



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**TEMA O PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
OBSTETRIZ/OBSTETRA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

TEMA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DE LA PRIMERA
MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, NOVIEMBRE 2023 - ABRIL
2024**

AUTORAS

KAREN YEILEN CHAMBER BARRERA

ANGIE MAOLY PLAZA SANTOS

TUTORA

OBST. ANA MARIA PASOS BAÑO, PHD.

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2024

Contenido

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	4
TEMA	1
RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I.....	6
1. PROBLEMA.....	6
1.1 MARCO CONTEXTUAL.....	6
1.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL.....	6
1.1.2 Contexto nacional.....	6
1.1.3 Contexto regional.....	7
1.1.4 Contexto institucional.....	7
1.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	7
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.3.1 Problema general.....	9
1.3.2 Problemas derivados.....	10
1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4.1 Delimitación universal.....	10
1.4.2 Delimitación espacial.....	10
1.4.3 Delimitación temporal.....	10
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.6 OBJETIVOS.....	11
1.6.1 Objetivo general.....	11
1.6.2 Objetivos específicos.....	11
CAPITULO II.....	12
2. MARCO TEORICO.....	12
2.1 MARCO TEÓRICO.....	12
2.1.1 Marco conceptual.....	33
2.1.2 Antecedentes investigativos.....	43
2.2 HIPÓTESIS.....	46
2.2.1 Hipótesis general.....	46
2.3 VARIABLES.....	46
2.3.1 Variables independientes.....	46
2.3.2 Variables dependientes.....	46
2.3.3 Operacionalización de variables.....	46
CAPITULO III.....	48
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	48
3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
3.4.1 TÉCNICAS:	48
3.4.2 INSTRUMENTO:	49

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	49
3.5.1 POBLACIÓN:.....	49
3.5.2 MUESTRA:.....	49
3.6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO	52
3.7 RECURSOS	1
3.7.1 RECURSOS HUMANOS	1
3.7.2 RECURSOS ECONÓMICOS	1
3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	1
3.8.1 BASE DE DATOS.....	1
3.8.2 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	2
CAPITULO IV.....	2
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
4.1 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	2
4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	10
4.3 CONCLUSIONES.....	12
4.4 RECOMENDACIONES	13
CAPITULO V.....	14
5 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	14
5.1 TÍTULO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN	14
5.2 ANTECEDENTES.....	14
5.3 JUSTIFICACIÓN	15
5.4 OBJETIVOS	16
5.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
5.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	16
5.5 ASPECTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN.....	16
5.5.1 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA	16
5.5.2 COMPONENTES.....	17
5.6 RESULTADOS ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN.....	18
5.6.1 ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.....	18
BIBLIOGRAFÍA	21

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación principalmente a Dios por ser mi guía en cada proceso en instante de mi vida y brindarme la fuerza para perseverar en este logro.

A mi hijo Noah, que llegó a mi vida a ser mi motivo y fortaleza para cumplir mis metas anheladas y ser un ejemplo a seguir.

A mis queridos padres; Sara Santos y Ángel Plaza que me brindaron su apoyo incondicional en estos 5 años para así poder realizar mi sueño de ser Obstetriz.

A mi mejor amiga Shirley Jiménez que ha estado presente en cada uno de mis procesos, de igual manera se los dedico a mis hermanos que me han alentado en cada paso que doy.

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por permitirme culminar una de mis etapas anheladas, por brindarme la fuerza y sabiduría a lo largo de este camino

Agradezco a mis docentes, quienes con paciencia y dedicación compartieron sus conocimientos y enseñanzas para forjarme una profesional de bien.

Finalmente, mi reconocimiento a mi compañera de proyecto Karen Chamber, mi tutora de tesis por su invaluable contribución en este viaje académico.

Angie Maoly Plaza Santos.

DEDICATORIA

Con todo mi corazón a Dios, a mis padres Alexandra y Stalin, mis seres más queridos, aquellas personas que han sido mi motor en el día a día.

A mi mejor amiga Noemi y mis amigos Vero, Lisbeth, Manuel, Cristoffer que fueron parte fundamental del camino hacia la excelencia.

A mi pareja Gustavo que me ha respaldado a cumplir mis sueños.

Cada uno de ellos fue elemental en esta travesía universitaria. Gracias por quererme este trabajo de investigación es de ustedes.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Babahoyo por el ser alma mater de mis conocimientos, mis docentes que compartieron sus conocimientos con amabilidad y disciplina, a mi tutora de tesis la Dra. Ana Pasos Baños que ha estado presente en cada paso y por último pero más importante mi compañera de tesis Angie Plaza por su reconocible labor.

Gracias infinitas a todos.

Karen Yeilen Chamber Barrera.

TEMA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DE LA PRIMERA
MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, NOVIEMBRE 2023 - ABRIL
2024

RESUMEN

En Ecuador cerca del 12,47% de gestantes experimenta alguna complicación como sangrado vaginal relacionada a la primera mitad del embarazo, y suele concluir con un aborto. Con visibles factores de riesgo que pueden asociarse en mayor o menor medida al resultado obstétrico y al riesgo de desarrollar una hemorragia.

Objetivo: Establecer los factores de riesgo asociados a hemorragias de primera mitad del embarazo, en gestantes atendidas en el hospital general Liborio Panchana Sotomayor. Noviembre 2023 - Abril 2024.

Metodología: Descriptiva, observacional, cuali - cuantitativa, transversal no experimental.

Unidad de Análisis: Historia clínica. Instrumento: Hoja de datos en Excel con las variables de estudio, muestra representada por n= 237 gestantes atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, con diagnóstico de hemorragia en la primera mitad del embarazo.

Resultados: El 40% de las gestantes pertenecen al grupo etario de 20 -26 años, 94% son ecuatorianas, 51% estado civil soltera, 64% nivel educativo secundario, 98% de las gestantes se considera mestiza, 66% es de procedencia urbana, 52% de las gestantes con una edad gestacional de 5 – 9 semanas, 29% poseen una paridad de 2 a 3 gestas y un 61% las gestantes no presento ningún control prenatal.

Conclusión: Fortalecer los programas de educación y acceso a servicios de salud materna, con especial atención a las mujeres jóvenes, solteras y con menor nivel educativo. Además, es imperativo mejorar la captación temprana y la adherencia al control prenatal para reducir la incidencia de hemorragias y sus complicaciones asociadas.

Palabras claves: Factores De Riesgo – Hemorragias De La Primera Mitad – Factores Sociodemográficos – Factores De Riesgo Obstétrico.

ABSTRACT

In Ecuador, about 12.47% of pregnant women experience some complication such as vaginal bleeding related to the first half of pregnancy, and it usually ends with an abortion. With visible risk factors that may be associated to a greater or lesser extent with the obstetric outcome and the risk of developing hemorrhage.

Objective: To establish the risk factors associated with hemorrhages in the first half of pregnancy in pregnant women treated at the Liborio Panchana Sotomayor general hospital. November 2023 - April 2024.

Methodology: Descriptive, observational, quali-quantitative, non-experimental transversal.

Analysis: The clinical history. Instrument: Excel data sheet with the study variables, the sample was 237 pregnant women who were treated at the Liborio Panchana Sotomayor General Hospital, with a diagnosis of hemorrhage in the first half of pregnancy.

Results: 40% of the pregnant women belong to the age group of 20-26 years, 94% are Ecuadorian, 51% are single, 64% have secondary educational level, 98% of the pregnant women consider themselves mestizo, 66% are from urban origins. , 52% of pregnant women have a gestational age of 5 – 9 weeks, 29% have a parity of 2 to 3 pregnancies and 61% of pregnant women do not have any prenatal control.

