

CAPÍTULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.

1.1.- CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL.

1.1.1.- CONTEXTO NACIONAL

Ecuador, oficialmente llamada República del Ecuador, es un país de América, situado en la parte noroeste de América del Sur, en la región andina. Ecuador limita por al norte con Colombia, al sur y al este con el Perú y al oeste con el océano Pacífico. El país tiene una extensión aproximada a los 256.370 km², que lo colocan en la septuagésima segunda posición en la lista de los países ordenados por superficie. En Ecuador habitan más de 14 millones de personas, por lo que se trata de la novena nación con mayor cantidad de hispanohablantes en el mundo. El español convive con varias lenguas indígenas, reconocidas como co-oficiales en jurisdicciones especiales por el Estado ecuatoriano.

Las primeras poblaciones en territorio ecuatoriano se remontan posiblemente desde el 4200 a. C., con lo cual se desarrollaron varios períodos precolombinos que comprenden hasta las primeras invasiones incaicas a mediados del siglo XV, pasando a formar parte del Tawantinsuyu. La conquista española en este territorio se inició en 1534 y por casi 300 años duró la colonia europea. La época independentista tuvo sus orígenes en 1809, e inició el proceso emancipador comprendido desde 1820 hasta el 1822. Después de la definitiva independencia del dominio español, parte del territorio se integró rápidamente

a la Gran Colombia, mientras el territorio del litoral permaneció independiente hasta la anexión *vía manu militari* por parte de Simón Bolívar. En 1830 los territorios gran colombianos del sur se separaron y se creó la nación ecuatoriana. Desde los inicios de la república existió una inestabilidad política lo que condujo al origen de varias revoluciones a lo largo del siglo XIX. El siglo XX estuvo marcado por la poca o nula participación del país en las guerras mundiales, varios conflictos limítrofes con el Perú, y la conformación de gobiernos militares. En 1979 el Ecuador volvió al sistema democrático, aunque nuevamente aparezca la inestabilidad política durante los últimos períodos de gobierno.

Ecuador consta como el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones (gambas) y cacao.

Políticamente, es una república democrática, participativa y unitaria. La división administrativa del país, en el sentido geográfico se divide de 4 regiones naturales, mientras que en el campo político se compone de 24 provincias. La sede del gobierno y capital es la ciudad de Quito, mientras que el centro financiero-comercial y principal puerto marítimo es la ciudad de Guayaquil.

En el Ecuador existen 70 volcanes, 14 en estado activo, 14 volcanes inactivos y 42 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm. Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo.⁵ Es igualmente el país con la mayor cantidad de especies por kilómetro cuadrado del mundo.

1.1.2.-CONTEXTO REGIONAL

Provincia de los Ríos

Los Ríos, oficialmente es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 792.423 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

Limites:

Al norte Provincia de Santo Domingo de los Sachilas.

Al sur Provincia del Guayas

Al este Provincias de Cotopaxi y Bolívar

Al oeste Provincia del Guayas

Superficie 6,254 kms.2

División Política

Los Ríos se divide en 13 cantones: Quevedo, Urdaneta, Ventanas, Vinces, Palenque, Buena Fé, Valencia, Mocache, Quinsaloma, Babahoyo, Baba, Montalvo, San Francisco de Pueblo viejo.

Prefecto de los Ríos. Marcos Troya

Gentilicio

Según una encuesta realizada por los habitantes de la provincia de Los Ríos se ha elegido que el 59.46% se llama Fluminenses.

Rodeo Montubio en Pimocha, Vinces y Catarama.

Desfile de jinetes y elección de la criolla bonita.

La monta de caballos chúcaros.

La suerte del lazo.

Atractivos Turísticos

Las playas de la hacienda El Salto y las del río Seco.

El Cerro Cacharí y su curiosa estructura.

El estero de Dimas.

Observaciones Demográficas

La mayor parte de la población se halla ubicada en el grupo de 15 a 29 años de edad, lo cual ocurren en casi todas las provincias del Ecuador que se caracteriza por tener una población mayoritariamente joven. Más del 62% de la población vive en el sector rural pero se registra el conocido fenómeno de la inmigración interna campo-ciudad. Es característico también el aumento de la población ocupada en el sector "servicios" que en su mayor parte son trabajos de salarios bajos. Este sector englobaría lo que se conoce como "economía informal".

Clima

La provincia pertenece a la zona climática denominada tropical. Durante el verano (de junio a diciembre) el clima es seco y la temperatura fresca. El invierno muy lluvioso y caluroso va de diciembre a junio. El Prof. Francisco Terán ubica a Los Ríos dentro de la subregión cálido-húmeda. La temperatura media es de 25°C y la precipitación de 1.867 mms.

Geografía

El territorio de la provincia no presenta en general un relieve pronunciado pues las mayores elevaciones no superan los 500 mts. Sobre el nivel del mar. La mayor parte del terreno es plano. Las partes

más altas se encuentran hacia el noreste en que coinciden con las estribaciones de la cordillera de los Andes. Entre estas elevaciones se pueden citar las siguientes: Los cerros de Samama, Mube, el ramal de Sibimbe y el cerro Cacharí.

El relieve de la provincia presenta dos zonas: la región de las sabanas y la región de las lomas. La primera puede sufrir inundaciones con motivo de las lluvias y la creciente de los ríos. La segunda es apta para la ganadería.

Hidrografía

La extensa red fluvial de la provincia es un factor que no solamente la embellece sino que se convierte en un elemento esencial para su desarrollo económico. En la provincia de Los Ríos se encuentran las tierras más fértiles del país, por lo cual la agricultura será siempre una de las actividades primordiales de la provincia.

Se dice que por la cantidad de ríos que la cruzan, García Moreno la denominó con este nombre. Los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes y el principal de ellos es el río Babahoyo cuyos dos principales afluentes en la llanura son el Caracol y el San Pablo, ambos aptos para la navegación.

El río Babahoyo recibe otros afluentes antes de unirse con el Daule y formar el caudaloso Guayas. Estos afluentes son los ríos Vinces, Pueblo viejo, Zapotal y Yaguachi que forman la red fluvial más densos e intrincados de la costa, a la vez que la más útil para la navegación. En sus orillas se asientan numerosos y pequeños puertos en los que se recogen los productos agrícolas y forestales de las regiones vecinas para ser conducidos a Guayaquil en embarcaciones de todo tipo. La provincia de Los Ríos se encuentra dentro de la cuenca del río Guayas,

por lo que muchos proyectos de riego están vinculados con el desarrollo y los estudios de la mencionada cuenca.

Los sistemas de riego que actualmente se hallan en operación y benefician a la provincia son los siguientes: Chilintomo, Presa Azúcar, Banco de Arena, Milagro, Manuel J. Calle. Existen otros proyectos que se encuentran en fase de estudio o de construcción.

1.1.3.- CONTEXTO LOCAL.

Cantón Babahoyo

Babahoyo, considerada la capital fluvial del Ecuador, fundada el 27 de mayo de 1869, en los terrenos cedidos por la familia Flores, frente a la confluencia de los ríos Babahoyo y Caracol, se estableció en la margen derecha del río San Pablo. Por mucho tiempo se llamó Bodegas, por haber estado allí ubicadas la Aduana y los Almacenes Reales, para el control del comercio entre Guayaquil y las ciudades de la Sierra ecuatoriana.

Azotada por muchos incendios, el de mayor magnitud ocurrió el 30 de marzo de 1867, que arrasó con todos los bienes de la población, motivos suficientes para que el gobierno del Dr. Gabriel García Moreno, resolviera el traslado al lugar que ocupa actualmente.

La capital fluminense se llenó de gloria al otro lado del río San Pablo, donde hoy se encuentra asentada la Parroquia Urbana Barreiro, pudiendo afirmarse que el Babahoyo de antaño es el Barreiro de hoy.

Babahoyo, la tradicional e histórica Bodegas de la época Floreana, pertenece a los pueblos francamente progresistas, ostensiblemente fuertes en su actual imperativo de colectividades que producen, crean e incrementan riqueza.

Es el prototipo de la actividad y apogeo de los distintos órdenes de la vida nacional, y lo seguirá siendo siempre, porque tiene fuentes propias; haber sido y ser la vértebra vital de las dos regiones: Costa y Sierra; por ser el punto de influencia arterial entre una y otra, en donde se vinculan íntimamente los esfuerzos de muchos pueblos emprendedores; porque aquí se funden las aspiraciones de agricultores y comerciantes.

Situación geográfica del Cantón

Según modernos atlas geográficos, el cantón Babahoyo se encuentra ubicado a 1°46' de latitud sur y 97°27' de latitud oeste.

Limites:

Al Norte: El Cantón Catarama

Al Sur: La Provincia del Guayas y el río Chilintomo

Al Este: El Cantón Montalvo y la Provincia de Bolívar

Al Oeste: El Cantón Baba, el Río Pueblo Viejo, el Estero San Antonio y el Río Babahoyo

Extensión

Área Rural: 100.399hect

Área Urbana: 900.000hect

Área Total: 1^000.393hect

TOTAL 1076.1 Km/2

Parroquias urbanas y rurales

La actual ciudad de Babahoyo está constituida por las siguientes parroquias Urbanas: Clemente Baquerizo, Camilo Ponce Enríquez, Barreiro y el Salto. Parroquias Rurales: Pimocha, Caracol, Febres Cordero y La Unión

Fiestas cívicas

27 de mayo Fundación de Babahoyo

25 de junio cantonización de Babahoyo

30 de septiembre Babahoyo es declarada capital de la provincia

06 de octubre Provincialización de Los Ríos

11 de Octubre independencia de Babahoyo

1.1.4.- CONTEXTO INSTITUCIONAL.

Hospital Martin Icaza

En el Hospital Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo establecida en la Península Barreireña bañada por los ríos: Caracol y San Pablo, fue fundado en 1862 un modesto hospital público en Loma conocida más tarde como loma de los Breen. Actuó como Barchilón un ciudadano de apellido González.

El local de este centro de atención médica se salvó de tremendo incendio del 30 de Marzo de 1867 que convirtió en cenizas a gran parte de la ciudad.

No obstante el hospital siguió funcionando en la ante dicha loma y más tarde fue trasladado a la actual ciudad de Babahoyo, disponiéndose, al efecto, de un amplio local propio de madera, techo de zinc y formado por dos pisos. Recibió el nombre de HOSPITAL MARTIN ICAZA, en público reconocimiento al

guayaquileño Don Martin Icaza distinguido parlamentario, poeta, político, periodista que en su condición de estimado gobernador de los Ríos, impulso el progreso provincial y coopero decididamente para la construcción del mencionado nuevo local que inaugurado el 17 de Mayo de 1895.

Durante el Periodo Presidencial del Sr. Dr. Isidro Ayora, el Egües Baquerizo, y el Sr. Vicenta Avilés, este fue inaugurado el 27 de Mayo de 1930. Hacia la entrada fue colocada la bellísima estatua de mármol que representa a una hermana de la caridad, amorosamente entre sus nobles manos a sus niñitos. Anteriormente el hospital dependió en la parte administrativa de la junta de asistencia pública de los Ríos.

En el sector de la salud, Babahoyo cuenta con la principal unidad hospitalaria de la provincia, que es el Hospital Martin Icaza Roldos, que funciona en su actual local desde el año 1930 a lo largo de su historia ha sufrido modificaciones y que se atienden no solo de la provincia de los Ríos sino también de otras provincias como Bolívar y Guayas por ser un hospital de referencia según los avances científico y el crecimiento poblacional. Este hospital ofrece servicios en Medicina General, Gineco-Obstetricia, Cardiología, Odontología, Cirugía, Pediatría, Traumatología, Fisiatría, consulta externa, emergencia, hospitalización, clínica del VIH, hemoteca, banco de leche materna y servicio social.

1.2.- SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

En la presente tesis se realizó un estudio acerca de las pacientes embarazadas con hemorragias del primer trimestre de embarazo que acuden a la consulta de

emergencia del Hospital Provincial Martin Icaza del cantón Babahoyo desde el 1 de septiembre del 2010 al 31 de junio del 2011.

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante.

¿Cuán graves fueron las complicaciones, de las embarazadas que presentaron hemorragias en el primer trimestre diagnosticadas en la consulta de emergencia del Hospital Provincial Martin Icaza del cantón Babahoyo del 1 de septiembre del 2010 al 30 de junio del 2011?

1.3.1.- PROBLEMA GENERAL

El aumento de complicaciones en mujeres con hemorragia vaginal en el primer trimestre de su embarazo que acuden al área de emergencia del hospital provincial Martin Icaza del cantón Babahoyo en el periodo del 1 de diciembre del 2010 al 30 de junio del 2011.

1.3.2.- PROBLEMAS DERIVADOS

- Conocer si las embarazadas reciben un control prenatal precoz, periódico, integral, con enfoque de riesgo, dando como resultado una atención de calidad con calidez.
- Abandono a la consulta prenatal.
- Falta de una buena orientación profesional del personal de salud que atienden embarazadas de riesgo.
- Incumplimiento de las normas de Salud reproductiva.

1.4.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio está delimitado del 1 de diciembre del 2010 al 30 de junio del 2011 en el Área de Emergencia del Hospital Provincial Martín Icaza del cantón Babahoyo.

1.5.- JUSTIFICACIÓN

Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país, tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido y están asociadas a fallas en el acceso y deficiente capacidad instalada en los organismos de salud.

Con las guías para su atención integral se pretende establecer los parámetros mínimos de calidad, con racionalidad científica, para dar respuesta a los derechos de las mujeres gestantes, disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal existentes en el país.

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones hemorrágicas que se presenten durante el embarazo, mediante las cuales se garantiza su atención por el equipo de salud, a fin de prevenir la mortalidad materna y perinatal.

1.6 OBJETIVOS.

1.6.1.- OBJETIVO GENERAL.

Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo a través de la disposición oportuna del tratamiento adecuado y de las referencias pertinentes a instituciones de mayor complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo/a, en embarazadas del primer trimestre, que acuden a la consulta de emergencia del hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.

1.6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar cuáles fueron las consecuencias de las hemorragias vaginales en embarazadas del primer trimestre, que acuden a la consulta de emergencia del hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.
- Conocer las complicaciones más frecuentes de las mujeres embarazadas con Hemorragia del primer trimestre.
- Determinar la incidencia de complicaciones en las mujeres embarazadas con hemorragia vaginal del primer trimestre mediante la revisión de Historias Clínicas.
- Determinar la proporción de pacientes diagnosticadas con Hemorragia vaginal del primer trimestre.

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO.

2.1.- ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS.



Los problemas de salud de las embarazadas, en el Hospital Martín Icaza, se están incrementando, por desconocimiento de la mujer, migración, pobreza, situación que incide en los niveles de educación y valores culturales, otro problema es la calidad de atención, situación en que estamos inmersos todo el personal que laboramos, en el hospital, y tenemos que buscar alternativas, para mejorar la calidad de atención, y por ende de su salud.

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas mínimas que deben tener en cuenta las instituciones responsables del control prenatal y la atención del parto, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, a todas las mujeres que presenten cualquier complicación hemorrágica durante su embarazo o parto.

El equipo de salud debe brindar a la madre, su pareja y su familia, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso, que les permita tener tranquilidad y seguridad durante el tratamiento de su complicación hemorrágica. El diagnóstico diferencial es difícil y quizá imposible en un refugio para situaciones de emergencias. Toda mujer que presente hemorragia vaginal profusa se torna una paciente de primera prioridad, y hay que llevarla tan pronto como sea posible a una institución idónea. Si lo anterior no es factible o puede retrasarse el transporte, es importante conocer las siguientes medidas prácticas para tratar el choque:

1. Coloque a la mujer en la posición más deseable funcionalmente.

- Eleve su cabeza con una almohada.
- Conserve horizontal el tronco.
- Eleve sus piernas unos 20 a 30° de tal forma que las rodillas estén rectas. (En el segundo y tercer trimestre de embarazo hay que colocar a la mujer sobre su costado.)
- Evite colocar a la mujer en posición de Trendelenburg, con la cabeza baja (después del incremento inicial de la corriente sanguínea al cerebro un mecanismo compensatorio reflejo ocasiona la vasoconstricción que disminuye el flujo hemático. También los órganos abdominales en la posición con la cabeza baja tienden a comprimir el diafragma, lo cual provoca disnea y ventilación inadecuada).

