018	0901846725	Casada	38	Multigesta.	NO	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
10/10/2018	0921134254	Soltera.	29	Trigesta	NO	Dolor en Hipogastrio	ALza termica.	Aborto Septico
10/10/2018	0940847459	Soltera	22	Trigesta.	NO	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
12/10/2018	0944261122	Soltera	15	Primigesta	NO	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
12/10/2018	0924646864	Soltera	23	Bigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
12/10/2018	0917475462	Casada	38	Bigesta.	NO	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
12/10/2018	092076016	Soltera	32	Multigesta	NO	Dolor en Region lumbar	NO	Aborto completo.
12/10/2018	0925269479	Soltera	26	Multigesta.	NO	Dolor en Hipogastrio.	NO	Embrión incompleto
12/10/2018	120637450	Casada	27	Multigesta	NO	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
19/10/2018	091795666	Union Libre	28	Trigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	NO	Amenaza de Aborto
19/10/2018	1316849100	Union Libre	25	Bigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	ALza termica	Aborto Incompleto
19/10/2018	0919429442	Soltera.	38	Multigesta	NO	Sangrado transvaginal	Muerta Materna.	Embrión incompleto
19/10/2018	0914506334	Casada	44	Multigesta	NO	Sangrado transvaginal	NO	Mola incompleta
19/10/2018	0926654285	Casada	35	Trigesta.	NO	Dolor abdominal	NO	Amenaza de Aborto
24/10/2018	0921186495	Soltera	29	Multigesta.	NO	Dolor abdominal.	NO	Amenaza de Aborto
24/10/2018	0922603253	Union Libre	30	Bigesta	Si	Dolor abdominal	NO	Amenaza de Aborto
24/10/2018	092316945	Union Libre	32	Bigesta.	Si	Dolor abdominal.	NO	Amenaza de Aborto
24/10/2018	0984632103	Soltera.	31	Trigesta.	NO	Dolor en Hipogastrio.	NO	Amenaza de Aborto

ELABORADO : Kevin Mite - Tatiana Suriaga


Dra. Rita Chabla Mora
 GINECOLOGIA
 207-251-16-0915031834
 IESS HOSPITAL de Durán

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

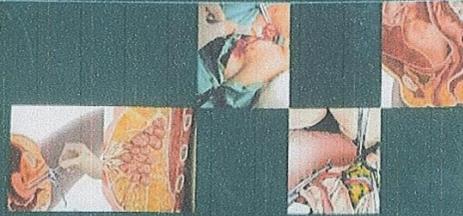
FECHA	C.I.	ESTADO CIVIL	EDAD	PARIDAD	CONTROL PRENATAL	MOTIVO DE CONSULTA	COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO
01/01/2019	0420696655	Casada	33	Trigesta	No	Dolor abdominal	No	Amenaza de aborto
01/01/2019	0927357541	Union Libre	26	Primigesta	No	Dolor abdominal	No	Amenaza de Aborto
01/01/2019	0922600705	Casada	29	Trigesta	No	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
01/01/2019	0924899019	Casada	28	trigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	Alza termica	Aborto Incompleto
04/01/2019	0997332026	Soltera	21	Bigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
04/01/2019	0986210907	Soltera	20	Primigesta	No	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
04/01/2019	0917568313	Soltera	18	Primigesta	No	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
04/01/2019	0922572631	Union Libre	31	Bigesta	No	Sangrado transvaginal	No	Aborto completo
04/01/2019	0930229257	Soltera	21	Multigesta	No	Sangrado transvaginal	No	Aborto recurrente
08/01/2019	090986630	Casada	37	Trigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	Alza termica	Aborto Incompleto
08/01/2019	0922743463	Casada	18	Primigesta	No	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
08/01/2019	0914649283	Soltera	49	Multigesta	No	Sangrado transvaginal	Histerectomia	Mola invasora
08/01/2019	0943337888	Union Libre	18	Bigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
11/01/2019	0919124420	Casada	35	Trigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
11/01/2019	0919124420	Soltera	35	Primigesta	No	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
11/01/2019	0921774174	Casada	33	Multigesta	No	Sangrado transvaginal	colecistomia	Emb ectopico istmico
11/01/2019	1207309147	Soltera	22	Primigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
16/01/2019	0924912124	Soltera	25	Trigesta	No	Sangrado transvaginal	Muerte Materna	Emb ectopico complicado
16/01/2019	130638942	Union Libre	41	Multigesta	No	Sangrado transvaginal	No	Aborto Incompleto
16/01/2019	0904475195	Soltera	20	Primigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
16/01/2019	0926276619	Union Libre	22	Bigesta	No	Sangrado transvaginal	No	Aborto Incompleto
18/01/2019	0920929199	Union Libre	33	Multigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
18/01/2019	0916949969	Casada	20	Multigesta	No	Sangrado transvaginal	Alza termica	Aborto Incompleto
18/01/2019	0910407866	Soltera	48	Multigesta	No	Sangrado transvaginal	No	Aborto recurrente
18/01/2019	0941682403	Union Libre	19	Primigesta	Si	Dolor en Hipogastrio	No	Amenaza de Aborto
21/01/2019	0940524697	Soltera	20	Bigesta	Si	Sangrado transvaginal	No	Aborto completo
21/01/2019	0917523899	Soltera	35	Multigesta	No	Sangrado transvaginal	No	Aborto completo