Conclusion: Strengthen education programs and access to maternal health services, with special attention to young, single women with a lower educational level. Furthermore, it is imperative to improve early uptake and adherence to prenatal care to reduce the incidence of hemorrhage and its associated complications.

Introducción

Una cuarta parte de las mujeres embarazadas experimenta sangrado vaginal, que es la complicación más común durante el embarazo. Normalmente ocurre durante la primera mitad del embarazo, y suele concluir con un aborto. Por lo tanto, incluso si ocurre con frecuencia, el sangrado al comienzo del embarazo se considera patológico y debe investigarse.

El objetivo de esta investigación es identificar los factores de riesgo relacionados con las hemorragias en la primera mitad del embarazo, comprender su función, frecuencia y relación, y prever posibles complicaciones en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. El 20% de los embarazos tienen complicaciones en la primera mitad del embarazo debido a la amenaza de aborto, y aproximadamente el 50% de los embarazos terminan en aborto. Se considera una complicación grave durante el embarazo con una frecuencia del 15% en los países europeos. Es una complicación significativa durante la primera mitad del embarazo porque puede provocar anemia, infección, aborto espontáneo y hemorragia posparto.

El método utilizado durante la investigación es descriptivo de modalidad cuali-cuantitativa transversal de tipo observacional no experimental. El proyecto de investigación se basa en una revisión bibliográfica sobre investigaciones publicadas en revistas indexadas y datos estadísticos actualizados. El estudio incluyó todos los pacientes que fueron atendidos en el área de ginecología y obstetricia del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor en el periodo noviembre 2023 - abril 2024. La técnica de recolección de datos es la observación y el instrumento es una hoja de datos de Excel con las variables de estudio los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

Una vez realizado el estudio se obtuvo como resultados que los factores sociodemográficos, el 40% de las gestantes pertenecen al grupo etareo entre 20 - 26 años teniendo así una similitud con la representación de los otros casos

investigativos, el 94% de las gestantes son ecuatorianas, el 51% su estado civil es soltera dando así diferencia notable ya que en el antecedente investigativo se expone a las gestantes en estado civil de conviviente, el 64% presenta un nivel educativo secundario que en comparación a los tres antecedentes de estudio este coincide con dos de ellos, el 98% mestiza, 66% de procedencia urbana a diferencia de los casos ya expuestos, continuando con los factores de riesgo obstétricos, el 52% de las gestantes coincidían con una edad gestacional de 5 – 9 semanas cuando presentaron la hemorragia, un 29% poseen una paridad de 2 a 3 gestas lo cual coincide con el antecedente investigativo, por ultimo con un 61% las gestantes no presento ningún control prenatal al momento de acercarse al área gineco obstétrica.

En relación con los factores de riesgo obstétricos como: la edad gestacional el 52% de las hemorragias ocurrió entre las 5 y 9 semanas de gestación, lo que es coherente con la literatura existente, que identifica este período como crítico para la aparición de complicaciones tempranas. El 29% de las gestantes tenía una paridad de 2 a 3 gestas, coincidiendo con investigaciones anteriores que sugieren un mayor riesgo de hemorragia en mujeres con múltiples embarazos previos. Un 61% de las gestantes no había recibido control prenatal antes de presentar la hemorragia. Este dato subraya la necesidad urgente de mejorar el acceso y la adherencia al cuidado prenatal, como medida preventiva crucial.

Se recomienda fortalecer los programas de educación y acceso a servicios de salud materna, con especial atención a las mujeres jóvenes, solteras y con menor nivel educativo. Además, es imperativo mejorar la captación temprana y la adherencia al control prenatal para reducir la incidencia de hemorragias y sus complicaciones asociadas. Ya que se presentaron limitaciones en cuanto a los factores sociodemográficos. También, se debe tener en cuenta que una de las principales barreras hacia el caso investigativo fue la falta de información social como conocer datos del número de convivientes en el hogar, el número de hijos, ocupación, esto podría influir en el riesgo de presentar recurrencia de la hemorragia.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco contextual.

1.1.1 Contexto internacional.

En América Latina, según un análisis de expedientes clínicos perinatales en la base de datos regional del Sistema de Información Perinatal de la Organización Panamericana de la Salud, el 52,7% de las pacientes experimentaron sangrado en los primeros tres meses de embarazo. La tasa fue del 7,8 % en el mes 1 de embarazo, del 12,9% en el segundo trimestre y del 26,4 % durante el posparto. (Torres & Urrego, 2022)

Se deben investigar varias causas del aborto si hay sangrado vaginal dentro de la primera mitad del embarazo. Una amenaza de aborto espontáneo o aborto en curso, un aborto incompleto, un aborto completo, un aborto tardío o un huevo vacío son las causas más comunes. El embarazo ectópico es el más peligroso. También puede ser una de las causas la enfermedad del trofoblastica gestacional. Las causas adicionales incluyen: Sangrados no obstétricos como pólipos, cervicitis, vaginitis, traumatismos, cistitis y hemorroides.

(Espinoza, Garnier, & Pizarro, 2021) Resultancias: Los embarazos ectópicos eran más comunes entre las mujeres blancas. Tenían entre los 25 y los 34 años. Tenían enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tres o más abortos, infertilidad, embarazo ectópico, inicio temprano de la vida sexual, varias parejas sexuales y uso de dispositivos anticonceptivos.

1.1.2 Contexto nacional.

A pesar de los esfuerzos por reducir la salud pública, la mortalidad materna (MM) sigue siendo un problema en nuestro país. Se reportaron un total de 309 muertes maternas directas e indirectas, según el análisis epidemiológico de la semana 52 (SE) de 2022. reducción del 15,6% en comparación con el mismo período de 2021.

El 59,1% de las muertes maternas directas fueron causadas por hemorragias, mientras que el 18,5% fueron causadas por hipertensión gestacional y el 5,1% fueron causadas por aborto y sus complicaciones. (MSP, 2022)

1.1.3 Contexto regional.

En la zona costera de la provincia de Santa Elena, se destaca que (REYES, 2022) llevó a cabo un estudio en Ecuador sobre la "Factores de riesgo materno que inciden en la amenaza de aborto en gestantes. Hospital Básico Manglaralto". Resultados: el 46 % tenía una mayor frecuencia entre los 20 y 25 años, el 69 % de las gestantes no tenían antecedentes médicos previos y el 70 % de los embarazos terminaron en un aborto antes de las 12 semanas. Sus hallazgos muestran que los abortos se reportan con frecuencia dentro de las primeras 20 semanas de vida, que los problemas ginecológicos previos no son un factor de riesgo para el aborto y que los investigadores investigan otros factores que pueden conducir al aborto.

1.1.4 Contexto institucional.

Por lo descrito en los anteriores contextos, se presentó el interés en realizar una investigación sobre el problema planteado, es decir: ¿Cuáles son los factores de riesgo de hemorragias de la primera mitad del embarazo?; dentro del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor existe un alto índice de hemorragias obstétricas en el área de emergencia, la población de la provincia de Santa Elena, presenta diversos factores de riesgo a la hora de la apertura de la libreta gestacional según el dispensario de riesgos obstétricos otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

1.2 Situación problemática.

La emergencia ginecológica y obstétrica más frecuente durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre, es el sangrado vaginal. El 15% al 25% de todos los embarazos se ven afectados, y aproximadamente la mitad de ellos parecen terminar en aborto o tienen un alto riesgo de desarrollar complicaciones maternas y fetales, incluido el parto prematuro. Aunque esto es común, debe tratarse y considerarse patológico.

En muchos países, la tasa de nacimientos prematuros está aumentando en 15 bebés por año. Millones de bebés nacen antes de tiempo, y alrededor del 11% de estos bebés nacen por cesáreas de emergencia.