2. Conserve caliente a la persona.
3. Tranquilícela y muestre confianza para disipar sus temores.

Las hemorragias asociadas al embarazo son las que se presentan durante los diferentes períodos del embarazo y del parto y tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido. Estas representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país.

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

El aborto es la más importante de las hemorragias de este período, siguen en su orden el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional.

Aborto

Es la terminación de un embarazo antes de la semana 20 de gestación; cuando no se conoce la edad gestacional y el feto pesa menos de 500 gm.

Se caracteriza por hemorragia que se presenta durante la primera mitad de la gestación, acompañada de dolor hipogástrico que aumenta con la evolución de la dilatación del cuello uterino. Es un proceso evolutivo que comienza con la amenaza de aborto y termina con la expulsión parcial o total del contenido uterino.

El diagnóstico se hace por sospecha según historia clínica y los hallazgos al examen pélvico. Los cambios en la actividad uterina, la intensidad de la hemorragia y las modificaciones del cuello uterino determinan la etapa del aborto.

Según la evolución del cuadro clínico se clasifica en amenaza de aborto, aborto incompleto, aborto completo, aborto retenido y pérdida recurrente de la gestación.

Para todas las formas de aborto, se debe ofrecer atención integral que incluya:

- Realización de técnica de evacuación apropiada según el caso (curetaje, 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

Se presenta como una hemorragia escasa de varios días de evolución, con dolor hipogástrico leve o moderado y cuello cerrado.

Su manejo puede ser ambulatorio para lo cual se deben realizar las siguientes actividades.

- Solicitar ecografía
- Inducir la sedación
- Ordenar 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 inevitable

El aborto inevitable es aquel que sucede con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, comienzo de la dilatación del cuello. Su manejo debe ser hospitalario e incluye las siguientes actividades

- Suspender la vía oral
- Suministrar líquidos endovenosos
- Suministrar sedación y analgésicos
- Hacer evacuación uterina.

Aborto Incompleto

Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios ó líquido amniótico. Su manejo puede ser de corta estancia, (horas) dependiendo de las condiciones de la paciente, e incluye las siguientes actividades:

- Realizar control de signos vitales
- Suspender la vía oral durante 6 horas
- Suministrar líquidos endovenosos
- Suministrar sedación y oxitócicos
- Hacer evacuación uterina.

Aborto Completo

Es el aborto que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor. Su manejo puede ser ambulatorio y requiere solicitar ecografía preferiblemente transvaginal.

Aborto Retenido

Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo.

Su manejo debe ser hospitalario e incluye las siguientes actividades:

- Solicitar ecografía.
- Utilizar uterotónicos y hacer evacuación uterina.

Perdida recurrente de la gestación

Se considera pérdida recurrente de la gestación cuando se han presentado dos o más abortos espontáneos y consecutivos. Su manejo debe enfocarse a identificar tratar las causas que lo producen.

Aborto séptico

Aunque en los últimos 20 años, las decisiones médicas y legales han cambiado la práctica y el resultado de la terminación precoz de un embarazo. En los países en vías de desarrollo como el nuestro, el aborto provocado continúa siendo una de las primeras causas de mortalidad materna y esta mortalidad es causada en más de un 65% de los casos por la infección.

Los factores de riesgo para la muerte después de un aborto son: la edad gestacional avanzada, la edad materna avanzada y el método utilizado.

Definición

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido. La infección posaborto es un proceso ascendente y sus principales causas son:

- Presencia de cervicovaginitis.
- Retención de restos del producto de la concepción, que se sobreinfectan.
- Mala técnica aséptica, produciendo infección al practicar la instrumentación.
- Utilización de elementos contaminados o sustancias tóxicas para interrumpir la gestación.
- Trauma durante el procedimiento operatorio, con perforación del útero y/o de otras estructuras.

Etiología

La infección post-aborto es polimicrobiana y mixta, predominan las bacterias anaerobias, como Peptococos, Peptoestreptococos, Bacteriodes sp. y Clostridium sp., también se encuentran cocos gram positivos como estafilococos y estreptococos y bacilos gram negativos como E. coli, Proteus s.p. y Klebsiella sp. Estos microorganismos pueden provenir tanto de la flora vaginal de la paciente como de contaminación durante el procedimiento realizado para producir el aborto.

Clasificación

Al igual que en la infección uterina puerperal, se debe realizar un diagnóstico sindromático, que evalúa a la paciente según la respuesta inflamatoria sistémica de la mujer frente a la infección y un diagnóstico topográfico.

- Sepsis : Es la presencia de un foco infeccioso y dos o más criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que incluye:
 - Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$,
 - Frecuencia cardiaca $> 90\text{lat}/\text{min}$,
 - Frecuencia respiratoria $> 20/\text{min}$ o $\text{PaCO}_2 < 32$ torr
 - Leucocitosis > 15.000 (para el puerperio) o < 4.000 cels/ mm^3 o la presencia de $> 10\%$ de neutrófilos inmaduros (cayados).
- Choque séptico: Se define como una hipotensión inducida por sepsis, TA sistólica $< 90\text{mmHg}$, o una disminución de 40 mm. Hg con respecto a la basal, que persiste por mas de 1 hora, a pesar de una adecuada resucitación con líquidos, llevando a hipoperfusión sistémica.
- Síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM): es la presencia de disfunción de dos o mas órganos, secundaria a la hipoperfusión y a los mediadores de la sepsis. Las disfunciones mas frecuentes son: respiratoria, cardiovascular, renal, hepática, cerebral y de la coagulación.
- Diagnóstico
- Para realizar el diagnóstico lo primero que debe hacerse es una historia clínica que permita sospechar un embarazo previo inmediato o el antecedente de un aborto intra o extrahospitalario.
- Los síntomas incluyen fiebre, malestar general, escalofríos, dolor abdominal o pélvico y sangrado genital.
- Los hallazgos físicos incluyen:
- Temperatura elevada, taquicardia, polipnea y ocasionalmente hipotensión arterial
- Dolor a la palpación de hipogastrio o de abdomen.
- Al examen pélvico se encuentra salida de sangre o de material ovular fétido o purulento, se pueden observar laceraciones vaginales o cervicales, especialmente en los abortos inducidos.

- El cérvix con frecuencia está abierto y se pueden observar cuerpos extraños como sondas o alambres.
- Al examen bimanual se encuentra útero blando, aumentado de tamaño e hipersensible
- Se pueden detectar masas pélvicas que pueden corresponder a hematomas o abscesos
- Los parámetros cuando están comprometidos por la infección se palpan indurados y dolorosos.
- Los hallazgos de laboratorio muestran:
- Cuadro hemático con leucocitosis, desviación a la izquierda y elevación de la VSG.
- Los resultados de los hemocultivos son positivos en un alto porcentaje de casos.
- Las radiografías ayudan a descartar cuerpos extraños o aire subdiafragmático en casos de perforación uterina.

Diagnóstico topográfico:

- Infección limitada al útero
- Solamente compromiso del endometrio
- Compromiso del miometrio
- Infección que se extiende a los anexos y/o parametrios
- Salpingitis: infección de la trompa
- Absceso tubárico o tubo-ovárico: infección en la trompa que forma una colección purulenta, puede involucrar al ovario.
- Celulitis pélvica: infección en los tejidos blandos de la pelvis que rodean la vagina y el útero. Se produce por diseminación linfática. O tromboflebitis pélvica séptica, trombosis infectada en venas pélvicas y/u ováricas.

- Infección que se ha extendido al peritoneo
- Pelviperitonitis: peritonitis localizada en la pelvis
- Peritonitis: inflamación de todo el peritoneo.

Es importante tener en cuenta que esta clasificación no implica que la infección siempre se disemine en este orden, porque una paciente puede tener salpingitis o pelviperitonitis, sin haber presentado miometritis. Tampoco es una clasificación que implique grados de severidad de la enfermedad, porque el IIB puede ser mas grave que el IIIA.

Cualquiera de estos diagnósticos topográficos puede acompañarse de sepsis o choque séptico.

Tratamiento

En primer lugar, después de tener un diagnóstico sindromático. El tratamiento depende del estado de respuesta inflamatoria y la disfunción orgánica que presente la paciente.

Después de una buena clasificación se deben realizar las siguientes acciones:

- En primer lugar se debe hacer una reanimación hemodinámica de la paciente.
- Se deben considerar las pautas de manejo de sepsis que incluyen.
- Administración de líquidos cristaloides.
- Vigilancia hemodinámica: PVC, de la diuresis, de gases arteriales y venosos.
- Mantener la diuresis en 1,5 cc/Kg/h., si esto no se logra con los líquidos se deben administrar inotrópicos: dopamina (3-5mg/kg/min) o adrenalina.

- Para el manejo del Choque séptico :
- Recuperar la presión arterial, inicialmente con líquidos y si no se logra suministrar inotrópicos.
- Dar asistencia ventilatoria precoz si hay signos de SDRA como $PaO_2/FiO_2 < 17$ o infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax.
- Solicitar interconsulta a la Unidad de cuidados intensivos.
- Para el manejo del Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple:
- Ofrecer manejo particular de cada órgano o sistema que este funcionando mal.

En segundo lugar el tratamiento depende del diagnóstico topográfico. Siempre incluye la utilización de esquemas antibióticos que cubran un amplio espectro, los que se utilizan con mayor frecuencia son:

- Penicilina cristalina 5 millones IV c/4horas + Metronidazol 500 mg VO cada 8 horas. (o IV, si la paciente no tolera la VO).
- Clindamicina 600 mg IV C/6horas + Aminoglucósido, gentamicina 240 mg IV C/día o Amikacina 1 g IV C/día.

En casos de fracaso con estos esquemas la segunda elección incluye los siguientes:

- Ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g IV C/6horas
- Quinolonas IV + Metronidazol o Clindamicina
- Cefalosporinas de segunda o tercera generación + Metronidazol o Clindamicina

En la mayoría de los casos hay retención de restos ovulares, por lo tanto se debe realizar un legrado uterino, en las primeras 8 horas de ingreso de la paciente, pero una hora después de la primera dosis de antibiótico, para evitar una bacteremia masiva.

La salpingitis responde al manejo antibiótico.

Las pacientes con abscesos tubo-ovárico que no responden a los antibióticos, continúan febriles o que el tamaño de la masa no disminuya, ameritan tratamiento quirúrgico, salpingectomía o salpingooforectomía.

En la celulitis pélvica y en la trombosis de infundíbulos se debe agregar heparina a dosis plenas, por 7 a 10 días.

Si se sospecha trombosis de vena ovárica y la paciente no ha respondido al tratamiento médico es necesario en la laparotomía realizar exploración retroperitoneal de los infundíbulos pélvicos y extracción de estos en su totalidad.

La miometritis, la pelviperitonitis y la peritonitis requieren intervención quirúrgica. En la miometritis se debe realizar histerectomía. En la pelviperitonitis, si no hay miometritis ni abscesos tubo-ováricos y si la paciente tiene alto riesgo de cirugía, se puede realizar una colpotomía o culdotomía, que consiste en realizar una incisión por vía vaginal, en el fondo de saco posterior hasta el peritoneo, colocar una sonda y drenar la peritonitis pélvica.

En las pacientes que presentan choque séptico, SDOM o sepsis con disfunción orgánica, que persiste por más de 24 horas a pesar del manejo adecuado; se debe sospechar un foco infeccioso que amerita tratamiento quirúrgico. Estas

pacientes son llevadas a laparotomía exploratoria, por incisión mediana, para realizar el manejo correspondiente a los hallazgos operatorios.

Embarazo ectópico

Es el embarazo cuya implantación se efectúa fuera de la cavidad endometrial. La implantación más frecuente se hace en la trompa.

El diagnóstico depende de la localización, el tiempo de evolución y los factores asociados; como medidas de apoyo al diagnóstico están la prueba de embarazo cuantitativa, fracción Beta de Gonadotrofina Coriónica Humana (B-GCH), la ecografía, la culdocentesis y la laparoscopia.

Siempre se requiere remitir la paciente para manejo intrahospitalario en un nivel de mayor complejidad.

Tratamiento

El tratamiento del embarazo ectópico depende del cuadro clínico, de las condiciones de la paciente, los hallazgos a la laparoscopia o laparotomía, la habilidad del cirujano, las condiciones quirúrgicas del medio, los deseos de un futuro embarazo y el pronóstico de la intervención que pueda practicarse.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía es el tratamiento de elección para el embarazo ectópico cuando hay ruptura, hipotensión, anemia, dolor persistente por más de 24 horas o diámetro del saco gestacional por ultrasonido mayor de 4 cm. En la actualidad se prefiere la cirugía laparoscópica a la laparotomía porque la recuperación es más rápida, el dolor postoperatorio es menor y los costos son más bajos.

No obstante, la laparotomía debe hacerse cuando hay inestabilidad hemodinámica, el cirujano no tiene entrenamiento o carece de los equipos para una videolaparoscopia operatoria y cuando la cirugía laparoscópica es técnicamente muy difícil. Los procedimientos quirúrgicos que se pueden practicar por laparoscopia o por laparotomía pueden ser conservativos o radicales. Las siguientes son las opciones quirúrgicas que se proponen como pautas de manejo:

- En caso de embarazo ectópico no roto:
- Cuando está la trompa contralateral sana y hay paridad satisfecha: se debe hacer Salpingectomía, conservando el ovario.
- Con ausencia o patología de la trompa contralateral y deseo de nuevos embarazos: se deben emplear diversas técnicas microquirúrgicas dependiendo de la localización.
- En Embarazo ampular se debe hacer salpingostomía lineal para evacuación y hemostasia. En la actualidad se prefiere practicarla por vía laparoscópica.
- En embarazo infundibular (localizado en la parte más externa de la trompa): hacer extracción de la trompa o preservar la porción sana de la trompa con miras a plastia posterior.
- Es necesario hacer seguimiento con dosificación de la B-GCH con el fin de descartar la persistencia de trofoblasto sobre la trompa, lo cual obligaría a tratamiento médico complementario con metotrexate.
- En embarazo ístmico, se debe practicar resección segmentaria y reanastomosis primaria o, preferiblemente, posterior o evacuación por salpingostomía lineal y posponer anastomosis.
- Embarazo intersticial: es afortunadamente el menos frecuente, requiere extirpación quirúrgica, con sección en cuña de una porción del

miometrio. Reimplantar la trompa es difícil y de mal pronóstico, por lo cual se hace salpingectomía, conservando el ovario.

- En caso de embarazo tubárico roto: en este caso se requiere estabilizar la paciente y practicar laparotomía de urgencia para detener la hemorragia interna. Por lo general se encuentra la trompa estallada en cuyo caso el tratamiento de elección es la salpingectomía; siempre se debe tratar de conservar el ovario. Sólo si el ovario está comprometido está indicada la ooforectomía parcial o total.
- En caso de embarazo ectópico roto y organizado es preciso estabilizar la paciente y practicar laparotomía. La intervención depende de los órganos interesados, usualmente se practica salpingectomía pero en ocasiones se requiere salpingooforectomía.
- En caso de embarazo ectópico en asta uterina ciega se requiere Metrectomía cuneiforme del cuerpo uterino afectado; a veces es necesario practicar histerectomía.
- En caso de embarazo ectópico ovárico el tratamiento consiste en resección parcial o total del ovario.
- Cuando ocurre embarazo ectópico cervical, este puede confundirse con un aborto. El tratamiento es la evacuación mediante raspado; de no lograrse la evacuación y sobre todo una hemostasia adecuada por vía vaginal puede requerirse histerectomía abdominal total o ligadura de hipogástricas como tratamiento. También se ha utilizado tratamiento médico con metotrexate.
- Ante un embarazo ectópico abdominal, el tratamiento es la laparotomía y la extracción del feto, lo cual puede no presentar problemas. Cuando la placenta se encuentra insertada en un órgano no vital (epiplón, trompa), no se debe intentar desprenderla por el sangrado que produce y se debe proceder a extirpar el órgano con la placenta in situ. Por el contrario cuando la placenta está implantada en el colon, el intestino

delgado u otro órgano vital, se debe seccionar el cordón umbilical lo más próximo a la placenta y dejarla en el sitio de implantación.