ELABORADO : Kevin Mite - Tatiana Suriaga


 Dra. Rita Chabla Mora
 GINECOLOGIA
 207-251-16-0915031884
 IPSS IPSS Hospital de Duran

Manual CTO

de Medicina y Cirugía
1.ª edición



Ginecología y obstetricia

ENARM
México



B. DIAGNOSTICO:

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

· Score Mamá y claves obstétricas

· Zika

· Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente

· Atención del aborto terapéutico



FEDERACIÓN ECUATORIANA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
El cuidado de la mujer por especialidad



Ministerio de Salud Pública



ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro # 1: Causa de mortalidad materna.....	2
Cuadro # 2: Causas de Abortos	21
Cuadro # 3: ventajas del AMEU	30
Cuadro # 4: ventajas del LIU	32
Cuadro # 5: Factores de Riesgo.....	35
Cuadro 6: Frecuencia y Localización del Embarazo Ectópico	36
Cuadro # 7: Diferencias entre Mola Hidatiforme completa e Incompleta	47
Cuadro # 8: Estadificación anatómica de la NTG	50
Cuadro # 9: Operacionalización de las Variables	59
Cuadro # 10: Recursos	65
Cuadro # 11: Edad.....	68
Cuadro # 12: Paridad	69
Cuadro # 13: Control prenatal	70
Cuadro # 14: Motivo de consulta.....	71
Cuadro # 15: Complicaciones	72
Cuadro # 16: Aborto.....	73
Cuadro # 17: Ectópico.....	74
Cuadro # 18: Mola.....	75
Cuadro # 19: Complicaciones	76
Cuadro # 20: Características de los pacientes	77
Cuadro # 21: Complicaciones obstétricas y factores de riesgo.....	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1: efectos secundarios del tratamiento Farmacológico.....	27
Gráfico # 2: Métodos de aspiración al vacío.....	30
Gráfico # 3: Motivos para llevar a cabo la aspiración por vacío.....	31
Gráfico # 4: Posibles riesgos.....	31
Gráfico # 5: Signo de embarazo ectópicos.....	36
Gráfico # 6: Embarazos ectópicos.....	37
Gráfico # 7: Signos de Embarazo Molar	41
Gráfico # 8: Estado civil.....	67
Gráfico # 9: Edad	68
Gráfico # 10: Paridad	69
Gráfico # 11: Control prenatal	70
Gráfico # 12: Motivo de consulta	71
Gráfico # 13: Complicaciones.....	72
Gráfico # 14: Aborto	73
Gráfico # 15: Ectópico	74
Gráfico # 16: Mola.....	75
Gráfico # 17: Complicaciones	76



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO OCTUBRE-ABRIL 2019



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 08 de Abril del 2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Hugolino Orellana Gaibor

FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: "HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN ASOCIADA A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS DURÁN, OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019"

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Kevin Andres Mite Manzaba

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Tatiana Gabriela Suriaga Mendoza

CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº. 1

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	Estudiante
12:00 14:00	31/01/2019	Capítulo III: Recursos Humanos y Económicos - Plan de tabulación y Análisis (Base de datos / Procesamiento y análisis de los datos)	2					
12:00 14:00	07/02/2019	Capítulo IV: Resultados de la Investigación - Resultados obtenidos de la Investigación	2					
12:00 14:00	14/02/2019	Análisis e interpretación de datos - Conclusiones - Recomendaciones	2					



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO OCTUBRE-ABRIL 2019



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 08 de Abril del 2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Hugolino Orellana Galbor

FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: "HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN ASOCIADA A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS DURÁN, OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019"

NOMBRE DEL ESTUDIANT Kevin Andres Mite Manzaba

NOMBRE DEL ESTUDIANT Tatiana Gabriela Suriaga Mendoza

CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº. 2

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	Estudiante
12:00 14:00	21/02/2019	Capítulo V: Propuesta Teórica de Aplicación - Título de la Propuesta de Aplicación.	2					
12:00 14:00	28/02/2019	Antecedentes - Justificación de la Propuesta de Aplicación.	2					
12:00 14:00	7/03/2019	Objetivos Generales y Específicos de la Propuesta de Aplicación	2					
12:00 14:00	14/03/2019	Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación - Estructura General de la Propuesta - Componentes	2					