Sin embargo, aunque ha sido la principal causa de muerte de recién nacidos en todo el mundo durante al menos diez años, ahora es la principal causa de muerte

de niños de hasta cinco años y representa el 75% de las muertes perinatales, excluidas las malformaciones congénitas.

El nacimiento prematuro causa el 50% de las anomalías neurológicas y las muertes infantiles. Por lo tanto, la investigación sobre el sangrado es crucial durante la primera mitad del embarazo.

Para predecir posibles complicaciones y una mejor atención para la madre y el recién nacido, podemos conocer el papel, la frecuencia y las circunstancias del sangrado, lo que reduce la morbilidad y la mortalidad. Establecer pautas de atención integral es nuestro objetivo para beneficiar a todas las mujeres embarazadas. Los capacitaremos para brindar un mejor servicio en tales situaciones.

1.3 Planteamiento del problema.

Muchas pueden ser las causas de una hemorragia obstétrica dentro de la primera mitad de la gestación, entre ellas se podría mencionar aquellas que se encuentran asociadas a factores sociodemográficos (edad, anticoncepción, acceso al control prenatal, semanas de gestación, anemia, infecciones genitourinarias), factores de riesgo obstétrico (recurrencia del aborto, malformación uterina, factores educativos (nivel de educación, nutrición durante la gestación, higiene).

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2024), 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto cada día. Las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión arterial durante el embarazo, las complicaciones del parto y la inseguridad son las principales causas de muerte. aborto.

La investigación es de gran importancia porque los profesionales que brindan atención a los pacientes con esta condición utilizarán los hallazgos de la investigación. Considerando que una de las principales razones por las que las pacientes acuden al servicio de emergencia es el sangrado durante los primeros tres meses de embarazo. La utilidad práctica y teórica de este estudio es ayudar a identificar los factores de riesgo de hemorragias en la primera mitad del embarazo, lo que permitirá un diagnóstico y tratamiento oportunos, reduciendo el riesgo y posiblemente mejorando la calidad de la atención en enfermedades. Esta instalación reduce la morbilidad y la mortalidad materna perinatal debido a los usuarios.

Esta condición constituye un problema de salud por razón de su alta tasa de morbimortalidad materna. Los países con bajos ingresos presentan una mayor afectación, ya que su tasa de mortalidad materna es de 1 de cada 45 mujeres, a diferencia de los países con altos ingresos, cuya tasa es de 1 de cada 5400 mujeres (Okonji-Nzopotam, 2023, pág. 88). De hecho, se ha definido como la primera causa de muerte materna a nivel mundial a la hemorragia obstétrica, donde se estima que el 50% de todas las muertes son por esta causa, lo que corresponde aproximadamente a 530.000 muertes al año (Sánchez-Macías, 2022 , pág. 25).

Según el informe del año 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se registran que aproximadamente el 27% de las hemorragias que se presentan en el primer trimestre resultan letales, además, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) junto con la OMS, registran cifras importantes donde se estima que el 75% de las muertes son provocadas en el primer trimestre (Regalado-Proaño, 2020 , pág. 22).

En Ecuador existen 90.603 pacientes, las complicaciones hemorrágicas representan la tercera causa de comorbilidad materna, conforme a la gaceta epidemiológica de muerte materna hasta la semana epidemiológica 48 del año 2022 se informan 112 muertes maternas (MM); en donde el 85,45% representan a las MM, dentro los primeros 42 días de puerperio y el 14,55% son MM tardías o sea las que se manifiestan después los 42 días de su puerperio. Las provincias del Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Los Ríos denotan mayor número de defunciones maternas. Las causas de MM se encabezan por la hipertensión arterial, siguiendo a la misma las hemorragias obstétricas, embarazos que culminan en abortos y las causas indirectas (MSP, 2022, pág. 09).

En las gestantes atendidas en el hospital general Liborio Panchana Sotomayor, enero – diciembre 2023, es común observar complicaciones de hemorragia en la primera mitad del embarazo, causado sea por aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica. La gestación en mujeres mayores o iguales a 35 años y en adolescentes.

1.3.1 Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a hemorragias de primera mitad del embarazo, presentes en gestantes atendidas en el hospital general Liborio Panchana Sotomayor noviembre 2023 - abril 2024?

1.3.2 Problemas derivados

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la Hemorragias de primera mitad del embarazo?
- ¿Qué factores de riesgo obstétrico se asocian a Hemorragias de primera mitad del embarazo?

1.4 Delimitación de la investigación.

1.4.1 Delimitación universal.

El proyecto de investigación se realizó con las pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, con un total de muestra finita 337 gestantes.

1.4.2 Delimitación espacial.

El estudio se limitará en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, de la provincia de Santa Elena, del cantón Santa Elena.

1.4.3 Delimitación temporal.

El proyecto de investigación es realizado en el periodo noviembre 2023 – abril 2024.

1.5 Justificación.

En Ecuador cerca del 12,47% de gestantes sufre de alguna complicación relacionada a la gestación durante la primera mitad. Con visibles factores de riesgo como: la edad, la paridad, la procedencia sea del área urbana o rural, tipo de vivienda, estado civil conviviente, religión, el nivel de instrucción, la ocupación, ingresos económicos, el número de integrantes de la familia, la edad gestacional, atenciones prenatales, cada uno de los factores ya mencionados pueden asociarse en mayor o menor medida al resultado obstétrico y al riesgo de desarrollar una hemorragia dentro de la primera mitad.

Hay que considerar que mientras más temprano se presente el riesgo reproductivo incrementa, afectando la fertilidad de las usuarias. Es importante identificar estos factores ya que la mayoría de ellos son evitables.

Promover la atención preconcepcional se tornaría un punto importante para prevenir la recurrencia de hemorragias de primera mitad de la gestación y mejorar la capacidad reproductiva de las usuarias, optimizando la salud sexual y

reproductiva, además de la salud mental materna ya que no solo es la hemorragia como tal sino lo que significa la pérdida de los productos de la concepción si esta era deseada o no y la percepción materna después de este evento obstétrico.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Establecer los factores de riesgo asociados a hemorragias de primera mitad del embarazo, en gestantes atendidas en el hospital general Liborio Panchana Sotomayor. Noviembre 2023 - abril 2024.

1.6.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la Hemorragias de primera mitad del embarazo
- Determinar los factores de riesgo obstétrico asociados a la Hemorragias de primera mitad del embarazo

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.

2.1 Marco teórico.

Factores de Riesgo:

➤ Edad Materna:

Adolescentes:

Las adolescentes tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, incluida la hemorragia. En los siguientes casos, la educación sexual es útil para prevenir el embarazo adolescente:

- Advierte sobre los riesgos y efectos del consumo propio de drogas y alcohol, como la desinhibición, la falta de reflejos y la impulsividad.
- La presión social y la idealización del embarazo adolescente como una forma de obtener la aceptación de los amigos y compañeros de clase.
- La falta de educación sexual adecuada, la falta de atención de los padres o la negativa a hablar abiertamente y naturalmente sobre estos temas, y la falta de información.

Es crucial destacar los efectos y riesgos del embarazo en la adolescencia después de comprender las principales causas. (Organización Mundial de la Salud, 2024) dio las palabras que resumen la mayor parte del problema. La adolescencia es el período de la vida en el que las personas desarrollan habilidades reproductivas, experimentan un cambio de los patrones psicológicos de la infancia a los de la edad adulta y establecen su propia independencia socioeconómica.

Esta situación se deteriora en la primera mitad del embarazo, pero no es lo peor; cuanto más joven es la madre, más peligrosa es esta situación, que incluye desnutrición, parto prematuro, niños con discapacidades y malformaciones.