Posteriormente se debe hacer seguimiento con determinaciones seriadas semanales de β -GCH, ante la evidencia de persistencia de tejido trofoblástico activo se debe iniciar tratamiento con metotrexate.

- Cuando ocurre un embarazo heterotópico o compuesto, que es un evento raro que se presenta aproximadamente en uno de cada 4.000 embarazos espontáneos, requiere tratamiento quirúrgico.

Tratamiento médico

En muchos centros el tratamiento médico con metotrexate es el tratamiento primario. Este tratamiento está reservado a centros de alta complejidad. Sus objetivos son tratar de conservar la trompa funcionante y evitar los riesgos y costos del tratamiento quirúrgico.

En todos los casos se requiere hospitalización de la paciente, seguimiento clínico estricto y seguimiento con determinación semanal de la β HGC hasta que se encuentre < 5 mUI/m.

Las fallas del tratamiento son más comunes cuando los niveles de β HCG son más altos, la masa anexial es grande o hay movilidad del embrión. Las tasas de éxito y de embarazo intrauterino posterior son comparables a las de la salpingostomía laparoscópica.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha publicado las siguientes indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento con metotrexate que se presentan en la siguiente tabla:

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO CON METOTREXATE

INDICACIONES

Masa anexial < 3 cm (<3.5cm)

Deseo de fertilidad futura

hCG estable o en aumento después del curetaje, con pico máximo < 15.000 mUI/mL

Mucosa tubárica intacta, sin hemorragia activa (estabilidad hemodinámica)

Visualización laparoscópica completa del ectópico

* Casos seleccionados de embarazos cervical y cornual

CONTRAINDICACIONES

Disfunción hepática, TGO del doble de lo normal

Enfermedad renal, Creatinina > 1.5 mg/dL

Úlcera péptica activa

Discrasia sanguínea, leucocitos < 3.000, plaquetas <100.000

Pobre cumplimiento del esquema terapéutico por parte de la paciente

*** Actividad cardíaca fetal**

El Metotrexate se debe administrar en dosis única, dosis variable o por inyección directa en el sitio de implantación. El esquema de dosis única consiste en administrar metotrexate a la dosis de 50 mg/m² de superficie corporal por vía intramuscular; con éste esquema se obtiene un 87% de éxito.

Un 8% de las pacientes requieren más de un tratamiento con metotrexate; la dosis se debe repetir si en el día séptimo la βHCG es mayor, igual o su declinación es <15% del valor del día cuarto.

El esquema de dosis variable consiste en administrar 1 mg/Kg de metotrexate vía intramuscular en días alternos, intercalados con 0.1 mg/Kg de leucovorin de rescate por vía intramuscular, hasta que se observe una respuesta consistente en la disminución de la β HCG al 15% en 48 horas o hasta que se administren 4 dosis (Metotrexate en los días 1,3,5 y 7 y Leucovorin en los días 2,4,6 y 8).

Se ha informado éxito en el 93% de las pacientes así tratadas; las tasas de permeabilidad tubárica y fertilidad son similares a las del tratamiento quirúrgico conservativo y la tasa de ectópico subsecuente es baja.

La inyección directa de altas dosis de metotrexate en el sitio de implantación del ectópico bajo guía de ultrasonido o por laparoscopia disminuye los efectos tóxicos pero las tasas de éxito (76%) son inferiores a las que se logran con la administración sistémica del medicamento.

- **Hemorragia vaginal del primer trimestre del embarazo**

Durante el primer trimestre del embarazo las hemorragias pueden ser provocadas por las siguientes causas:

- **Implantación del embarazo**

Puede aparecer dentro de la semana 4 a 7, durante el proceso de implantación del embarazo, una pequeña pérdida amarronada o rosada sin estar acompañada de dolor cólico abdominal. Por lo general desaparece espontáneamente, pero conviene hacer una consulta médica para corroborar que sea esa la causa.

Las causas pueden ser maternas y fetales, siendo las más frecuentes las congénitas. Casi todos los abortos que se producen antes de la semana 8 son producto de huevos aberrantes con anomalías genéticas, debido a un error en la meiosis I o II, bien sea materna o paterna. Existen varias formas de

presentación clínica y las que continúan su evolución terminan en aborto completo o incompleto, el tratamiento en el primer caso es observación y, en el segundo, el vaciamiento uterino. En general el aborto es una entidad clínica que evoluciona sin mayores complicaciones maternas; sin embargo, cuando el aborto es provocado, el riesgo de muerte materna es tan elevado, que en los países donde el aborto es ilegal, constituye la primera causa de muerte materna

- **Cambios hormonales**

Los cambios hormonales del momento en el que deberías estar menstruando, pueden también provocar pequeñas pérdidas por la vagina, a veces similares a la hemorragia menstrual.

- **Hematomas interdeciduotrofoblásticos**

La formación de pequeños lagos sanguíneos entre la superficie del útero y el tejido propio del embarazo, denominados hematomas interdeciduotrofoblásticos, también pueden ser causa de hemorragia, en general sin acompañarse de dolores abdominales. En la mayoría de los casos se reabsorben y desaparecen espontáneamente.

- **Amenaza de aborto**

Menos frecuentes, pero mucho más importantes, son las hemorragias provocadas por la amenaza de aborto, donde generalmente la pérdida sanguínea es de mayor magnitud y está siempre asociada a dolores cólicos abdominales.

Aborto espontáneo. El sangrado puede ser un signo temprano de aborto o de un embarazo ectópico, sobre todo si viene acompañado de dolor abdominal y

cólico. Cerca de un 25% de las embarazadas presentan este sangrado temprano y la mitad de ellas aborta. Pero si usted tiene un ultrasonido que muestra el corazón latiendo del bebé (entre las 7 y las 11 semanas), sus probabilidades de continuar el embarazo y de llevarlo a término son más del 90%.

- **Embarazo ectópico.**- (el huevo se implanta en la trompa de Falopio o fuera del útero y no en el útero).

El embarazo ectópico, o fuera de su ubicación normal dentro del útero, se presenta con escasa pérdida sanguínea pero con dolor importante abdominal, mareos o desmayos y a veces dolores referidos a la zona del hombro.

En el embarazo ectópico la implantación embrionaria ocurre fuera del endometrio que recubre la cavidad uterina. Su frecuencia ha aumentado en los últimos años; sin embargo, todavía sigue siendo una complicación poco frecuente. La parte más difícil de su manejo la constituye el diagnóstico precoz y, a pesar de la gran cantidad de métodos que existen, todavía hay casos en los que se manifiesta en la forma aguda de hemorragia intrabdominal que, a menos que se someta a tratamiento quirúrgico de inmediato, puede producir la muerte materna.

Si el diagnóstico es precoz se puede hacer un tratamiento médico basado en metotrexate (MTX) y leucovorina. También se puede hacer un tratamiento quirúrgico conservador por laparotomía o laparoscopia, si se reúnen ciertas condiciones.

El tratamiento con salpingectomía es inevitable en casos en los que el diagnóstico es tardío.

- **Enfermedad trofoblástica gestacional**

También la enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) es causa de hemorragia, asociada a mucha sintomatología digestiva como las náuseas y vómitos. En este caso, el huevo normal del embarazo está reemplazado por un tejido de crecimiento rápido parecido que ocupa todo el interior del útero.

Como el común denominador de todos estos problemas es la hemorragia genital, es fundamental una consulta inmediata con tu médico, quien deberá determinar cuál de ellos es el que está afectando a tu embarazo y obrar en consecuencia.

Las enfermedades del trofoblasto incluyen un amplio grupo de condiciones benignas o malignas que ocurren en las mujeres en edad reproductiva, en las cuales existe degeneración del tejido derivado del corion con abundante producción de HCG, cuyo genoma es fundamentalmente paterno y que responden extraordinariamente bien a la quimioterapia. Existen cuatro formas de presentación: la mola hidatidiforme completa, la parcial, el cori carcinoma y el tumor trofoblástico del lecho placentario. El tratamiento consiste en el vaciamiento uterino, seguido de quimioterapia, preferiblemente con MTX. Debido a la posibilidad de recurrencia y de metástasis, la paciente debe evitar el embarazo, por lo menos durante un año, durante el cual la paciente es sometida a un estricto seguimiento para evaluar la evolución de la enfermedad. El embarazo llamado Molar o Mola hidatiforme. En este caso, el embrión es reemplazado por una degeneración anormal de la placenta, de crecimiento rápido que ocupa todo el interior del útero

- **Infecciones:**

El sangrado también puede ser causado por una infección vaginal (como puede ser una infección por hongos o bacterias) o una enfermedad de transmisión

sexual (como una tricomoniasis, gonorrea, chlamydia o herpes) que pueden irritar o inflamar el cuello del útero lo que lo hace susceptible a que sangre después de las relaciones sexuales o de una exploración ginecológica. El cuello uterino también sangra cuando hay un pólipo cervical (tumor benigno).

EVALUACIÓN INICIAL

La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria.

Se debe evaluar correctamente la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea. Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos, no siendo siempre evidentes como en hemoperitoneo o hematomas.

Por tanto, en toda paciente que se sospecha un shock hipovolémico se deberá hacer un control regular de presión arterial y pulso.

Será preciso valorar:

- Signos de gravedad: confusión, obnubilación, hipotensión.
- Evaluación inmediata de volumen intravascular y el estado hemodinámico: reevaluación constante de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

La hemoglobina y el hematocrito son pobres indicadores para la evaluación precoz del grado de pérdida hemática.

Un súbito aumento del pulso o cambios posturales de la presión arterial son frecuentemente los únicos signos de sangrado interno.

La hipotensión postural (descenso en >10 mm Hg en el paso del decúbito a la bipedestación) indica pérdida hemática moderada (10-20% del volumen circulatorio), y la hipotensión en decúbito denota pérdida grave ($>20\%$).

Según la gravedad se deberá instaurar varias medidas a realizar:

1. Una o dos vías venosas de gran calibre para la instauración de sueroterapia para la pérdida de volemia (1 ml de sangre precisa la sustitución de 3 ml de cristaloides).
2. Hemograma completo.
3. Pruebas de coagulación.
4. Grupo y RH.
5. Pruebas cruzadas reservando 4 concentrados de hemafíes.

TRATAMIENTO

Cualquier sangrado debe ser evaluado. Si hay amenaza de aborto, siga estrictamente las órdenes. No todos los sangrados vaginales requieren tratamiento.

- El sangrado a comienzos del embarazo simplemente necesita reposo en cama para estabilizar el embarazo. Es posible que también le aconseje tomarse unos días libres del trabajo, no estar de pie por mucho tiempo y abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Si hay aborto, podría seguir sangrando durante 10 días. Evite el uso de tampones al menos 1 mes después del aborto y espere cuando menos 4 ó 6 ciclos menstruales antes de volver a embarazarse.

- Para un sangrado vaginal causado por placenta previa, la hospitalizará inmediatamente y si el sangrado persiste y ya es viable, se recomienda una cesárea.
- Si el sangrado es causado por un embarazo ectópico, será necesario una cirugía que extraiga el embrión mal implantado y que controle el sangrado interno para así evitar complicaciones que se podrían presentar como la peritonitis.
- La infección vaginal o del cuello del útero se trata con antibióticos que sean seguros para el desarrollo .

Se recomienda no consumir ningún tipo de medicamentos sin previa autorización médica, evitar las relaciones sexuales hasta que se conozcan las causas e ingerir sólo líquidos si el sangrado y los cólicos son severos.

Comúnmente, el descanso en cama es suficiente para estabilizar el embarazo. Si el sangrado es fuerte, es posible que la hospitalicen para observarla más cercanamente y le administren medicamentos para el dolor.

PREVENCIÓN

El cuidado prenatal ayudará a descubrir los posibles riesgos que podría haber en el embarazo.

- Sigue una estricta rutina de control médico durante todo el embarazo.
- Evita golpes directos al abdomen
- Toma una dieta balanceada, rica en folatos (ver la información sobre ácido fólico), puede prevenir abortos causados por problemas genéticos.

- Evita el cigarro desde antes de embarazarse, las drogas y cualquier tipo de trauma, puede evitar el desprendimiento de placenta.
- Practicar sexo seguro puede ayudar a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, estas son una causa común de embarazo ectópico.
- Cuando viajes en automóvil usa siempre el cinturón de seguridad pero evita ponerlo de manera que oprima tu abdomen.
- Si padeces alguna enfermedad crónica, acude al médico para controlarla antes de que te embaraces

CONTROL PRENATAL:

Un control prenatal temprano y regular (un programa de cuidados y medidas para la mujer embarazada antes del nacimiento de su bebé) puede aumentar las posibilidades de tener un RN sano.

Usted debe ser atendida por un especialista Gineco-Obstetra durante su embarazo. A menudo recibirá atención de todo tipo de especialistas en el cuidado de la salud como médicos, enfermeras, parteras y nutriólogos. Siéntase con la confianza de preguntar a cualquiera de ellos dudas que pueda tener. Informe a su médico sobre cualquier cambio que usted advierta desde su última visita.

SU PRIMERA VISITA:

Su primera visita al control prenatal normalmente toma más tiempo y acuciosidad que cualquier otra de sus visitas subsecuentes. Esta usualmente incluye:

- Historia clínica y examen físico.
- Cálculo de la fecha probable de parto.

- Exámenes de laboratorio.
- Una agenda de visitas subsecuentes y estudios.

HISTORIA CLÍNICA:

Una de las cosas que se le preguntarán durante su primera consulta es su historia clínica. En este apartado se incluye información sobre su salud y su estilo de vida, la salud de su familia y de la familia del padre de su RN, así como sobre sus embarazos previos, en caso que los haya habido. Esta información le será útil a su médico para detectar a tiempo y/o prevenir algún problema que pueda surgir, como por ejemplo:

- * Si hay algún antecedente de enfermedades como hipertensión, diabetes, cáncer o defectos al nacimiento en su familia o en la de su esposo.
- * Si padece usted alguna enfermedad crónica, alergia u otro problema de salud.
- * Si está usted bajo tratamiento con algún medicamento.

EXAMEN FÍSICO:

Durante el examen físico se verificará su estatura, peso y presión arterial. También se realiza una exploración física del aparato reproductor, a veces con –o complementada con- un ultrasonido para verificar la existencia de un embarazo y la condición de éste.

FECHA PROBABLE DE PARTO:

La fecha probable de parto es una estimación aproximada de la fecha de nacimiento de su bebé. La duración de un embarazo promedio es de 280 días o 40 semanas, a partir del primer día de la última menstruación normal. Se calcula con una regla que se llama “regla de Neagle” y se calcula sumando 7

días al primer día de la última menstruación normal y luego restando 3 meses. Ejemplo: si el primer día de la última menstruación normal fue el día 1 de enero del 2007. La fecha probable de parto será el día 8 de octubre del 2007. Sin embargo, un embarazo normal puede comprender desde la semana 37 a la 41. Esta fecha probable de parto es útil para programar ciertos estudios cuya utilidad depende precisamente de la etapa del embarazo en que sean tomados.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

Al inicio del embarazo, se realizan algunos exámenes básicos tales como:

*** Examen de sangre para determinar:**

- Tipo de sangre (A, B, AB u O).
- Factor Rh (positivo o negativo).
- Biometría hemática.
- Glucemia.

*** Examen de orina:**

Algunos de estos exámenes serán solicitados en más de una ocasión. Es posible que se sugieran también algunos otros exámenes de acuerdo a la información obtenida por su historia clínica y antecedentes familiares. Existen, además, exámenes especiales que se solicitan ante la duda o riesgo de alguna enfermedad o defecto congénito específicos.

¿Qué cambios puede esperar en el transcurso de su embarazo?

Primer trimestre.

Primer mes:

Su menstruación cesa o se hace muy escasa. Puede sufrir náusea o vómito (no necesariamente), aunque esto generalmente desaparece al final del primer trimestre. Sus senos crecen y pueden estar sensibles. Sus pezones pueden hacerse más prominentes y más oscuros. Puede sentir deseos de orinar con más frecuencia que antes.

Segundo y tercer mes:

Se forma la placenta. El corazón del bebé empieza a latir, aparecen los huesos, la cabeza y los brazos, así como sus piernas y sus dedos. Los órganos principales y el sistema nervioso se forman. Comienza a crecer el pelo y aparecen las yemas que serán los futuros dientes. Al terminar este tiempo el feto mide aproximadamente 10-11 cm y pesa alrededor de 30 gr.

En cada consulta, su doctor revisará:

- El cómo se ha sentido usted desde la última visita, dudas y preguntas que tenga.
- Su peso.
- Su presión arterial.
- El crecimiento y desarrollo fetal por ultrasonido: diferentes medidas del cuerpo del bebé y su peso, cantidad del líquido amniótico, características de la placenta y de la frecuencia cardíaca fetal.

Es posible que se ordenen algunos exámenes. Las pruebas de laboratorio y el examen pélvico generalmente no se solicitan en cada consulta. Cada visita se anotará en su expediente médico. Los resultados y la información obtenida de la historia clínica, del examen físico y de los exámenes de laboratorio también se anotarán.

CURSOS PSICOPROFILÁCTICOS:

Usted y su pareja pueden asistir a cursos psicoprofiláticos para prepararse para tener a su bebé. Los cursos de cuidados y ejercicios prenatales pueden ayudarles a adquirir y fomentar buenos hábitos de salud. Las clases de preparación para el nacimiento de su bebé le ayudarán para prepararse para el trabajo de parto y el momento del nacimiento, también les enseñarán las habilidades básicas para el cuidado del bebé. Algunos hospitales tienen cursos sobre lactancia materna después del nacimiento.

EXÁMENES ESPECIALES:

Es posible que, dependiendo de los resultados de sus primeros exámenes de laboratorio y de su historia clínica, su médico recomiende algunos exámenes más. Ninguna prueba de laboratorio es perfecta. Su RN puede presentar algún defecto al nacimiento, aunque no se hubiese demostrado antes. Puede no presentar ningún defecto aun cuando se hubiere detectado, o bien, su bebé puede tener algún problema que ese examen precisamente no detecta.

PRUEBA ULTRASONIDO	¿QUÉ BUSCA?	¿A QUIEN SE LE REALIZA?	¿CUÁNDO?
Examen que crea una imagen del feto a partir de ondas de sonido, ya sea por transductor abdo- minal o vaginal.	Información sobre el feto: edad, crecimiento, implantación de la placenta, posición del feto, su movimiento, latido fetal, número de fetos, algunos problemas fetales (más no todos).	A aquellas mujeres cuyos médicos quieran informar a su paciente la edad del bebé, confirmar alguna condición o revisar algún problema.	Depende del motivo para realizar el ultrasonido. Aunque puede practicarse frecuentemente, NO es necesario que se tome cada visita al Ginecólogo.
PRUEBAS SEROLÓGICAS MATERNAS			
Un examen de sangre para detectar sustancias en el embarazo que se encuentran en la sangre materna.	Signos de defectos congénitos como defectos del cierre del tubo neural o síndrome de Down.	Cualquier mujer embarazada.	15-18 semanas.
MUESTRA DE VELLOSIDA- DES CORIÓNICAS.			
Una muestra de las vellosidades coriónicas es tomada de la placenta, ya sea por medio de una aguja a través del abdomen y útero o mediante un tubito que pasa a través de la vagina y el cérvix.	Algunas condiciones como el síndrome de Down, aunque se pueden realizar otras pruebas dependiendo de los factores de riesgo.	Si es posible, se debe ofrecer a las mujeres que ya han tenido hijos con defectos o que tienen historia familiar de ellos, aquellas que se encuentran entre los 35 y 40 años o bien si ella y su pareja tienen riesgos de padecer alguna enfermedad genética.	10-12 semanas.
AMNIOCEN-TESIS.			
Una muestra del líquido amniótico (el líquido en el que flota el bebé) es aspirado con una aguja fina que se inserta en el abdomen hasta el útero. Puede utilizarse ultrasonido para guiar la aguja.	Algunas condiciones como el síndrome de Down o defectos de cierre de tubo neural. Pueden realizarse otras pruebas, dependiendo de los factores de riesgo. Pueden utilizarse al final del embarazo para comprobar si los pulmones están listos para funcionar al momento del nacimiento.	Se ofrece a aquellas mujeres que ya han tenido un bebé con algún defecto, que tengan historia familiar de defectos congénitos; si tiene más de 35 años o si tiene riesgo genético	14-18 semanas
PRUEBA SIN ESTRÉS			
Es un examen que mide la frecuencia cardíaca del bebé mientras éste se mueve. Se coloca un transductor en el abdomen (monitor electrónico fetal). Los movimientos fetales son detectados por el médico o sentidos por la paciente.	Determinar si le está llegando suficiente oxígeno al feto	Mujeres diabéticas o con presión arterial elevada. Fumadoras o drogadictas; cuando es un embarazo múltiple (gemelos, triates, etc.). Cuando la movilidad del bebé ha disminuido. Algunas ocasiones se recomiendan bajo oras circunstancias.	Cuando el médico lo indique, generalmente es a partir de la semana 32 de embarazo
PRUEBA DE TOLERANCIA A LA OXITOCINA.			
Es un examen que determina cómo reacciona la frecuencia cardíaca fetal ante una contracción uterina. Se utiliza un monitor fetal electrónico.	Determinar si el bebé se encuentra bajo estrés y si será capaz de tolerar bien el trabajo de	Mujeres diabéticas o con presión arterial elevada. Fumadoras o drogadictas; cuando es un embarazo múltiple (gemelos, triates, etc.). Cuando la movilidad del bebé ha disminuido. Algunas ocasiones se recomiendan bajo oras circunstancias.	Cuando el médico lo indique, usualmente después de la semana 32 del embarazo
PERFIL BIOFÍSICO			
Es una combinación de la prueba sin estrés y el ultrasonido.	Revisar los movimientos "respiratorios" del feto, así como su actividad muscular, la cantidad de líquido amniótico y los resultados de la prueba sin estrés.	Las mismas indicaciones que la prueba anterior.	Si los resultados de la prueba sin estrés no son normales. Algunos médicos usan esta prueba en lugar de la prueba sin estrés.
CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA.	El examen oral de tolerancia a la glucosa se utiliza para evaluar a las mujeres embarazadas con diabetes gestacional	En caso de que se sospeche la presencia de esta enfermedad.	Entre las semanas 24 y 28 de embarazo

CAMBIOS COMUNES:

Conforme su RN crece, es normal que se presenten en usted algunas incomodidades. Algunas de éstas ocurren en las etapas iniciales del embarazo. Otras aparecen temprano en el embarazo, desaparecen y retornan posteriormente.

DOLOR DE ESPALDA:

Los dolores de espalda son comunes. éstos son generalmente causados por la tensión ejercida por el útero en crecimiento sobre su espalda y por los cambios mismos en la postura.

Intente realizar algunas de estas maniobras para reconfortar los malestares mencionados:

- Utilice zapatos de tacón bajo.
- Evite levantar cosas pesadas o niños.
- No se incline sobre su cadera para levantar cosas, inclínese sobre sus piernas (rodillas), manteniendo la espalda recta.
- Coloque sobre una caja o escalón un pie cuando permanezca parada mucho tiempo.
- Duerma sobre uno de sus costados con una rodilla flexionada. Descanse la pierna superior sobre una almohada.
- Aplique calor, frío o presión sobre su espalda.
- Pregunte a su doctor por ejercicios especiales que usted pueda realizar.

CAMBIOS EN SUS SENOS:

Desde etapas tempranas de su embarazo, sus senos empiezan a crecer y surgen cambios, preparándose para la alimentación al seno materno del bebé. Los podrá percibir firmes y con mayor sensibilidad. Conforme crecen los senos, utilice un sostén que ajuste bien y provea buen soporte.

Sus pezones se tornarán más prominentes y de una coloración más oscura. Esto ayudará en el amamantamiento de su bebé. En algunas mujeres, sin embargo, se observan los pezones invertidos. Si este es su caso y planea alimentar al seno materno a su bebé, su doctor podrá sugerirle el tipo de masaje sobre sus pezones que favorezca a tornarlos más prominentes.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS:

Con el crecimiento del feto, el útero en forma progresiva ocupa mayor espacio en el abdomen superior. Sus pulmones no cuentan con el mismo espacio para su expansión, de tal manera que usted podrá presentar una respiración entrecortada.

Pocas semana antes de que nazca su bebé, la cabeza fetal desciende en el útero, o se “encaja” ejerciendo presión sobre el cérvix.

Esto ocurre usualmente entre la semana 36-38 del embarazo en mujeres que cursan su primer embarazo, sin embargo puede ocurrir más tarde. En mujeres que han presentado partos previos esto puede ocurrir hasta el inicio del trabajo de parto. Cuando el feto desciende, la respiración se torna algo más fácil.

Si presenta dificultad para respirar, existen algunas maniobras que se pueden utilizar:

- Manténgase en posición erecta
- Duerma con la cabeza y tórax elevados con respecto al resto del cuerpo
- Pregunte a su doctor acerca de ejercicios para una mejor respiración.

ESTREÑIMIENTO:

Al menos la mitad de las mujeres embarazadas refieren problemas de estreñimiento en alguna etapa de su embarazo. Los cambios hormonales hacen más lenta la digestión y paso de los alimentos por el tracto gastrointestinal.

Durante la última etapa del embarazo, el útero ejerce presión importante sobre el recto. Lo anterior aumenta el problema del estreñimiento, sin embargo, algunas cosas pueden ayudar:

En general es posible mejorar el funcionamiento intestinal aumentando el consumo de fibra en la alimentación (algunos alimentos con alto contenido de fibra son el salvado de trigo, los productos integrales de trigo y maíz y los vegetales crudos o levemente cocidos al vapor). Algunas frutas que pueden ayudar a controlar en parte el estreñimiento como la papaya, las ciruelas y las uvas (frescas y pasas).

En algunos casos, cuando el problema es importante, es preferible evitar el consumo de las frutas que tienen efectos astringentes (es decir, que disminuyen el contenido de agua de las heces y, por ende, la velocidad a la cual éstas se desplazan por el intestino) como las manzanas, peras, plátanos y guayabas. Además, es necesaria la ingesta adecuada de líquidos que se consume en el día para hidratar la fibra y aumentar el volumen de las heces.

El ejercicio practicado de manera regular es de gran ayuda en problemas de estreñimiento ya que ayuda al tránsito intestinal.

RECOMENDACIONES:

- Comer leguminosas (frijol, soya, lenteja) y granos enteros (maíz, trigo y linaza).
- Incrementar el consumo de frutas y verduras, consumiéndolas, de preferencia, con cáscara (cuando sea posible).
- Consumir cereales, panes y tortillas, preferentemente integrales. Beber de 8 a 10 vasos de agua al día.

CALAMBRES:

En las últimas etapas del embarazo, usted podrá presentar calambres en sus piernas. Extender sus piernas antes de acostarse puede ayudarle. Evite extender sus pies ejerciendo así mayor presión sobre el punto dado al ejercitarse o estirarse.

Consuma alimentos ricos en potasio como: plátano, naranja, y jitomate. También es conveniente consumir alimentos y bebidas ricos en calcio como lácteos (leche, queso, yogurt), verduras de hoja verde (acelgas, brócoli y espinacas), así como bebidas como agua mineral natural o de sabor y bebidas rehidratantes para deportistas.

AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE LA MICCIÓN:

Usted podrá presentar un aumento en la frecuencia de la micción durante las 12-14 semanas de embarazo. Esta sensación desaparecerá en la parte media del embarazo.

En las últimas semanas, usted podrá orinar con mayor frecuencia nuevamente. Si conjuntamente con lo anterior presenta dolor, fiebre o algún cambio en el color u olor de su orina, usted puede tener una infección de las vías urinarias. Contacte a su médico inmediatamente.

HEMORROIDES:

Muy frecuentemente, la mujer embarazada que se queja presenta hemorroides. Las hemorroides son venas varicosas en el recto. Éstas son frecuentemente dolorosas. El pujo durante las evacuaciones empeoran las molestias. Algunos productos para el tratamiento del dolor producido de las hemorroides y las recomendaciones para el manejo del estreñimiento deben ayudarle.

INSOMNIO:

Posterior a los primeros meses, usted podrá encontrar mayor dificultad para conciliar el sueño. Esto frecuentemente ocurre en las últimas semanas del embarazo. Su abdomen ha crecido y es difícil encontrar posiciones cómodas. Para lograr descansar, usted necesita:

- Tomar un baño de agua caliente al acostarse
- Intentar técnicas de relajación
- Acuéstese sobre su costado con una almohada bajo su abdomen y otra entre sus piernas
- Tome períodos breves de descanso durante el día.

INDIGESTIÓN:

La indigestión, también llamada “eructos” es una sensación de “ardor” en el estómago que parece elevarse hasta su garganta.

Los cambios a nivel hormonal retardan la digestión y relajan el músculo que mantiene los alimentos digeridos y los ácidos en su estómago. Las agruras ó pirosis, también constituyen un síntoma frecuente durante el embarazo. A medida que el bebé va creciendo, muchas mujeres sienten ardor en la boca del estómago hacia el final de la gestación. Si el consumo de comidas pequeñas y frecuentes no ayuda a controlar el síntoma, hay que evitar acostarse o recostarse durante varias horas después de comer. Esto ayudará a que la gravedad evite que el contenido ácido del estómago refluya por el esófago. También debe evitar los alimentos cocinados con grasa, aceite o muy condimentados.

Es preferible no tomar líquidos para acompañar las comidas para evitar la distensión del estómago.

Las ropas ajustadas también aumentan el problema del reflujo.

Para disminuir las molestias:

- Fragmente su dieta; coma 5 o 6 veces al día en lugar de tres grandes comidas.
- Evite alimentos que usted sabe producen muchos gases.
- Siéntese correctamente mientras ingiere sus alimentos.
- Espere una hora después de ingerir sus alimentos para acostarse. No coma inmediatamente antes de ir a la cama.
- Espere dos horas después de comer para iniciar su rutina de ejercicios.

- No utilice ningún medicamento, incluyendo antiácidos o bicarbonato, a menos que lo haya consultado previamente con su médico.

DOLOR ABDOMINAL (BAJO):

Conforme el útero aumenta de tamaño, los músculos que le brindan soporte son sometidos a tensión y por lo mismo se “estiran”. Usted podrá reflejar lo anterior como dolores agudos o un dolor constante sobre su abdomen. El reposo y cambio de posición es lo que brinda mayor alivio. Los dolores son más frecuentes entre la semana 18 y 24.

NÁUSEA Y VÓMITO:

La náusea y vómito son bastante comunes durante las primeras 12-14 semanas del embarazo; sin embargo, en algunas ocasiones ocurren a lo largo del mismo. Esto se ha llamado “el malestar matutino”, sin embargo, estas molestias pueden ocurrir en cualquier momento del día. Estos malestares son comunes cuando el estómago se encuentra vacío. Aquí se le brindan algunos consejos que harán disminuir sus molestias:

- Consuma alimentos secos como galletas o pan tostado antes de levantarse de la cama.
- Modere el consumo de líquidos en el momento de sentir náusea.
- Ingiera sus alimentos en raciones pequeñas y frecuentes (cada 2 ó 3 horas).
- No omita ninguna de sus comidas, ya que cuando la sensación de hambre es intensa, la náusea también lo es.
- Evite los movimientos bruscos, no se levante con rapidez.
- Evite o disminuya los alimentos ricos en grasa o fritos.