- Riesgos asociados con preeclampsia y eclampsia.
- Riesgo de desarrollar una fístula obstétrica.
- La muerte materna es alta.
- Complicaciones como la sepsis y la hemorragia después del aborto.

Dado que las complicaciones durante el embarazo y el parto se consideran la principal causa de muerte en las mujeres adolescentes, aumentan el riesgo de

muerte en comparación con las mujeres adultas, la salud materna es un tema muy importante. (Figuroa Oliva, Negrin Garcia, & Garcell Fernández, 2021)

Factores individuales.

- Necesidad de afirmar la feminidad.
- Conducta de franca oposición y rebeldía, cumpliendo de esta manera fuertes deseos de venganza hacia los padres a quienes se los vive como represores.
- La visión de un hijo como la forma mágica de salir de la adolescencia y entrar al mundo adulto con algo propio.
- Garantizar la unión de la pareja.
- Identificar al embarazo como proyecto de vida.
- Dificultad para planear proyectos a largo plazo.

Factores psicosociales

- Alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar.
- Bajo nivel educativo.
- Migraciones recientes con pérdida de vínculos familiares.
- Pobreza.
- Aumento del consumo de alcohol y o drogas, que facilitan las relaciones sexuales sin protección.

Factores biológicos

- Menarca temprana con iniciación precoz de relaciones sexuales.
- Relaciones sexuales sin protección adecuada.
- Abuso sexual.

(Castañeda & Santa, 2021)

Edad Avanzada:

Por tanto, el parto a mayor edad se ha convertido en un fenómeno social y su importancia en el tratamiento ginecológico es cada vez mayor. Cada vez más mujeres buscan asesoramiento profesional. Esto es muy importante para evitar los riesgos asociados a este parto en mujer añosa.

Entre los 35 y los 40 años, tanto el feto como la madre tienen más probabilidades de tener problemas de salud durante y después del embarazo.

- **Mayor riesgo de aborto**
 - El 35% tiene entre 40 y 45 años.

- 45% más de 45 años.

La enfermedad es causada principalmente por errores en la división de los cromosomas del óvulo (meiosis). Sin embargo, los fibromas uterinos, la esclerosis y la avanzada edad del padre también son causas. (Flores, y otros, 2023)

- **Mayor riesgo de síndromes genéticos como el síndrome de Down**

- A los 40 años, en 1 de cada 105 embarazos, el feto tendrá síndrome de Down.
- A los 44 años, 1 de cada 35 embriones.
- A los 49 años, 1 de cada 12 embriones.

Sin embargo, los expertos realizan pruebas para diagnosticar este cambio antes del nacimiento. Los ejemplos incluyen pruebas de detección del primer trimestre, biopsia de vellosidades coriónicas, amniocentesis y pruebas cromosómicas de la sangre de la madre. (Flores, y otros, 2023)

- **Mayor riesgo de diabetes y presión arterial alta.**

Durante el embarazo se puede desarrollar diabetes y presión arterial alta, pero se recomienda realizar una prueba exhaustiva antes de quedar embarazada. El objetivo es diagnosticar y tratar estas afecciones y evitar que empeoren durante el embarazo. (Flores, y otros, 2023)

- **Mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.**

No hay evidencia científica suficiente que confirme que el embarazo a mayor edad aumenta el número de partos prematuros o afecta el peso del bebé al nacer. (Flores, y otros, 2023)

- **Altas tasas de inducción del parto y cesáreas**

Complicaciones como la preeclampsia y el bajo peso fetal aumentan la tasa de inducción del parto en embarazos posteriores. Por otro lado, el aumento de las anomalías en la posición fetal, el sufrimiento fetal y la placenta previa aumentan el riesgo de cesárea.

- La tolerancia al trabajo es menor,
- Reduce la contractilidad del miometrio. (Sutil, pero lo suficientemente importante)
- Disminución de la flexibilidad articular en mujeres primíparas después de los 40 años. Aumento de las tasas de mortalidad neonatal y perinatal

El mayor riesgo de sufrir ambas situaciones suele estar asociado no a la edad de la mujer, sino a otros factores que dificultan la concepción.

(Vaquero, González, Pazmiño, Duque, & Cherrez, 2022)

➤ **Historia Obstétrica:**

Los objetivos de la anamnesis en ginecología y obstetricia son diferentes a los de otras especialidades médicas:

- Para pacientes asintomáticos, el objetivo principal es identificar los factores de riesgo del paciente y determinar las pruebas complementarias necesarias para controlarlos.
- Para las pacientes embarazadas, determinar si tienen un embarazo de alto o bajo riesgo es el objetivo más importante a considerar.
- Para los pacientes sintomáticos el objetivo es el mismo que en otras especialidades: establecer un diagnóstico y determinar el tratamiento.

(Ministerio de Salud Pública, 2019)

Antecedentes:

Primero, comencemos con la historia ginecológica:

- Edad de la menarquia
- Última fecha menstrual
- Datos de fertilidad: embarazo, aborto, nacimiento. El número de días del ciclo menstrual y la posibilidad de irregularidades.
- Enfermedades ginecológicas
- Enfermedades de transmisión sexual
- Métodos anticonceptivos anteriores y actuales. Se debe informar si la paciente tuvo hijos, edad gestacional, vía de parto y si se utilizaron instrumentos para el parto.

Además, también debes incluir otra información general como:

- Tipo de sangre
- Enfermedad
- Enfermedad genética
- Alergia
- Tratamiento farmacológico actual
- Cirugía (especialmente en el área abdominal o pélvica)
- Ingestión de sustancias nocivas.
- Trabajo (para aquellas que están embarazadas o desean dar a luz)

- Hábitos alimenticios. (Artal, 2022)

Exploración física

Las pruebas básicas que se deben realizar a las pacientes ginecológicas y obstétricas e incluir en la historia ginecológica son:

- **Obstetricia**

- El peso de la madre
- La presión arterial del paciente
- Altura del útero desde la mitad del embarazo
- Maniobra de Leopold a partir de la semana 24. (Artal, 2022)

- **Ginecología**

1. *Examen mamario*: presencia de cicatrización axilar, decoloración, edema, nódulos, galactorrea o linfadenopatía.
2. *Examen abdominal*: Verifique la presencia de estrías, bultos, tumores y cicatrices.
3. *Examen ginecológico*: Aquí es importante explicar siempre a la paciente qué se debe hacer y por qué, ya que este tipo de examen será más fácil si la paciente está relajada. Un examen que utiliza un espéculo para buscar lesiones externas, cicatrices u otras deformidades externas o internas. (Gomez, 2023)

Aumentar la frecuencia de las pruebas de seguimiento.

Obstetricia

- *Ultrasonido*: Los fundamentos del diagnóstico prenatal. Se recomiendan al menos tres dosis a las 11, 18 y 32 semanas de embarazo.
- *Amniocentesis*: Diagnostica trastornos fetales durante el segundo trimestre. Ginecología
- *Citología cervical*: Para detectar infecciones y lesiones cervicales y conocer el estado hormonal del paciente. Colposcopia: para detectar lesiones en el cuello uterino
- *Biopsia ginecológica*: sólo cuando sea necesario diagnosticar una lesión o examinar el endometrio en la infertilidad. Ultrasonido: examina la inclinación del tejido. (Gomez, 2023)

➤ **Enfermedades Crónicas:**

Diabetes e Hipertensión:

La sensibilidad a la insulina periférica cambia dinámicamente durante el embarazo. Aumenta durante la implantación del embrión y comienza a disminuir durante el embarazo. La unidad feto placentaria que se forma durante las primeras semanas de embarazo es responsable de una disminución de los niveles de la hormona del crecimiento, lo que lleva a un aumento de la sensibilidad a la insulina. Posteriormente, comienzan a aumentar los niveles de lactógeno placentario sérico, hormona del crecimiento placentario, progesterona, cortisol, prolactina, etc., lo que contribuye a una disminución de la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina. (Sanhueza, 2010)