- El aire fresco ayuda a disminuir la sensación de náusea. Mantenga el ambiente bien ventilado y sin olores fuertes.
- Consuma alimentos frescos y con poco aroma.

PICA:

Aunque menos frecuente que los anteriores, de vez en cuando se presenta el fenómeno conocido como pica, que es la práctica de consumir sustancias que no son alimentos (como cal, yeso, arena, tierra o almidón para la ropa) o las cantidades excesivas de alimentos de bajo valor nutricional (como almidón de maíz, hielo). Dicho fenómeno está bajo la influencia del entorno cultural. Este hábito y el de los antojos (que es la urgencia inmediata de consumir algún tipo de alimento en especial) pueden corresponder a la necesidad que tiene el organismo de algún nutrimento específico que se encuentra en estos elementos. Los dos hábitos deben ser controlados cuando los elementos consumidos, ya sean alimentos o no, amenazan con desequilibrar o alterar la dieta normal o, incluso, causar algún riesgo para la salud de la mujer embarazada.

ADORMECIMIENTO:

Conforme el útero crece, se ejerce presión sobre algunos nervios. Por otra parte, algunos nervios sufren compresión por el edema causado por la retención de líquidos. Esto puede causar adormecimiento de sus piernas, pies y en ocasiones de sus brazos. Esto generalmente no representa nada serio. Estas sensaciones desaparecerán gradualmente después del nacimiento de su bebé.

CAMBIOS EN LA PIEL:

Las hormonas circulantes en su organismo son la causa de ciertos cambios en su piel. Algunas mujeres presentan “pañó” alrededor de los ojos, nariz y

mejillas. Esto se denomina médicamente “cloasma”. Estas manchas desaparecen o disminuyen después del parto, cuando los niveles hormonales disminuyen a la normalidad. El tomar el sol produce una coloración más oscura de estos cambios.

En muchas mujeres, se hace aparente una línea oscura que corre en la parte media y a todo lo largo del abdomen. Esta es llamada “línea negra”.

En otras, aparecen estrías sobre la piel del abdomen y senos conforme sufre el estiramiento debido al aumento de tamaño. No existe un método efectivo en la prevención de las estrías, estas serán menos notorias en etapas posteriores al parto.

HINCHAZÓN:

Cierto grado de hinchazón (edema) es normal durante el embarazo. Esto ocurre más frecuentemente en las piernas y usualmente en los últimos meses de gestación. Es más frecuente su presencia en la época de verano. El edema de manos y cara puede significar un problema mayor por lo que será de suma importancia hacerlo saber a su médico.

Usted puede ayudar a reducir la hinchazón de sus pies si:

- Eleve sus piernas sobre el nivel de su cuerpo cada vez que pueda.
- Descanse sobre su costado. Su lado izquierdo es el más recomendable.
- Limite la ingesta de sal. Evite alimentos ricos en sodio como los embutidos, alimentos ahumados o marinados, así como los enlatados.
- Use pantimedias o calcetas que brinden soporte a sus extremidades.
- Nunca tome voluntariamente medicamentos para el edema, realícelo sólo bajo prescripción médica.

FATIGA:

Usted frecuentemente podrá sentirse fatigada durante el embarazo en especial al inicio y al final. Si usted realiza suficiente ejercicio y combina lo anterior con adecuados periodos de descanso y una dieta de buena calidad, es más factible una sensación de bienestar.

VENAS VARICOSAS:

Las venas varicosas son en sí venas congestionadas. Estas aparecen más frecuentemente en las piernas, sin embargo, pueden presentarse cerca de la vulva o vagina. Estas últimas son causadas por la presión que ejerce el útero grávido sobre sus venas.

Las várices tienden a presentarse más comúnmente en personas que permanecen de pie o sentadas por largo tiempo. Generalmente no representan un serio problema, aunque sí, algo de incomodidad. Usted puede presentar dolor y ardor en sus piernas.

Para disminuir las molestias:

- Eleve sus piernas sobre el nivel del cuerpo cada vez que pueda.
- Trate de no permanecer en una misma posición por periodos prolongados.
- No vista ningún implemento que pueda afectar la circulación en sus extremidades.
- Vista medias o calcetas que su médico le recomiende.
- Si su trabajo requiere de permanecer mucho tiempo, cambie de posición de manera intermitente.

CUIDADOS ESPECIALES DURANTE EL EMBARAZO:

Se recomienda que las mujeres que desean quedar embarazadas tomen un suplemento vitamínico prenatal que contenga ácido fólico y otras vitaminas y minerales esenciales. Las mujeres embarazadas también deben consumir alimentos ricos en proteínas, calcio, hierro y ácido fólico. La mayoría de las mujeres embarazadas cursan con embarazos normales. Sin embargo en ciertas ocasiones surgen problemas que ameritan consideraciones especiales.

Si usted inicia su control prenatal tempranamente y acude a sus citas regularmente muchos de esos problemas se pueden prevenir y tratar fácilmente. Asegúrese de comentarle a su médico de cualquier cambio que sobre su persona perciba y que le deje duda.

ANEMIA:

Cuando la paciente se encuentra anémica (hemoglobina baja), surge una sensación de fatiga importante. La causa más común de anemia es la falta de suficiente hierro en la dieta. Las mujeres que presentan anemia durante el embarazo muestran respuestas pobres contra sangrados, infecciones y otros problemas que pueden ocurrir en el momento del parto. El feto también se ve afectado al recibir menos cantidad de oxígeno por la sangre. Por lo anterior, un cambio en la dieta o el uso de tabletas de hierro podrán ser necesarios. Se recomienda la ingesta de alimentos ricos en hierro.

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

- Vegetales verdes: espinacas, verdolagas, acelgas, brócoli.
- Leguminosas: frijoles, lentejas.

- Carnes rojas (res, cerdo, avestruz).
- Hígado.

Acompañar la ingesta de estos alimentos junto con una fuente de vitamina C como jugo de naranja o toronja para mejorar su absorción.

DIABETES GESTACIONAL:

La diabetes ocurre cuando existe un problema en la elaboración o utilización de la insulina. La insulina es la hormona que controla la utilización de la glucosa como fuente principal de energía. La mujer con diabetes tiene niveles aumentados en sangre de glucosa.

Cuando una embarazada ingiere alcohol, rápidamente pasa al feto a través de la placenta. Éste puede dañar al feto. La cantidad necesaria para dañar al feto no se conoce. El plan más seguro es no ingerir alcohol durante todo el embarazo.

Las mujeres que fuman tienen bebés con bajo peso, nacimientos antes de tiempo, abortos y otras complicaciones en comparación con las mujeres que no fuman. Los niños de las mujeres fumadoras tienen más riesgo de infecciones del tracto respiratorio alto, infecciones de los oídos y también el riesgo del síndrome de muerte fetal súbita.

Si usted fuma, el embarazo es un buen momento para dejarlo. También es un buen momento para que su familia lo deje.

Otras drogas como cocaína, heroína, crack y otros tranquilizantes pueden dañar al feto. El bebé puede tener problemas de aprendizaje y ser adicto a las drogas. NO utilice ningún medicamento o droga a menos que su médico se lo autorice.

TRABAJO:

La mayoría de las veces una mujer sana con un embarazo sin problemas puede seguir trabajando si su trabajo no tiene riesgos.

Estos riesgos pueden ser:

- Trabajo con agentes químicos, gases, vapores, polvos o radiación.
- Tener que cargar objetos pesados, trabajar en lugares altos o utilizar máquinas de alta velocidad.
- Estar la mayor parte del tiempo parada.

Dé a su médico una explicación completa de su trabajo y estilo de vida. La mayoría de las mujeres pueden trabajar hasta las últimas semanas de su embarazo.

HOGAR:

El cuidado de la casa y de la familia se debe hacer. Es necesario compartir más de ese trabajo con su compañero u otras personas. Debe limitarse a no levantar objetos pesados, estar alejada de objetos de limpieza como pintura o vapores.

EJERCICIO:

El ejercicio puede fortalecer los músculos usados durante el trabajo de parto y disminuir las molestias del embarazo, puede darle energía y sentirse mejor. Su punto de equilibrio cambia durante el embarazo, se cansa más fácil y toma más tiempo el recuperarse.

- Evite sobre-calentarse.
- Limite el ejercicio al aire libre con clima caluroso.
- Evite ejercicio que la canse mucho.
- Tome mucha agua.
- Use tenis y brassier con buen soporte.

Esta no es una época para intentar un deporte nuevo y difícil. Si usted era activa antes, continúe siéndolo.

Las siguientes actividades, con moderación, son buenas en el embarazo:

- Natación.
- Caminar.
- Clases de ejercicios prenatales.

VIAJES:

La mayoría de las mujeres pueden viajar seguras hasta cerca del tiempo de su parto. Para la mayoría el tiempo más seguro es durante el segundo trimestre del embarazo.

Algunos consejos para cuando decida viajar:

- Use cinturón de seguridad.
- Camine cada hora.
- Use zapatos y ropa cómoda.
- Lleva galletas, jugos o bocadillos para prevenir la náusea.
- Tome muchos jugos.

- No tome pastillas para el vómito o laxantes hasta que consulte con su médico.
- Lleve una copia de su expediente si viaja lejos.
- Visite a su médico antes de viajar.

Trate de no viajar si su embarazo está muy avanzado, si no es posible, consúltelo con su médico.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE:

Si usted tiene más de un compañero sexual o su compañero tiene más de una compañera sexual, tiene un riesgo mayor de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, algunos ejemplos incluyen:

- Infección por VIH (el virus que causa el SIDA)
- Gonorrea.
- Chlamydia.
- Sífilis.
- Herpes simple.

Estas enfermedades ponen en riesgo al feto y a la madre.

CAMBIOS EMOCIONALES:

El embarazo es un tiempo de cambios emocionales, especialmente a su inicio; las hormonas pueden causar cambios en el humor. Estar cansada al inicio y cerca del final del embarazo pueden hacerla sentir irritable o deprimida. El descanso regular, relajarse y el ejercicio ayudan al bienestar físico y mental.

RELACIONES:

Muchas mujeres tienen sentimientos de miedo sobre el embarazo y el hecho de convertirse en madres. Puede que usted tenga miedo o inseguridad acerca del nacimiento de su bebé, y a los cambios.

Los planes compartidos con su pareja u otra persona o al hecho de darle un nombre al bebé puede aumentar el sentimiento de seguridad y así compartir adecuadamente los cambios de su embarazo con su pareja.

SEXO:

Algunas personas se preocupan por el hecho de tener relaciones sexuales durante el embarazo, puede que tengan miedo de causar un aborto. Para una mujer sana con un embarazo normal, las relaciones sexuales son seguras hasta unas semanas antes del parto, el feto está bien protegido por el líquido amniótico. Para mayor seguridad de usted y de su pareja se pueden elegir diferentes posiciones. Su médico puede aconsejarle que limite o evite las relaciones sexuales si hay datos de problemas en su embarazo.

2.2.- PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

Una correcta orientación sobre el embarazo de riesgo, hemorragias en el primer trimestre, diagnóstico oportuno y su tratamiento en las mujeres sería un factor determinante para disminuir las complicaciones y riesgos durante el embarazo.

2.2.1.- HIPOTESIS GENERAL.

Construyendo programas para disminuir los problemas de salud, mejoraríamos la incidencia y el tratamiento de las hemorragias vaginales en el primer trimestre de embarazo del Hospital Martín Icaza.

2.2.2 Hipótesis Específicos

2.2.2.1 Conociendo las causas relacionados con la salud de las embarazadas con hemorragias vaginales en el primer trimestre de embarazo; estaríamos en capacidad de mejorar su comportamiento socio-cultural.

2.2.2.2 Determinando programas actuales de tratamiento de las hemorragias vaginales en el primer trimestre de embarazo, propondríamos establecer pautas para su ejecución.

2.2.2.3 Construyendo programas para la capacitación de embarazadas, para que acudan al Hospital Martín Icaza lograríamos un mejor control y tratamiento.

2.3. VARIABLES

2.3.1. Variables Independientes

Variable Independiente General: Programas para disminuir los problemas de salud de la embarazada.

Variable Independiente 1: Causas relacionadas con la salud de las embarazadas.

Variable Independiente 2: Programas actuales de tratamientos.

Variable Independiente 3: Programas para la capacitación de las embarazadas.

2.3.2. Variables Dependientes

Variable Dependiente General: Mejoraríamos la Incidencia y el tratamiento de las hemorragias vaginales en el primer trimestre de embarazo del hospital Martín Icaza.

Variable Dependiente 1: Estaríamos en capacidad de mejorar su comportamiento Socio-Cultural.

Variable Dependiente 2: Propondríamos pautas para su ejecución.

Variable Dependiente 3: lograríamos un mejor control y tratamiento.

2.3.3.- Operacionalización de las Hipótesis Específicas

CATEGORIA	VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADOR
Programas. Disminuir. Salud. Embarazadas. Hospital.	VIG: Programas para disminuir los problemas de Salud de las embarazadas del Hospital Martín Icaza.	Proyecto. Disminuir	Designio o pensamiento de ejecutar algo.
Causas. Salud. Embarazadas.	VII: Las causas relacionadas con la salud de las embarazadas .	Causa.	Lo que se considera fundamento u origen de algo.
Programas. Tratamientos. Enfermedades. Embarazadas.	VI2: Programas Actuales de Tratamientos de las Enfermedades de las embarazadas.	Tratamientos. Infecciones de vías urinarias.	Alivio de las enfermedades. Embarazada
Programas Capacitación. Embarazadas.	VI3: Programas para la capacitación de las embarazadas.	Capacitación. Embarazadas.	Proyecto ordenado de actividades.

2.3.4. Operacionalización de las Variables Dependientes.

CATEGORIA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<p>Incidencia. Tratamiento. embarazada Hospital Martín Icaza.</p>	<p>VDG: Mejoraríamos la incidencia y el tratamiento de las hemorragias vaginales en el primer trimestre de embarazo en embarazadas del hospital Martín Icaza.</p>	<p>Disminución de las hemorragias vaginales en el primer trimestre de embarazo.</p>	<p>Embarazadas que lo ejercen.</p>
<p>Mejorar comportamiento Sociocultural de las embarazadas del hospital Martín Icaza.</p>	<p>VD1: Estaríamos en capacidad de mejorar el comportamiento socio-cultural.</p>	<p>Capacidad</p>	<p>Aptitud o suficiencia para hacer alguna cosa.</p>
<p>Programas. Proponer. Pautas. Ejecución.</p>	<p>VD2: Propondríamos establecer pautas para su ejecución.</p>	<p>Programas.</p>	<p>Idear y ordenar las acciones para realizar un proyecto.</p>
<p>Captación Tratamiento.</p>	<p>VD3: Lograr un mejor control y Tratamiento.</p>	<p>Controles. Tratamientos.</p>	<p>Regulación manual o automática sobre un sistema.</p>

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Métodos

Los métodos a utilizarse está relacionado con hechos reales que se presentan en el hospital Martín Icaza, con las embarazadas que acuden para su atención por las hemorragias vaginales en el primer trimestre de embarazo, sabiendo que cada mujer es un mundo diferente; pero en el embarazo, la prevención de los riesgos es uno de los que mayores retos que se plantean el personal de salud.

El reconocimiento de que el desarrollo y la salud de las embarazadas es un elemento básico para el progreso tanto de nuestra ciudad, como del país se tendrán que elaborar programas de control y prevención de las enfermedades que afecta de manera particular a este grupo de embarazadas del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

3.1.1 Método científico

El método científico nos permite a través de la conceptualización ubicar estratégicamente en la determinación de objetos, metas y valores que nos que nos ayudará a adquirir mayor información sobre los problemas de salud en la embarazada.