Muchos factores ambientales y genéticos influyen en la medida en que las madres pueden compensar adecuadamente el aumento de la resistencia a la insulina durante el embarazo. Aunque la sensibilidad a la insulina en los tejidos periféricos se reduce sólo ligeramente en la DMG en comparación con las madres embarazadas sin DMG, la secreción de insulina se reduce significativamente en las madres con DMG. Además de la alteración de la secreción de insulina, los niveles elevados de gluconeogénesis hepática contribuyen a los niveles elevados de glucosa en sangre observados en madres con DMG. (Sanhueza, 2010)

- **Diabetes tipo 2**

La DMG es a menudo un precursor de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Las mujeres con DMG tienen un riesgo 7 veces mayor de DM2 durante varios años en comparación con las mujeres con tolerancia normal a la glucosa (NGT) durante el embarazo. Estudios longitudinales que abarcan más de 10 años han demostrado que más del 25% de las mujeres embarazadas con DMG desarrollan DM2. Las mujeres con DMG, al igual que las mujeres predispuestas a la DM2, presentan resistencia a la insulina antes y después del embarazo. (Sanhueza, 2010)

- **Diabetes tipo 1**

La diabetes autoinmune también puede considerarse una etiología de la DMG. La prevalencia de marcadores autoinmunes de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) oscila entre el 0,98 y el 14,7% en mujeres con DMG. Este hecho puede predecir el desarrollo posterior de esta patología, pero no siempre ocurre. Como se describe en varios estudios, la positividad de los anticuerpos contra las células de los islotes no predice el desarrollo posterior de diabetes. (Sanhueza, 2010)

- **Otros factores**

Varios factores, como el origen étnico y la raza, pueden influir en el desarrollo de la DMG. También se ha descrito que el origen étnico en las poblaciones del sudeste asiático es un factor predictivo independiente de DMG, y que la DMG puede ser el resultado de interacciones entre factores genéticos y factores de riesgo externos. También se analizan los factores modificables y no modificables, como la edad, la obesidad, la dieta rica en grasas y otros factores no genéticos importantes. (Sanhueza, 2010)

HTA crónica.

Si se diagnostica que su presión arterial es superior a 140/90 antes de las 20 semanas de embarazo, o si su presión arterial alta se diagnostica por primera vez durante el embarazo y no mejora después del parto.

Preeclampsia - eclampsia.

- **HTA.** La aparición de una presión arterial superior a 140/90 o un aumento de la PAS superior a 30 mmHg, o una PAD superior a 15 mmHg o un aumento de la PAM superior a 20 mmHg, o un aumento de la PAM superior a 105 mmHg después de 20 semanas de gestación.
- **Proteinuria:** definida como 300 mg/día o más. La reducción de la osmolalidad capilar puede promover el desarrollo de edema.
- **Edema:** Definido como acumulación de líquido sistémico o aumento de peso de más de 2,27 kg/semana después de 12 horas de reposo completo. Aunque el edema es un hallazgo común, no es uno de los criterios diagnósticos. Las zonas oblicuas no suelen verse afectadas, pero sí las manos, la cara, las extremidades inferiores y la espalda (lo que dificulta la localización del espacio epidural). (Múnera, Muñoz, & Ibarra, 2021)

La preeclampsia se clasifica nuevamente en las siguientes categorías:

- Leve
- Severa (ocurre en aproximadamente el 5-10%).

La EP se define como grave si se presenta alguno de los siguientes síntomas:

- HTA grave (PAS >160 mmHg, PAD >110)
- Insuficiencia renal: proteinuria >5 g/24 horas, aumento de creatinina plasmática, oliguria <500 cc/24 horas

- Síntomas neurológicos: dolor de cabeza, cambios visuales o mentales. - Edema pulmonar agudo
- Retraso del crecimiento intrauterino u oligohidramnios
- Dolor en epigastrio o hipocondrio derecho (por estiramiento de la cápsula Glisson debido a edema hepático)
- Cambios en la función hepática.
- Trombocitopenia (probablemente como resultado de la adhesión de plaquetas colágeno expuesto en áreas de daño endotelial) (Múnera, Muñoz, & Ibarra, 2021)

Aunque la HTA se utiliza para definir la gravedad de la EP, no lo es, un buen indicador del estado clínico. Síntomas, como: grado de proteinuria, los hallazgos de laboratorio o daño a órganos son mejores indicadores del curso de la enfermedad.

La eclampsia se define cuando una persona experimenta convulsiones y/o coma; Mujeres con preeclampsia, o incluso sin signos de EP, o mujeres sin signos de algo más. Las convulsiones suelen ser tónico-clónicas, es común y puede ocurrir antes, durante o después del nacimiento, hasta cuatro veces, o unas semanas después del nacimiento.

La eclampsia es una progresión de la enfermedad al cerebro. Los ataques de eclampsia pueden causar pérdida de la permeabilidad de las vías respiratorias, aspiración, hipoxia y daño cerebral. El mecanismo de las convulsiones aún no ha sido aclarado. Algunos investigadores creen que la encefalopatía hipertensiva y la pérdida de la autorregulación cerebral son la causa cuando el TAM supera un umbral crítico. Otras posibles causas incluyen vasoespasmo cerebral, microinfartos, hemorragia, trombosis y edema cerebral. (Múnera, Muñoz, & Ibarra, 2021)

En el embarazo normal y al final del embarazo, el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20% debido a los efectos vasodilatadores de la progesterona en las arterias distales. Como resultado, los estudios Doppler transcraneal muestran una disminución de la velocidad de la arteria cerebral media. para pacientes

Los estudios Doppler de preeclampsia muestran un aumento de la velocidad de la arteria cerebral media. Se han propuesto dos hipótesis para explicar este hallazgo. (Múnera, Muñoz, & Ibarra, 2021)

- El vasoespasmo provoca isquemia y posteriormente eclampsia. Esta hipótesis es consistente con los efectos positivos del sulfato de magnesio.

La resonancia magnética muestra cambios isquémicos en el cerebro y una disminución del diámetro de los vasos.

- Otra hipótesis completamente diferente afirma que la pérdida de la autorregulación vascular cerebral provoca hiperfusión cerebral, luego barotrauma y finalmente eclampsia. (Múnera, Muñoz, & Ibarra, 2021)

Otros síntomas del SNC incluyen dolor de cabeza intenso, alteraciones visuales, hiperexcitabilidad, hiperreflexia y coma. En ausencia de convulsiones, puede producirse aspiración bronquial y pérdida de la permeabilidad de las vías respiratorias, y la administración de sulfato de magnesio también puede contribuir a alterar el nivel de conciencia.

- **La preeclampsia se superpone con la hipertensión crónica.** Puede producirse proteinuria; mujeres con HTA y proteinuria antes de las 20 semanas de embarazo: Aumento rápido de la proteinuria, deterioro rápido de la HTA, Trombocitopenia o transaminasas elevadas.
- **HTA gestacional.** Detectada por primera vez presión arterial superior a 140/90. No hay proteinuria durante el embarazo.

(Múnera, Muñoz, & Ibarra, 2021)

➤ **Enfermedades Autoinmunes:**

Síndrome antifosfolípido.

El síndrome antifosfolípido hace que se formen coágulos sanguíneos con facilidad o en exceso, lo que puede provocar los siguientes síntomas durante el embarazo:

- Aborto espontáneo o muerte fetal
- Presión arterial alta o preeclampsia (un tipo de presión arterial alta que ocurre durante el embarazo)
- Es posible que el feto no esté creciendo como se esperaba (demasiado pequeño para la edad gestacional) (Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social, 2019)

Preguntar a las mujeres si han tenido una muerte fetal o un aborto espontáneo inexplicable, si han tenido un parto prematuro o si han experimentado problemas relacionados con coágulos de sangre. Los análisis de sangre para detectar anticuerpos antifosfolípidos se realizan al menos dos veces.