3.1.2 Método Histórico Lógico

La aplicación de este método permitirá descubrir el devenir y desarrollo de los fenómenos centrándome en los aspectos fundamentales y apoyándose en dos procedimientos:

Procedimiento Histórico: estará relacionado con el estudio de las estadísticas reales de las enfermedades más frecuentes de las embarazadas en el devenir de una etapa o periodo.

Procedimiento Lógico: Se ocupará de investigar las causas generales de las enfermedades de las embarazadas.

Lo Lógico e Histórico se complementan y vinculan mutuamente, para descubrir cómo se suscitan las causas. El Método Lógico se basará en los datos estadísticos que proporciona el Método Histórico, de manera que no constituirá un simple enunciado sobre las causas generales de las enfermedades de las embarazadas.

3.1.3 Método Hipotético – deductivo

Se aplicará este método en la presente investigación para reconocer que a través de la hipótesis planteada conocer los problemas de salud en las embarazadas.

3.1.4 Método inductivo deductivo

Con el método Inductivo aplicaremos la forma de razonamiento a través del cual se obtendrá conocimientos particulares a un conocimiento más general que nos hará conocer los problemas de salud en las embarazadas.

La deducción se la hará en forma de razonamiento general mediante el cual pasamos a otra de menor generalidad, en este caso el hecho permitiría comprender que un conocimiento verdadero nos garantiza un diagnóstico real.

3.1.5 Método descriptivo

Se aplicará este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente la información obtenida, y de cómo se presentan los problemas de salud en el adolescente.

3.2.-Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo. Serie de Casos.

3.3.- Área de estudio:

Sala de Emergencia (hospitalización) del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, durante el período comprendido entre 1ro de Diciembre del 2010 al 30 de Junio del 2011.

3.4.- Técnicas e instrumentos

3.4.1. –Técnicas

3.4.1.1.- Observación.

Es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con un esquema previsto y según el problema que se estudia.

3.4.1.2.- Entrevistas

Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el o las sujetas de estudio, en este caso, mujeres embarazadas, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

3.4.1.3.- Encuestas

Este método consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias. Las encuestas son medidas estadísticas que nos permiten conocer la preferencia, opinión de una parte de la población a través de una muestra técnicamente seleccionada a partir de un universo definido

3.4.2. Instrumentos

3.4.2.1. Observación: Se medirán a través de lo existente, es decir Historias clínicas bien realizadas (Registros Específicos)

Estadísticas internas

3.4.2.2. Entrevista (x) : Se efectuarán entrevistas dirigidas a embarazadas, sobre hemorragias del primer trimestre de embarazo, mediante la aplicación de un formulario previamente elaborado.

3.4.2.3. Encuesta (X) : Se efectuarán encuestas dirigidas a obstétrices y obstetras, las preguntas se formularán por escrito, siendo ejecutadas por un encuestador.

3.5 Población y muestra

Se trata de determinar mediante una muestra la opinión de las embarazadas con hemorragia del primer trimestre que se atendieron en el servicio de emergencia en el hospital Martín Icaza, para lo cual se ha diseñado una encuesta.

3.5.1. Población

La población o universo de investigación lo conforman el personal del hospital Martín Icaza, las pacientes embarazadas con hemorragia del primer trimestre hospitalizadas.

3.5.2.- Población de Estudio:

En el Hospital Martín Icaza durante el período comprendido entre 1ro de Diciembre del 2010 al 30 de Junio del 2011 se atendieron 234 embarazadas con hemorragias del embarazo en emergencia, y se seleccionó a las que han presentado hemorragias en el primer trimestre

de embarazo dando un resultado de 50 Embarazadas que se hizo necesario hospitalizarlas para evitar complicaciones mayores, durante el período de estudio y que presentaban dos o más de los siguientes Criterios de Inclusión a este estudio:

- Sangrado vaginal
- Fiebre > 37.8° C
- Dolor
- Dolor en hipogastrio
- Dolor lumbar
- Sensibilidad Suprapúbica.

3.5.3.- Muestra

Se tomó las historias clínicas de ingresos de emergencia, de las embarazadas con hemorragia en el primer trimestre de su embarazo.

3.5.4.- Procesamiento de la información

La información e investigación fue elaborada, procesada y sistematizada considerando los siguientes pasos:

- Recopilación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual de la investigación.
- Determinación de! marco teórico de la investigación.
- Definición de! diseño metodológico de la investigación.
- Presentación preliminar de lo anteriormente enunciado.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación y procesamiento de datos.

- Presentación final de la investigación.
- Defensa y exposición del tema.

3.6.- Recolección y manejo de la Información.

A todas las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, se procedió primero a realizar una entrevista estructurada para llenar el instrumento de recolección de datos.

Dicho instrumento contenía (Anexo No. 2).

- Datos demográficos
- Datos obstétricos
- Signos y sintomatología clínica de hemorragia del primer trimestre.

Lo que nos llevó al diagnóstico presuntivo. Hemorragia del primer trimestre.

3.7.- Plan de Análisis:

Los datos fueron analizados de acuerdo a la naturaleza de las variables del estudio, mediante frecuencia simple y estimación de porcentaje.

3.8.- Consideraciones éticas.

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

- Consentimiento informado: cuando se detectaba una paciente embarazada que llenaba los criterios de inclusión antes descritos, se procedía a informarle de la existencia de este estudio, los objetivos

y las ventajas para ella como participante, solicitándole su autorización para ser incluida. Una vez obtenido el consentimiento informado, se proporcionó a cada paciente información de los procedimientos a seguir. Se garantizó un ambiente de privacidad para la entrevista.

- A cada paciente se le indico el procedimiento a seguir por su problema y se les brindó alternativas de manejo para la resolución del problema y consejería para la prevención.

3.9.- Recursos

3.9.1 Humanos

3.9.2.- Investigadoras

Gloria Oscuéz Zambrano

Gardenia Pacheco Haro

3.9.3.- Asesor del Proyecto de Investigación

Dr. Hugolino Orellana Gaybor.

3.9.4. Materiales

3.9.5.- Bibliográficos.

- Libros
- Diccionarios
- Folletos
- Revistas
- Periódicos

- Documentos
- Planes y programas de infección de vías urinarias
- Internet

3.9. 6- De escritorio

- Esferográficos.
- Marcadores
- Lápices
- Papel Bond a4
- Resaltadores
- Fichas.
- Carpetas.

3.9.7.- De Informática

- _ Computadoras
- _ Equipo de impresión reproducción, impresoras, xerocopia, escáner.
- _ Equipo de audio, grabadora, flash memory, data show.

3.9.8.- Económicos

RUBROS	INVERSIÓN
Alimentación	80
Alquiler de equipo de informática	80
Material de escritorio	260
Material de impresión y copia	150
Movilización y transporte	100
Videgrabadora	30
Imprevistos	100
TOTAL	800

CAPITULO IV

4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Pacientes embarazadas atendidas en Gineco-obstetricia (hospitalización) del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, durante el período comprendido entre 1ro de Diciembre del 2010 al 30 de Junio del 2011. (Cincuenta) 50 pacientes que presentaban cuadro clínico de hemorragia vaginal durante el primer trimestre de embarazo, fueron incluidas al estudio. Cada paciente fue entrevistada de manera directa, así como también luego de la educación nos proporcionó los resultados que a continuación detallamos.

El análisis de esta información nos produjo los siguientes resultados:

4.1.- Tabulación e Interpretación de Datos

Número de pacientes embarazadas atendidas en: Emergencia

Grafico 1

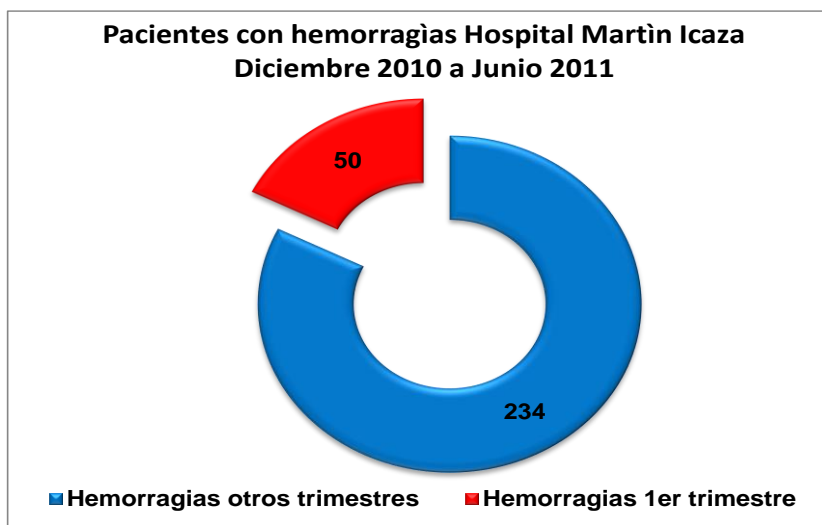


TABLA No. 1

**Pacientes con hemorragias de diciembre 2010.
junio 2011**

Mes	Casos		
	Hemorragias otros trimestres	Hemorragias 1er trimestre	%
Diciembre	35	26	52
Enero	26	4	8
Febrero	16	4	8
Marzo	19	3	6
Abril	41	4	8
Mayo	55	3	6
Junio	42	6	12
Total	234	50	100

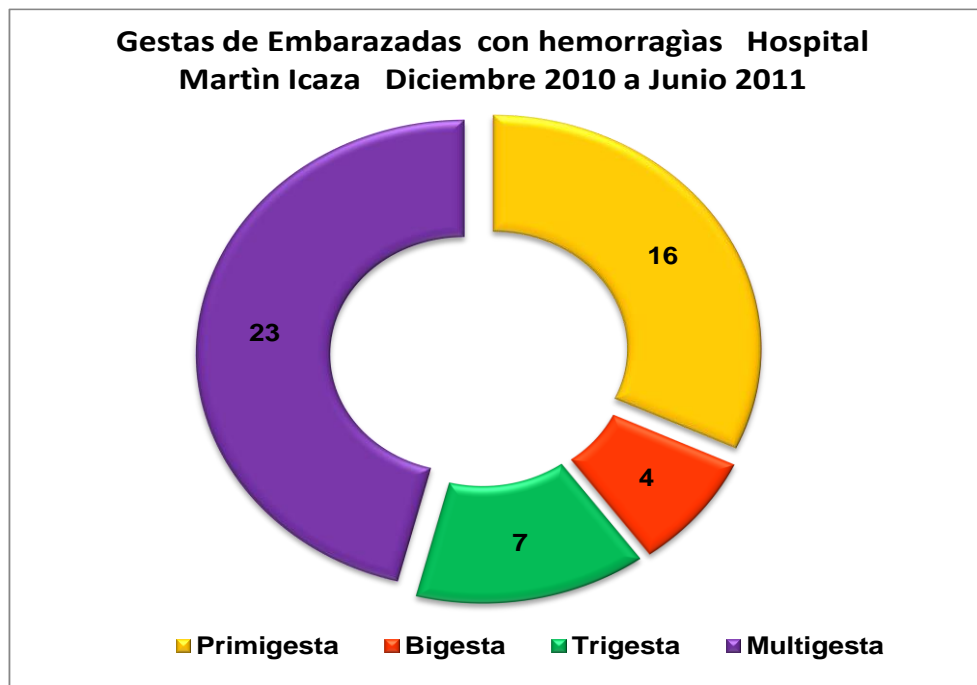
El porcentaje más alto de pacientes se encontró en el mes de diciembre 52%, y en edad estuvo representado por adolescentes, en enero y febrero descendió al 8%, en marzo bajo al 6%, abril sube al 8%, luego en mayo desciende al 6%, para finalmente en junio subir al 12%.

TABLA No. 2

Características obstétricas.

Características	n=50	%
Paridad		
Primigesta	16	32
Bigesta	4	8
Trigesta	7	14
Multigesta	23	46

Grafico 2

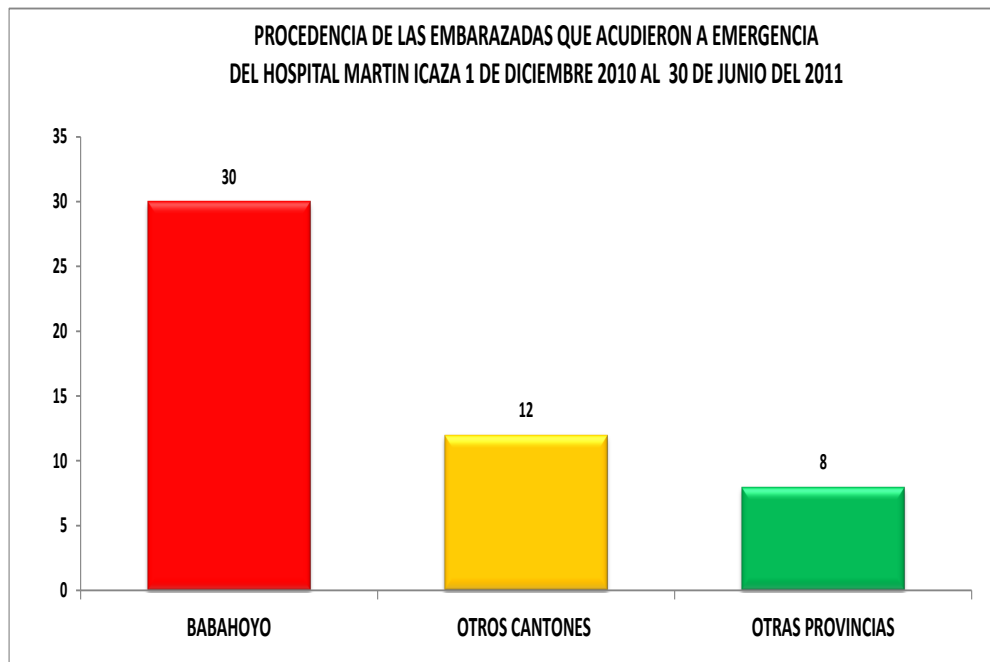


Dentro de las características obstétricas se encontró que la mayor parte de las pacientes eran por las Multigestas 46% seguido primigestas y 32%, trigesta el 14% % y respectivamente bigestas 8%.

TABLA No. 3

PROCEDENCIA	TOTAL	%
BABAHOYO	30	60
OTROS CANTONES	12	24
OTRAS PROVINCIAS	8	16
TOTAL	50	100

Grafico 3

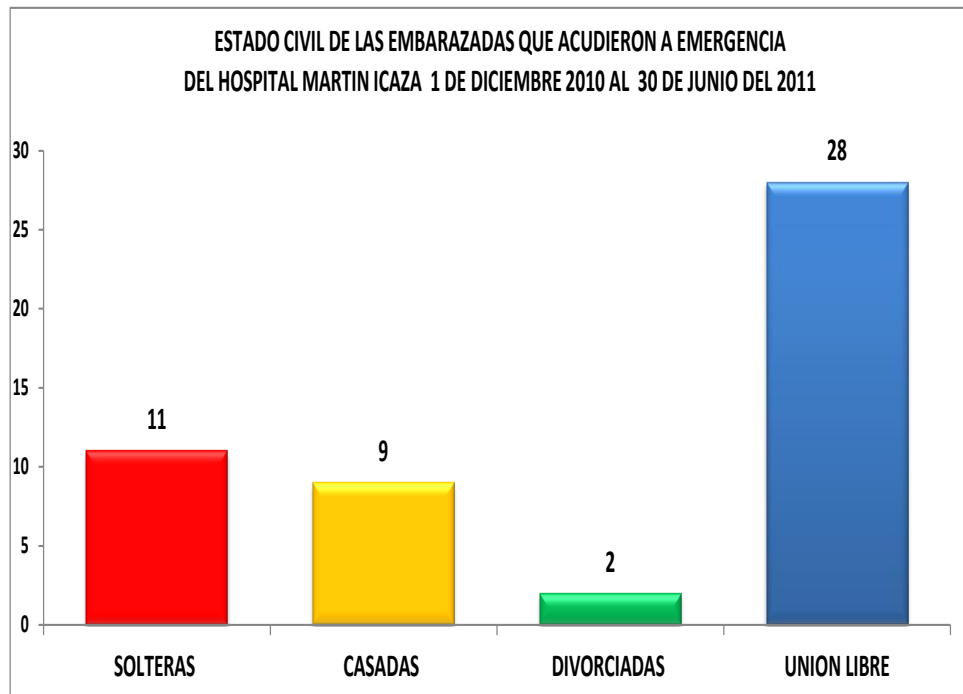


El 60% de las embarazadas son de Babahoyo, el 24% son de los otros cantones de la provincia, 16% de otras provincias.

TABLA No. 4

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
SOLTERAS	11	22
CASADAS	9	18
DIVORCIADAS	2	4
UNION LIBRE	28	56
TOTAL	50	100

Grafico 4

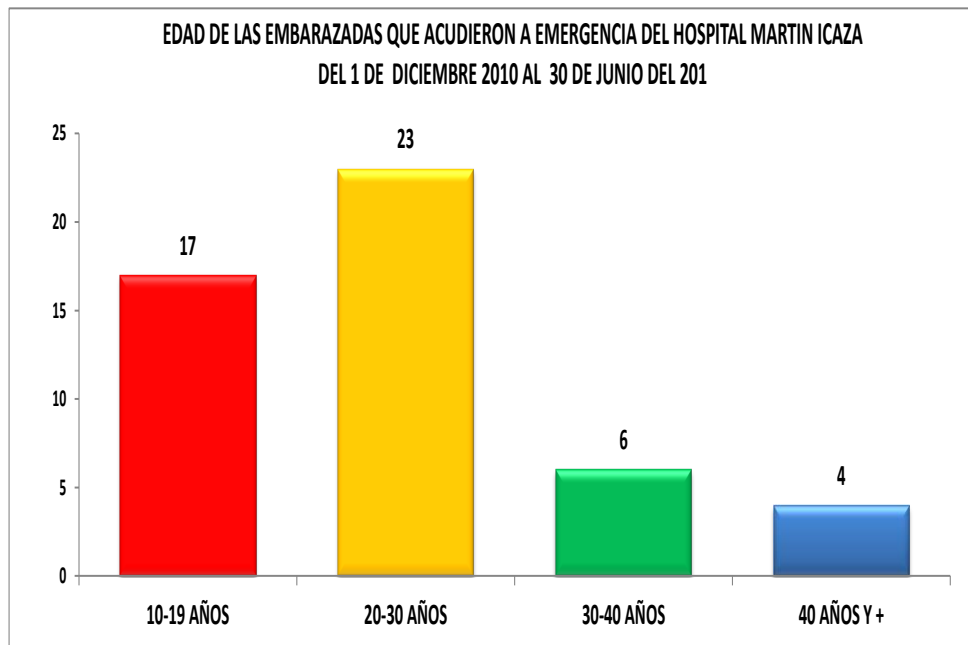


El 22% son solteras, casadas el 18%, el 4% divorciadas y 56% unión libre.

TABLA No. 5

EDAD	TOTAL	%
10-19 AÑOS	17	34
20-30 AÑOS	23	46
30-40 AÑOS	6	12
40 AÑOS Y +	4	8
TOTAL	50	100

Grafico 5

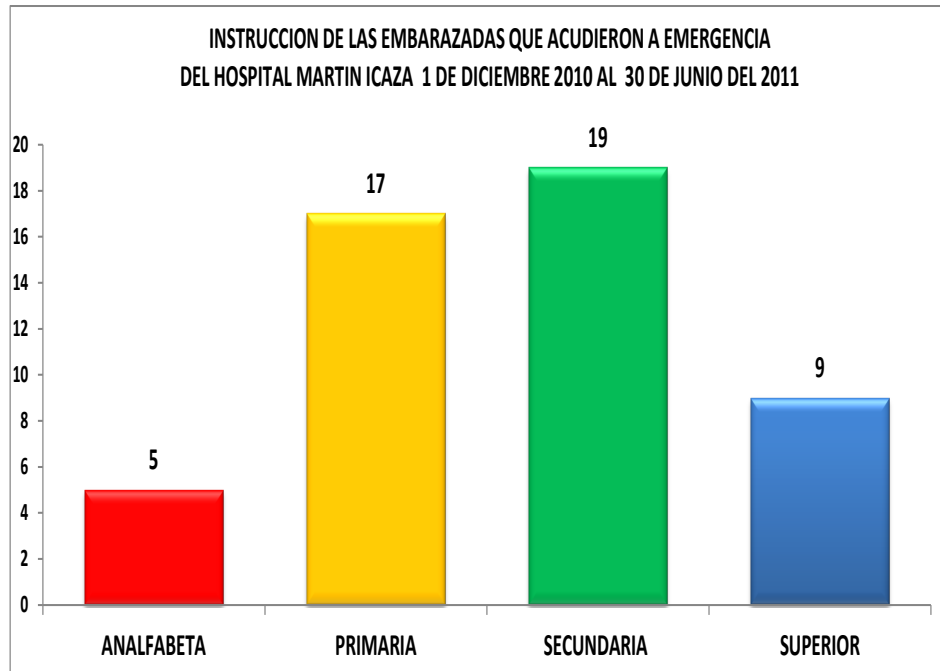


El 34% son adolescentes, el 46% son de 20 a 30 años, el 12% de 30 a 40 años y el 8% de más de 40 años.

TABLA No. 6

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
ANALFABETA	5	10
PRIMARIA	17	34
SECUNDARIA	19	38
SUPERIOR	9	18
TOTAL	50	100

Grafico 6



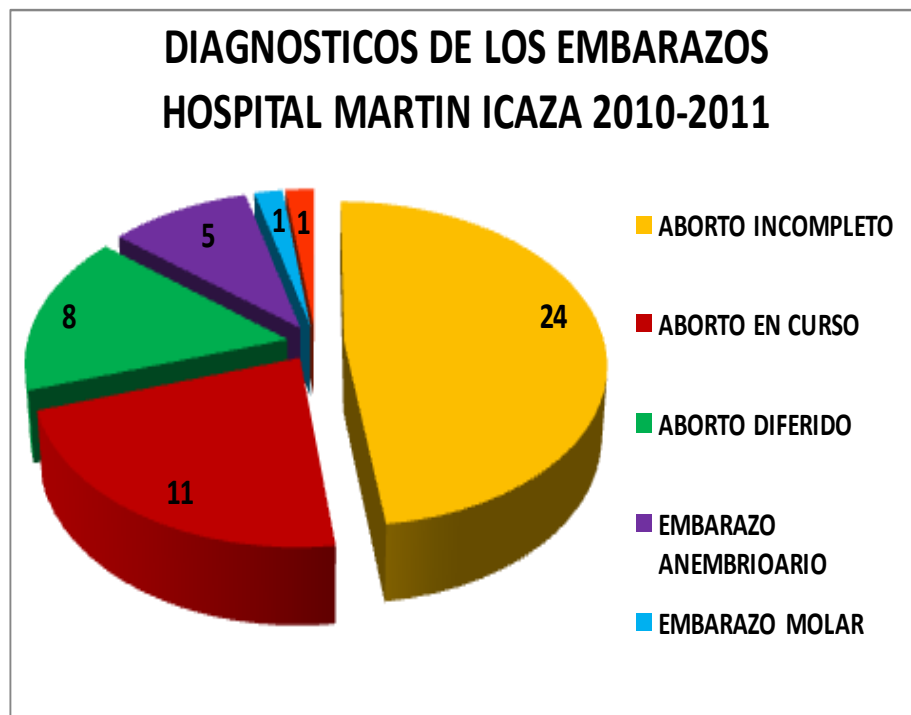
El 10% son analfabetas, no saben leer y escribir, el 34% tienen instrucción primaria, el 38% tienen instrucción secundaria, y instrucción superior 18%

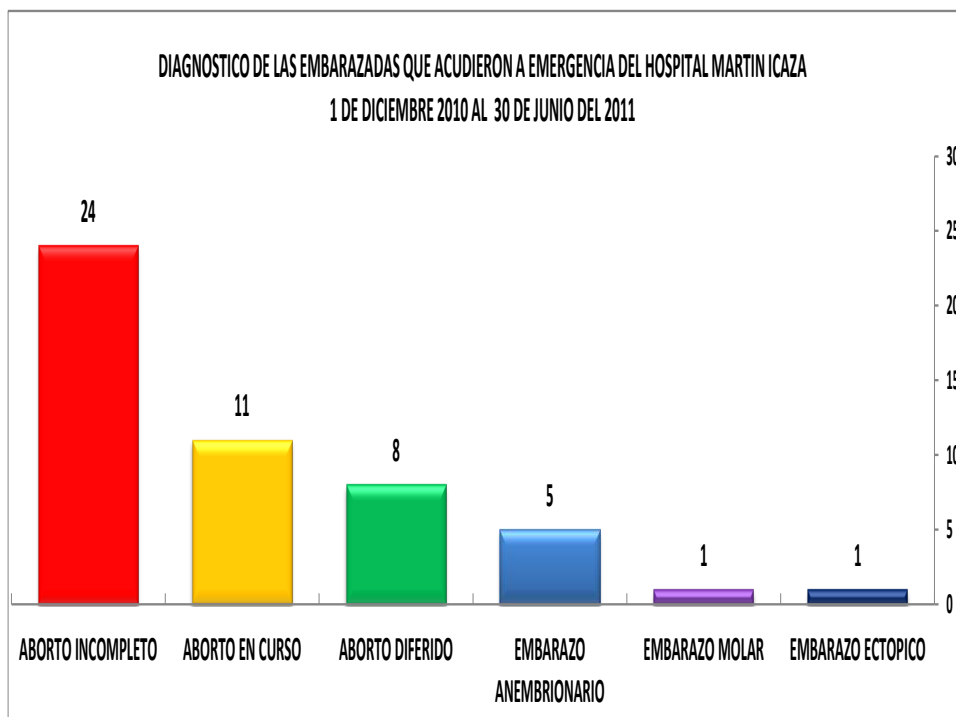
TABLA No. 7

DIAGNOSTICOS DE LOS EMBARAZOS	TOTAL	%
ABORTO INCOMPLETO	24	48
ABORTO EN CURSO	11	22
ABORTO DIFERIDO	8	16
EMBARAZO ANEMBRIARIO	5	10
EMBARAZO MOLAR	1	2
EMBARAZO ECTOPICO	1	2
TOTAL	50	100

Grafico 7

En pastel y barras



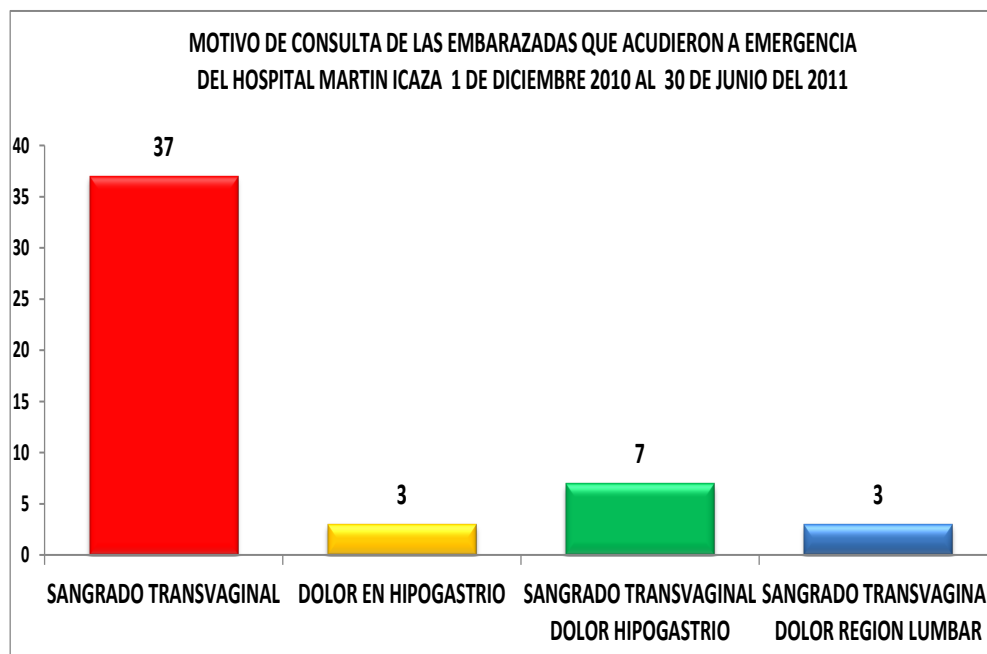


Aborto incompleto 48%, aborto en curso el 22%, aborto diferido 16%, embarazo anembrionario 10%, embarazo molar el 2% y embarazo ectópico 2%.

TABLA No. 8

MOTIVO DE CONSULTA	TOTAL	%
SANGRADO TRANSVAGINAL	37	74
DOLOR EN HIPOGASTRIO	3	6
SANGRADO TRANSVAGINAL DOLOR HIPOGASTRIO	7	14
SANGRADO TRANSVAGINAL DOLOR REGION LUMBAR	3	6
TOTAL	50	100

Grafico 8

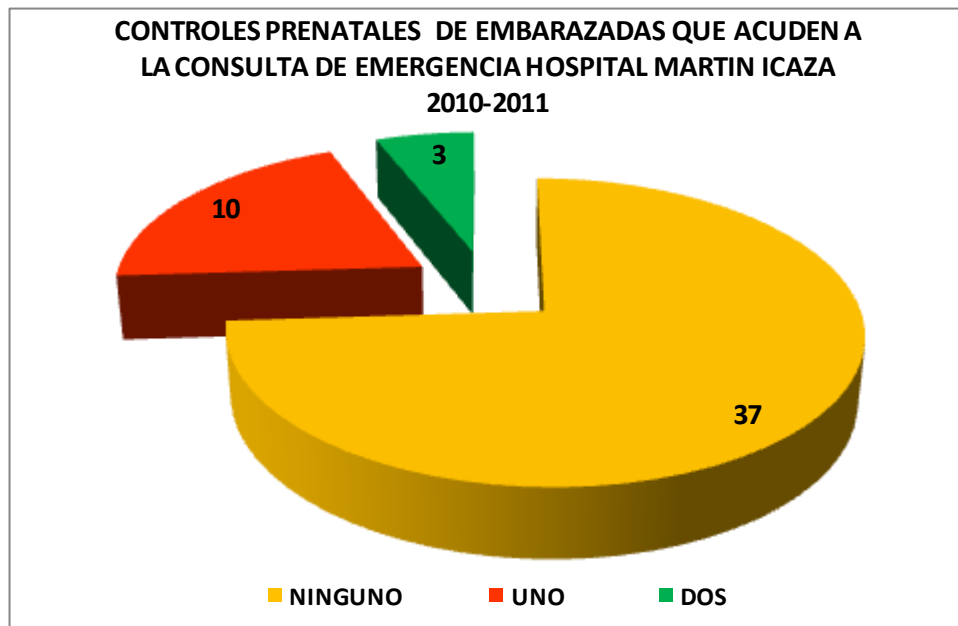


El 74% presento sangrado vaginal como motivo de consulta, el 14% presento sangrado transvaginal dolor hipogastrio, dolor en hipogastrio 6%, sangrado transvaginal con dolor en región lumbar

TABLA No. 9

CONTROLES PRENATALES	TOTAL	%
NINGUNO	37	74
UNO	10	20
DOS	3	6
TOTAL	50	100

Grafico 9



Sin ningún control el 74%, un control el 20%, dos controles el 6%.

CONCLUSIONES

La incidencia de amenaza de aborto en el primer trimestre del año 2010-2011 en el Hospital Martín Icaza fue 21,1 % (50 casos), de los cuales el 100% de embarazadas terminaron en aborto.

Las mujeres con mayor riesgo de amenaza de aborto son las de menos de 30 años (80 %), proveniente del cantón Babahoyo el 60%, de otros cantones un 24% y de otras provincias un 16%.