Púrpura trombocitopenia inmunitaria

En la trombocitopenia inmunitaria, los anticuerpos reducen la cantidad de plaquetas (plaquetas) en el torrente sanguíneo. Las plaquetas son partículas parecidas a células que participan en el proceso de coagulación. Un recuento de plaquetas muy bajo (trombocitopenia) puede causar problemas de sangrado en las mujeres embarazadas y sus hijos.

Si la trombocitopenia inmunitaria no se trata durante el embarazo, puede empeorar. Los anticuerpos que causan enfermedades pueden atravesar la placenta y llegar al feto. Sin embargo, las concentraciones de plaquetas rara vez cambian. Generalmente, el parto se puede realizar por vía vaginal. (Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social, 2019)

Los corticosteroides (generalmente prednisona, por vía oral) aumentan la cantidad de plaquetas en la sangre y mejoran la coagulación sanguínea en mujeres embarazadas con trombocitopenia inmune. Sin embargo, esta mejora dura sólo en la mitad de las mujeres. Además, la prednisona aumenta el riesgo de que el feto no crezca como se espera o nazca prematuramente.

Las mujeres con recuentos de plaquetas peligrosamente bajos pueden necesitar dosis altas de gammaglobulina intravenosa justo antes del parto. Las inmunoglobulinas (anticuerpos derivados de la sangre de personas con sistemas inmunológicos normales) aumentan temporalmente la cantidad de plaquetas en la sangre y mejoran la coagulación sanguínea. Esto hace que el parto sea seguro y permite a las mujeres dar a luz a sus bebés por vía vaginal sin sangrado incontrolable. Las mujeres embarazadas sólo reciben transfusiones de plaquetas si sus niveles de plaquetas son tan bajos que corren el riesgo de sufrir una hemorragia grave o, en algunos casos, requieren una cesárea. (Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social, 2019)

Lupus Eritematoso Sistémico.

Las mujeres que desarrollan lupus a menudo tienen antecedentes de abortos espontáneos repetidos, un feto que no crece como se esperaba (demasiado pequeño para la edad gestacional) o parto prematuro. Si una mujer experimenta complicaciones por el lupus (como daño renal o presión arterial alta), aumenta el riesgo de muerte para el feto, el recién nacido o la mujer.

Puede minimizar los problemas relacionados con el lupus teniendo en cuenta lo siguiente:

- Retrasar el embarazo hasta que la enfermedad haya cesado durante 6 meses.
- Los medicamentos se ajustaron para controlar mejor el lupus.
- La presión arterial y la función renal son normales. (Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social, 2019)

En las mujeres embarazadas, los anticuerpos del lupus pueden atravesar la placenta y llegar al feto. Como resultado, el feto puede tener un ritmo cardíaco muy lento, volverse anémico y tener una cantidad baja de plaquetas y glóbulos blancos (glóbulos blancos).

Sin embargo, estos anticuerpos van desapareciendo gradualmente durante las primeras semanas de vida, y los problemas que causan desaparecen, excepto la frecuencia cardíaca lenta.

(Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social, 2019)

➤ **Infecciones:**

• **Infecciones del Tracto Genital:**

La flora normal del útero.

Los microorganismos que normalmente se encuentran en la vagina de las mujeres sanas se conocen como flora vaginal normal (FVN). La flora normal se desarrolla rápidamente durante y poco después del nacimiento y cambia constantemente de constitución a lo largo de la vida. Aunque se han realizado investigaciones para descubrir las características fundamentales de cada uno de estos microorganismos, todavía no se ha obtenido una comprensión completa de todos los agentes comensales de la FVN.

Vaginosis Bacteriana (VB):

Un grupo de bacterias que son las causas etiológicas del problema, sin provocar una respuesta inflamatoria, recibe el nombre de vaginitis bacteriana o vaginitis no específica. Este síndrome se debe al crecimiento excesivo de bacterias que normalmente no están presentes en la vagina en menor número que el habitual. Varios estudios han demostrado la conexión entre *Gardnerella vaginalis* y otras bacterias que causan VB, como *Lactobacillus*, principalmente *L.gasseri* y *Prevotella*, así como anaerobios como *Mobiluncus*, *Bacteroides*,

Peptostreptococcus, Fusobacterium, Veillonella y Eubacterium. La VB también se ha relacionado con Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Streptococcus viridans y Atopobium vaginae. (Gallegos & León, 2022)

Clínico.

Aunque en algunos pacientes VB puede ser asintomática, sus síntomas más comunes incluyen flujo vaginal anormal y un olor a pescado, especialmente después de relaciones sexuales. El flujo es blanco o grisáceo y puede ir acompañado de ardor miccional o leve prurito en la zona de la vagina.

Las bacterias pueden ascender y colonizar las membranas, lo que reduce la fuerza de tensión de las membranas y debilita la matriz de las membranas. Esto conduce a la producción de metaloproteasas, lo que provoca RPM. La producción de prostaglandinas está relacionada con la infección por G. vaginalis, lo que puede provocar contracciones uterinas, ablandamiento del colágeno del cérvix y finalmente parto prematuro sin una respuesta efectiva a los tocolíticos. (Sanabria N. , 2024)

Diagnóstico.

El examen microscópico del flujo es esencial para el diagnóstico de VB además del cuadro clínico. Tres de los cuatro criterios de Amsel son necesarios para el diagnóstico de VB en el examen microscópico de flujo:

Debido a los agregados de cocobacilos en el pH vaginal sobre 4,5, las células epiteliales vaginales tienen un aspecto punteado (90% de los pacientes). (Sanabria N. , 2024)

Todas las mujeres embarazadas que experimentan síntomas deben realizarlo. En la actualidad, el tratamiento de VB se considera beneficioso en la reducción de síntomas de embarazadas sintomáticas y en el potencial efecto beneficioso en la reducción del riesgo de adquisición de otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual o VIH, a pesar de que anteriormente se asociaba con resultados perinatales y maternos adversos. (Sanabria N. , 2024)

El embarazo provoca un aumento de la producción de estrógenos, lo que provoca una mayor concentración de glicógeno vaginal y una supresión de la inmunidad celular. Estos cambios hormonales provocan un aumento de la colonización y los índices de infección y recurrencias. Es la segunda infección después de VB (15% de las embarazadas) y solo puede causar una infección sistémica en pacientes con sepsis o inmunosupresión grave.

Sintomas.

Los síntomas principales son prurito y ardor vaginal, que pueden empeorar después de la actividad sexual o durante la micción. Los hallazgos clínicos incluyen edema y eritema de vestíbulo, labios mayores y menores, y flujo vaginal blanco, sin olor, espeso, que se desprende fácilmente de las paredes vaginales. (Sanabria N. , 2024)

El diagnóstico

Se puede realizar fácilmente utilizando el cuadro clínico antes mencionado, pero si se duda del agente causal de la vulvovaginitis, se puede realizar un examen con KOH al 10% en flujo vaginal que revele la presencia de hifas o pseudohifas, o bien utilizando cultivos específicos para hongos. (Sanabria N. , 2024)

Tratamiento.