La instrucción secundaria (38%), instrucción primaria un 34%, superior un 18% y analfabeta un 10%. Que vive en unión libre (56%), con nivel socio-económico bajo.

En lo que respecta a los antecedentes gineco-obstétricos podemos concluir que la paciente con amenaza de aborto en el primer trimestre es fundamentalmente una multigesta (46%) primigesta joven (32%), trigesta (14%), y bigesta con el 8%. con historia de aborto previo en un 33%, sin control prenatal (76%), con intervalo intergenésico acortado (88%), cuya edad gestacional oscila entre 8-12 semanas (60%).

La variedad de factores asociados a aborto que hemos podido observar en el presente estudio tienen una implicancia socio-económica y cultural intrínseca. Muchos de ellos pueden ser prevenibles y en ciertos casos recuperables.

La detección temprana de algunos factores de riesgo aquí identificados no requiere de tecnología sofisticada y puede realizarse a partir de la primera

consulta y desde el primer nivel de atención donde el médico general se desempeña.

Por esto es indispensable, además de destinar los recursos tecnológicos y humanos necesarios para atender a las embarazadas oportunamente, que las autoridades de salud supervisen el acceso y cabal cumplimiento del control prenatal, y establezcan un sistema de referencia prenatal eficaz en el que todas las mujeres con embarazo de alto riesgo se identifiquen, se traten de forma adecuada en las unidades de atención primaria y se transfieran oportunamente a los hospitales especializados en la atención de estados materno-fetales de alto riesgo y que cuenten con unidades de cuidados intensivos.

RECOMENDACIONES

Este resultado determina una señal de alarma para los profesionales de la salud, ya que se debe poner manos a la obra para que en un futuro no muy lejano, en lo posible inmediato, estas cifras disminuyan; cabe aclarar que este objetivo no se limita a un frío cálculo estadístico, sino a la consecuencia directa de una menor cantidad de abortos, que es la disminución de la morbilidad perinatal y una mejor calidad de vida futura de las embarazadas.

CAPITULO V

5.- PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1.- PRESENTACION

En el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, la segunda causa de morbilidad obstétrica de las embarazadas es la hemorragia vaginal 25%, y dentro de estas la hemorragia del primer trimestre ocupa un 55%.

Dado que las hemorragias vaginales presentan una gran morbilidad para la madre y el feto, es fundamental detectar la presencia lo más tempranamente posible y tratarla correctamente.

El presente trabajo pretende Normatizar la búsqueda activa de las embarazadas con complicaciones de hemorragias vaginales en el primer trimestre en su inicio, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para no hacerlo como ha sido costumbre de un tratamiento de forma empírica y no se han tomado las medidas necesarias para evitar que terminen en aborto de cualquiera de las formas existentes, que pusieron en peligro la vida del feto.

5.2.- OBJETIVOS.

5.2.1.- Objetivo General

Sugerir un programa de prevención, control y atención de las hemorragias vaginales en el primer trimestre que afectan a la población de mujeres embarazadas que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Martin Icaza de Babahoyo.

5.2.2.- Objetivos Específicos

1. Diseñar métodos de diagnóstico más sensibles y accesibles para la certeza de sangrado vaginal y amenaza de aborto.
2. Identificar factores que favorecen las complicaciones y muertes.
3. Incidir en la disminución de morbilidad y mortalidad por hemorragias vaginales en embarazadas.

5.3.- CONTENIDOS

ENFOQUE DE RIESGO

PREVENCION

PREVENCION PRIMARIA Reduce la incidencia de la enfermedad

PREVENCION SECUNDARIA Revierte, detiene o retrasa el proceso de la enfermedad.

PREVENCIÓN Terciaria Limita la progresión de las complicaciones una vez que la enfermedad se ha manifestado clínicamente

RIESGO

Prevención Secundaria.- Intervención en el estilo de vida dietética, farmacológica. Restricción actividad física. Reducción estrés, Reducción de sodio. Suplementos energéticos, Reducción proteicos, de magnesio, de zinc, de calcio, de vitamina C y E, de ácido linoleico, antihipertensivos, anticoagulantes.

EVALUAR en primer lugar la pérdida hemática para valorar la aplicación de medidas de soporte vital. Posteriormente se debe filiar correctamente el origen del sangrado, datar la gestación y hacer el diagnóstico diferencial.

EVALUACIÓN INICIAL

La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria.

Se debe evaluar correctamente la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea.

Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos, no siendo siempre evidentes como en hemoperitoneo o hematomas.

Por tanto, en toda paciente que se sospecha un shock hipovolémico se deberá hacer un control regular de presión arterial y pulso.

Será preciso valorar:

- Signos de gravedad: confusión, obnubilación, hipotensión.
- Evaluación inmediata de volumen intravascular y el estado hemodinámico:

Reevaluación constante de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial.

La hemoglobina y el hematocrito son pobres indicadores para la evaluación precoz del grado de pérdida hemática.

Un súbito aumento del pulso o cambios posturales de la presión arterial son frecuentemente los únicos signos de sangrado interno.

La hipotensión postural (descenso en >10 mm Hg en el paso del decúbito a la bipedestación) indica pérdida hemática moderada (10-20% del volumen circulatorio), y la hipotensión en decúbito denota pérdida grave (>20%).

Según la gravedad se deberá instaurar varias medidas a realizar:

1. Una o dos vías venosas de gran calibre para la instauración de sueroterapia para la pérdida de volemia (1ml de sangre precisa la sustitución de 3 ml de cristaloides).
2. Hemograma completo.
3. Pruebas de coagulación.
4. Grupo y RH.
5. Pruebas cruzadas reservando 4 concentrados de hematíes.

HEMORRAGIAS EN LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN (<20 SEMANAS)

Gestación controlada

Si nos encontramos ante una gestación controlada, ésta será intrauterina, excepción hecha con la gestación heterotópica.

Para filiar el origen del sangrado hay que tener en cuenta que:

- Es necesario explorar los genitales externos para descartar un sangrado vulvar.
- Las lesiones vaginales habitualmente requieren sutura.
- Los sangrados cervicales tienen diversos orígenes:
- Ectopia propia del embarazo
- Cervicitis
- Intracavitario: amenaza de aborto o aborto en curso. El diagnóstico diferencial se establece mediante el tacto vaginal. Si el cuello es permeable es un aborto en curso.

Aborto

El tratamiento es la evacuación uterina, que puede realizarse de diversas maneras.

Tratamiento:

- Expectante: el resultado del tratamiento expectante es variable dependiendo de las características del aborto, siendo muy alta la eficacia en los casos en los que los restos son <50 mm o en abortos incompletos (eficacia del 94%). Este manejo ha supuesto una reducción en la infección pélvica clínica (respecto al manejo quirúrgico) y sin efectos en la fertilidad.
- Médico: las tasas de eficacia varían del 13 al 96% dependiendo del tamaño del saco y del tipo de aborto. Las mayores tasas de éxito se asociaron a abortos incompletos, a la administración de altas dosis de misoprostol (1.200-1.400 µg) y a la administración por vía vaginal. En abortos diferidos los regímenes efectivos incluyen una mayor dosis de prostaglandinas con una duración mayor. Se ha identificado una reducción del riesgo de infección pélvica respecto del empleo del legrado. Se puede seguir la pauta de tratamiento de forma ambulatoria.
- Legrado: se debe proceder a la evacuación quirúrgica en condiciones de sangrado excesivo persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado y sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.
- La evacuación uterina debe realizarse mediante legrado por aspiración ya que aporta una pérdida hemática menor, menos dolor, y una duración de la intervención más corta que el legrado mediante curetaje. Si se sospecha infección se recomienda el retraso de la intervención durante 12 horas para permitir la administración de una pauta antibiótica. La administración de prostaglandinas antes del aborto

quirúrgico está bien establecida, con disminución significativa de la fuerza de dilatación, sangrado y trauma cervical/uterino.

- Si hay una retención duradera el aborto puede complicarse con una coagulopatía o una infección.

Amenaza de aborto

El tratamiento es expectante. Se recomienda reposo, según el cuadro clínico con o sin ingreso hospitalario. Se comprobará evolución clínica y viabilidad mediante ecografía los que no progresen a aborto.

Las gestaciones con aborto diferido han de evacuarse mediante cualquiera de las pautas anteriores.

Gestación no controlada

Si el embarazo no ha sido controlado se debe establecer la localización del mismo.

Una de las entidades que precisa introducirse en el diagnóstico es la gestación ectópica.

La orientación clínica la estableceremos con la edad gestacional, las características del dolor y la cantidad del sangrado, la presencia o ausencia de dolor abdominal asociado. Si la paciente presenta un abdomen quirúrgico, la orientación clínica es suficiente para justificar un tratamiento quirúrgico.

Habitualmente la confirmación se realiza mediante ecografía. Si quedan dudas el estudio se completa con β -HCG seriadas en suero. Las pacientes con Rh negativo deben tratarse con 300 mg de gammaglobulina anti-D.

5.4.- RECOMENDACIONES

Entendimos que el primer paso para este cambio, era el análisis de los factores de riesgo, que, aunque algunos son conocidos, quisimos poner en evidencia cuales eran los que presentaban clara relación estadística con esta población en particular.

Como en todo estudio retrospectivo, hubo datos que faltaron o que no estuvieron del todo claros, por eso creemos que uno de los pasos inmediatos a seguir es realizar un cambio en la elaboración de Historias Clínicas o en los métodos de recolección de datos, comenzando desde el primer nivel atención. Para poder realizar un seguimiento más estrecho de las pacientes, y detectar, si es que existen, otros factores de riesgo.

Estos cambios, aunque pequeños, comprometen tanto a obstetras como a médicos, generales, clínicos, y también a personal no médico que realiza actividad de salud por ejemplo educadores y promotores de salud , abarcando, como ya se dijo, todos los niveles de atención (prevención primaria, secundaria y terciaria).

Cuando hablamos sobre poner manos a la obra, queremos dejar en claro que es tanto reconocer nuestras obligaciones profesionales, como también el derecho a reclamar al estado ecuatoriano, políticas de salud y recursos que garanticen un óptimo accionar.

Acciones de atención primaria de salud como el control prenatal tiene influencia profunda en amenaza de aborto, por lo que deberían potencializarse tanto en el ámbito de las Facultades de Ciencias de la Salud como a nivel de las Unidades Operativas.

Ello obliga a retomar los programas preventivos básicos, como son estimular la educación general, avanzar en la orientación sexual y responsabilidad paterna oportuna, y aumentar la cobertura y calidad de un control prenatal precoz. Muchas de estas responsabilidades están en el sector salud, pero otras son responsabilidad de los organismos oficiales, debemos también incluir a las pacientes como miembros de una comunidad que desea un futuro mejor.

Se debe tener en cuenta que incluso las mejores estrategias pronosticas, si no están al alcance de toda la población en riesgo ni insertas en un proceso racional de diagnóstico y tratamiento, ofrecen malos resultados a la salud de la población.

Propongo para dicho objetivo la implementación del fichero cronológico de embarazos, confeccionado por quincenas, en cada centro de salud. Donde, luego de categorizar los embarazos en alto, moderado y bajo riesgo, se coloque cada cartilla según número mínimo de controles necesarios para el seguimiento adecuado, a partir del mismo y en conjunto con el promotor de salud, se cite a las pacientes que no hayan cumplido con la visita médica respectiva.

Con respecto a los embarazos de alto riesgo, cuyo seguimiento exclusivo se realiza desde el Hospital José Martín Icaza, establecer un sistema de referencia-contrarreferencia eficaz, que incluya la agilización de turnos.

CAPITULO VI

6.- BIBLIOGRAFÍA

6.1.- BIBLIOGRAFÍA.

1. OMS. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos, 2007. GOLDENBERG, R. The management of preterm labor. *Obstetric and Gynecology*. (25):1020- 1037. Enero 2003 <http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm> 2009 04 OPS. Ecuador Salud en las Américas: países, 2007. (2):299-316.
2. CARRILLO, Carlos y WONG, Fernando. Factores Asociados al Embarazo Pretérmino a Nivel del Mar y la Altura. Instituto de Investigaciones de la Altura Universidad Cayetano Heredia. *Acta Andina*. 3(1):19 – 28. Abril 2004.
3. ESPINOZA, Jimmy. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. (54):15-21. Enero 2008
4. YÁNEZ, Nery. Perfiles Epidemiológicos de la Madre de Recién Nacido Prematuro en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*: 12- 16. Septiembre 1998
5. VILLANUEVA, Luis, et al. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. *Ginecología Obstetricia de México*. 76(9): 542-548. Septiembre 2008 <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/Ginecol-542-8.pdf> 2009 04 13
6. MANRIQUE, Riscarle; RIVERO, Airlen y ORTUNIO, Magaly. Parto Pretérmino en Adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de*

Venezuela. 68(3):141-143. Septiembre 2008
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script> 2009 04 13

8. USANDIZAGA, J y DE LA FUENTE, P. Tratado de Obstetricia Y Ginecología. 2 ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2004. pp. 341- 374
9. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica de Prevención Del Parto Prematuro. Santiago de Chile: MSP, 2005. pp. 1- 35
10. LATERRA, Cristina; ANDINA, Elsa y DI MARCO, Ingrid. Guía de Prácticas Clínicas Amenaza de Parto Prematuro. División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires-Argentina. 22(1):28-43. Enero 2003 <http://www.bertha.gob.ni/> biblioteca/perinatologia/ amenaza pretermino. pdf 106 2009 09 01
11. CALDERÓN, Juvenal, et al. Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pretérmino (artículo de revisión) <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/40BDF015-9DB5/Factoresriesgomaterno.pdf> 2009 04 28
12. ROJAS, Lino; ROJAS, Julio y CRUZ, Blanca. Fundamentos de Manejo del Embarazo de Alto Riesgo. Riobamba-Ecuador: Edipcentro, 1998. pp. 9- 20
13. OLMOS, Carlos, et al. Insuficiencia Istmicocervical y Cerclaje. Departamento de Obstetricia Ginecología Hospital Materno Infantil 12 de Octubre. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002. España. 3(3):122-128, 2002 http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2002_3/gi-3-3-003.pdf 2009 09 02
14. Obstetricia Ginecología y Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. Revista Médica de Honduras. (50):8-15. 1992. (Trabajo Colaborativo con el Centro
15. Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano)
16. OCHOA, Anabel, et al. Amenaza de Parto Prematuro: rotura prematura de membranas, corioamnionitis Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Virgen del Camino. Sistema Sanitario Navarra, España .

(32):105-119. Enero 2009
<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6259/5046> 2009 06
07

17. ROMO, Pedro. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en Pacientes que Presentaron Amenaza de Parto Pretérmino. Marzo 2007. Tesis especialista en Ginecología y Obstetricia. Colombia. Universidad de Colima. Facultad de Medicina. Enero 2008 (36) FANEITE, Pedro, et al. Amenaza de Parto Prematuro e Infección Urinaria. Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 66 (1):1-6. Marzo 2006
18. SAMARTINO, Alfredo, et al. Parto Prematuro: factores y marcadores de riesgo. Hospital Sub Zonal A. Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina. Periodo 1996- 2001 (trabajo inédito)
19. FLOR, Mérida. Determinación de Interleucina 6 Sérica y su Relación con la Resultante Neonatal en Pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino. Hospital Gineco-obstétrico 111 Enrique Sotomayor de Guayaquil- Ecuador (Presentación en formato ppt) <http://www.ginecoguayas.com> 2009 06 07
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia: Diagnosis and Management. Green Top Guideline No. 27 London: RCOG, 2001.
21. Morrison JJ, Renie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynaecol 1995; 102: 101-106.
22. Chervenak FA, Lee Y, Hendler JA, Monoson RF, Berkowitz RL. Role of attempted vaginal delivery in the management of placenta previa. Obstet Gynecol 1984; 64: 798-781.
23. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol 1997; 89: 671-673.

CAPITULO VII

7.- ANEXOS

7.1 FOTOS



Examen de embarazada primer trimestre con aborto diferido



Examen ginecológico