La tabla muestra una variedad de opciones de tratamiento aprobadas para el uso durante el embarazo, con la preferencia de los derivados azólicos locales como los de primera línea por siete días. En vulvovaginitis complicada (recurrencias severas, sintomatología severa), se recomendarían terapias más largas, entre 7-14 días, combinadas con terapia oral cada tres días por dos dosis. Las parejas sexuales reciben tratamiento para vulvovaginitis recurrente o balanitis clínica. (Gallegos & León, 2022)

- **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):**

El aborto espontáneo, el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, la ruptura prematura de las membranas que rodean al feto y la infección del líquido que rodea al feto se han relacionado con la infección por gonorrea sin tratamiento durante el embarazo. En caso de que la madre tuviera una infección no detectada, los neonatos reciben tratamiento rutinario con una pomada antibiótica aplicada en los ojos poco después de nacer para prevenir problemas oculares por la exposición a la gonorrea durante el parto. Se reduce el riesgo de transmisión de la gonorrea si se trata en embarazadas. (Zambrano, San Lucas, Zamora, & Chonga, 2021)

Las mujeres que están embarazadas y tienen herpes genital en una etapa avanzada del embarazo tienen un mayor riesgo de transmitir la enfermedad al feto. El peligro de contraer infecciones aumenta durante el parto. Las infecciones por herpes en los recién nacidos son graves y pueden ser mortales. Durante el embarazo o el parto, la infección por el virus del herpes puede causar daño cerebral,

ceguera y daño a otros órganos. La infección por herpes durante el embarazo puede causar complicaciones graves para la madre, como daño hepático grave y posiblemente la muerte, en raras ocasiones.

- Hay medicamentos que una mujer embarazada puede tomar para reducir la probabilidad de tener un brote de herpes genital, lo cual también reduce el riesgo para el feto.
- Si una mujer tiene llagas de herpes activas cuando entra en trabajo de parto, el bebé puede nacer por cesárea para reducir la probabilidad de que se infecte con el virus. (Zambrano, San Lucas, Zamora, & Chonga, 2021)

Mantener relaciones sexuales anales o vaginales con una persona infectada con el VIH sin usar preservativos o medicamentos para prevenir o tratar el VIH. La mayoría de los nuevos contagios de VIH en todo el mundo se originan en las relaciones sexuales. Las relaciones heterosexuales aumentan la probabilidad de que las mujeres contraigan el VIH. Tener una enfermedad de transmisión sexual (ETS) adicional puede aumentar el riesgo de contraer o transmitir el VIH. (Zambrano, San Lucas, Zamora, & Chonga, 2021)

Transmitir el VIH de la madre al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia. Si las mujeres embarazadas con VIH toman medicamentos contra el VIH, pueden evitar la transmisión perinatal. Además, se recomienda a las mujeres con VIH que eviten amamantar a sus hijos en los lugares del mundo donde se dispone de leche de fórmula y agua potable. (Zambrano, San Lucas, Zamora, & Chonga, 2021)

La sífilis puede pasar de una madre a un feto durante el embarazo. La infección se ha relacionado con nacimiento prematuro, parto prematuro y, en algunos casos, muerte al nacer. Los bebés que sobreviven sin tratamiento suelen tener problemas en muchos órganos, como el cerebro, los ojos, los oídos, el corazón, la piel, los dientes y los huesos. Durante la primera visita prenatal, todas las mujeres embarazadas deben ser sometidas a una prueba de detección de sífilis. Las mujeres que se consideran de alto riesgo deben volver a recibir el análisis de detección en el tercer trimestre. (Zambrano, San Lucas, Zamora, & Chonga, 2021)

La mayoría de las lesiones preinvasivas e invasivas del cérvix están causadas por el virus del papiloma humano. El embarazo puede verse complicado

por ambos tipos, oncogénicos y no oncogénicos. La infección por VPH con tipos oncogénicos puede causar citología cervical anormal durante el embarazo, lo que requiere un diagnóstico rápido y tratamiento en caso de ser necesario. (Zambrano, San Lucas, Zamora, & Chonga, 2021)

Es debatido si el embarazo tiene un impacto en la historia natural de las lesiones intraepiteliales cervicales. Algunos autores dicen que el embarazo no afecta la progresión de las lesiones moderadas a severas, mientras que otros describen una alta tasa de regresión después del parto. (Zambrano, San Lucas, Zamora, & Chonga, 2021)

➤ **Anomalías Anatómicas:**

• **Malformaciones Uterinas:**

La malformación vascular uterina (MVU) es un ovillo de vasos sanguíneos de diferente tamaño con características de arteria y vena, sin una red capilar intermedia. Una hemorragia inesperada, excesiva o intermitente después de un parto o un procedimiento sobre el útero es una causa poco común de metrorragia grave. Desde 1925, se han informado menos de 100 pacientes, por lo que la incidencia no es conocida con precisión debido a las comunicaciones aisladas o series de pocos casos. (CARVAJAL & RALPH, 2019)

Se dividen en dos categorías:

a) **VVU primaria (congénita)**, causada por cambios en la angiogénesis, retraso en el desarrollo vascular y dificultad para diferenciarse a arteria o vena. Es un remanente embriológico con celularidad estable, sin regresión y múltiples conexiones vasculares que tienen la capacidad de invadir el tejido cercano, especialmente durante el embarazo y muy poco común. (Fugarolas, Hernández, Olgúin, & Rosales, 2019)

b) **La MVU secundaria (adquirida)**, también conocida como fístula arteriovenosa, ocurre cuando un seno venoso se incorpora en un proceso cicatricial del miometrio después de la necrosis del vello coriónico en pacientes que han sufrido una cesárea o raspado uterino. Esta condición se conoce como MVU secundaria o fístula arteriovenosa. Además, puede ocurrir en pacientes con restos de aborto o placentarios retenidos, enfermedad trofoblástica, infección uterina, embarazo múltiple, cáncer uterino (tanto del cuello como del endometrio), endometriosis y exposición a dietilestilbestrol. (Fugarolas, Hernández, Olgúin, & Rosales, 2019)

Las MVU pueden variar en tamaño y ubicación, y su expresión clínica puede ser muy variada e impredecible. Pueden ser asintomáticas e indetectables durante toda la vida, hasta expandirse debido a los efectos hormonales sistémicos (pubertad, embarazo, iatrogénicos), con hemorragia uterina de tipo arterial y de riesgo vital. (Fugarolas, Hernández, Olgúin, & Rosales, 2019)

Hipovolemia, disnea, hipotensión e insuficiencia cardíaca materna pueden ocurrir con metrorragia prolongada de bajo grado seguida de sangrado brusco. Otros casos tienen pérdida reproductiva debido a alteraciones de la vascularización que comprometen el sitio de implantación y también deben ser considerados en el estudio de infertilidad. (Fugarolas, Hernández, Olgúin, & Rosales, 2019)

Las malformaciones congénitas uterinas son alteraciones en la forma externa y/o interna de la matriz que ocurren durante la etapa embrionaria de su desarrollo.

Pueden afectar tanto el cuerpo uterino como el cérvix, y pueden coexistir con malformaciones vaginales y del tracto urinario de la paciente. Cuando la anatomía normal sufre cambios significativos, es más difícil llevar a cabo un embarazo y es más probable que surjan complicaciones durante el embarazo. Varios mecanismos están involucrados.

En muchas de estas malformaciones uterinas, se observa una cavidad endometrial distorsionada y con frecuencia reducida en comparación con la que se encuentra en condiciones normales, con una disposición inusual de las fibras musculares y una menor capacidad de distensión para albergar un nuevo organismo que avanza a un ritmo vertiginoso.

Todo esto resulta en un aumento del número de abortos durante el primer y el segundo trimestre, así como en contracciones uterinas prematuras que pueden provocar un parto antes del término, la complicación obstétrica más común en estas pacientes. (Fugarolas, Hernández, Olgúin, & Rosales, 2019)

Además, los fetos durante la gestación con frecuencia experimentan una restricción o disminución del crecimiento intraútero y bajo peso al nacimiento debido a una combinación de los factores anteriores. Además, esporádicamente pueden presentar ciertas malformaciones como el pie equinovaro u otras anomalías posicionales de las extremidades por falta de espacio.

- **Útero dismórfico:** debido a las paredes más gruesas del útero, la cavidad interna es más estrecha. Puede tener forma de T o ser extremadamente estrecho. (CARVAJAL & RALPH, 2019)
- **El útero septado** puede dividir parcial o totalmente el útero en dos cavidades internas porque tiene un tabique interno llamado septo. (CARVAJAL & RALPH, 2019)
- **El útero bicorpóreo** no es normal desde el exterior porque tiene un pliegue que divide parcial o totalmente la cavidad uterina. (CARVAJAL & RALPH, 2019)
- **Un hemiciclo uterino** es un útero en el que solo se desarrolla un lado, también conocido como hemicavidad uterina, que es funcional y está completamente desarrollado. La otra parte puede estar incompleta o ausente. (CARVAJAL & RALPH, 2019)
- El término "**útero aplásico**" o "**útero displásico**" se refiere a la situación en la que la cavidad uterina desarrollada no está presente de manera completa o unilateral. En algunos casos, puede haber uno o dos cuernos rudimentarios con cavidad. Estos casos pueden estar relacionados con problemas de salud y requieren tratamiento.

Por otro lado, las malformaciones que afectan el cuello del útero pueden causar insuficiencia ístmico-cervical, que significa que el cérvix no puede cerrarse y "contener" el embarazo dentro de la cavidad uterina, lo que puede resultar en abortos tardíos o prematuridad extrema. (CARVAJAL & RALPH, 2019)

- **Insuficiencia Cervical:**

La incompetencia ístmica cervical (IIC) se define como la incapacidad del cuello uterino para mantener un embarazo en el segundo trimestre, incluso si no hay signos o síntomas del trabajo de parto. Esto se manifiesta como una dilatación cervical indolora y se asocia con cuadros de pérdida de embarazo o prematuridad extrema, siendo una de las principales causas de abortos recurrentes.

La incompetencia cervical generalmente ocurre en el 0.1% al 2% de los embarazos. La incompetencia ístmico-cervical (IIC) representa un 10% de las causas de parto pretérmino espontáneo en pacientes con abortos recurrentes y está relacionada con una alta tasa de morbilidad neonatal y puede llegar al 75% de los casos de parto pretérmino. (CARVAJAL & RALPH, 2019)

Su causa es congénita y heredada, y hasta el 90% de los casos tienen antecedentes obstétricos (partos previos traumáticos, legrados con dilatación forzada, etc.), traumatismos cervicales (conizaciones), infecciones o anomalías uterinas congénitas. La incompetencia cervical primaria o idiopática, causada por alteraciones histoquímicas y de las fibras de colágeno en el tejido cervical, es el 10% restante que aparece en la primera gestación o no tiene antecedente.

- **Los factores de riesgo**

Las anomalías congénitas en el útero incluyen: El cérvix de un útero diferente puede no funcionar normalmente porque su fisiología depende de cómo se relaciona con las fibras miometriales del istmo y la histoquímica de su tejido conectivo. (HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU, 2024)

- **Trauma:**

Se ha demostrado que los partos previos traumáticos aumentan la probabilidad de desarrollar insuficiencia istmicocervical, incluso si no se han producido laceraciones graves en el cérvix. Además, la dilatación forzada puede alterar la histología normal del cérvix y provocar incompetencia.

- **Infección:**

Más del 50% de los 33 pacientes en el estudio experimentaron una invasión microbiana del líquido amniótico mediante amniocentesis. Estos pacientes tenían una dilatación cervical de 2 cm o más, membranas íntegras y la edad gestacional era menor o igual a 24 semanas. No había signos clínicos de corioamnionitis. Los microorganismos más comunes fueron *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans* y *Fusobacterium sp.*, lo que indica una ruta ascendente de infección.

➤ **Diagnóstico y Manejo:**

● **Mola hidratiforme**

- **Diagnostico**

- Exámenes de sangre
- Ecografía

Después de que se forme, los médicos con frecuencia pueden diagnosticar un embarazo molar (mola hidatidiforme). Según los síntomas, como una secreción vaginal con aspecto de uva y un útero mucho más grande de lo esperado, sospechan un embarazo molar.

Se realiza un análisis de embarazo; los resultados son positivos para un embarazo molar en una mujer, pero no se observa movimiento ni latidos cardíacos fetales. Los médicos solicitan análisis de sangre para evaluar la función tiroidea y determinar si existe hipertiroidismo en caso de una concentración elevada de hCG. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2019)

Para determinar si se trata de una mola hidatiforme o de un saco amniótico (que contiene el feto y su líquido circundante), se puede realizar una ecografía. Para confirmar el diagnóstico, se extrae una muestra de tejido (legrado) (D y L) o se obtiene al atravesar el tejido y se examina al microscopio (biopsia). Durante el proceso de dilatación y legrado (curetaje), el tejido anormal se puede extraer.

Se realizan pruebas para determinar si el tumor se ha extendido desde el lugar donde comenzó hasta otras partes del cuerpo si se diagnostica enfermedad trofoblástica gestacional. La prueba incluye tomografías computarizadas (TC) del tórax, el abdomen y el área pélvica. Una resonancia magnética nuclear (RMN) también se puede realizar. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2019)

– **Estadística**

Los médicos determinan el estadio de la neoplasia trofoblástica gestacional (la forma de enfermedad trofoblástica gestacional que suele ser cancerosa).

- Estadio I: el tumor se encuentra solo en el cuerpo del útero (no en el cuello uterino, la parte inferior del útero).
- Estadio II: el tumor se ha diseminado fuera del útero hacia el ovario, la trompa de Falopio, la vagina y/o los tejidos cercanos.
- Estadio III: el tumor se ha diseminado a los pulmones.
- Estadio IV: el tumor se ha diseminado a lugares más alejados, como el cerebro, el hígado, los riñones y/o el aparato digestivo. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2019)

– **Tratamiento**

- Extirpar el embarazo molar
- Pruebas para determinar la propagación y/o la repetición

Cualquier enfermedad trofoblástica gestacional generalmente se puede diagnosticar y tratar con éxito sin comprometer la función reproductora. Los

embarazos molares o cualquier otra neoplasia trofoblástica gestacional se extirpan en su totalidad. Aunque la extirpación del útero rara vez es necesaria, se puede indicar si la mujer afectada no tiene intención de tener hijos.

- Se realizan pruebas para determinar si las mujeres necesitan más tratamiento después de la extirpación de la mola.
- Se realiza una radiografía de tórax para determinar si el tejido molar del embarazo se ha propagado a los pulmones. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2019)

Se mide la concentración de gonadotropina coriónica humana en la sangre para determinar si el embarazo molar se ha eliminado por completo. Si la eliminación es completa, el nivel de esta hormona generalmente regresa a su nivel normal en unas 10 semanas y se mantiene en esos niveles. El tratamiento adicional no es necesario. Debido a que el embarazo dificulta la interpretación de las mediciones de hCG, las mujeres deben usar métodos anticonceptivos eficaces mientras se mide la hCG. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2019)

- ***Embarazo ectópico***

- **Diagnostico**

- La subunidad beta-cuantitativa de la gonadotropina coriónica humana (también conocida como beta-hCG)
- Ecografía
- Algunas veces, laparoscopia

Toda paciente en edad reproductiva con dolor pélvico, sangrado vaginal, síncope o shock hemorrágico sin causa aparente se sospecha de embarazo ectópico. Los resultados del examen físico, incluida la pelvis, no son precisos ni sensibles. Un embarazo ectópico roto es una emergencia quirúrgica porque causa hemorragia materna y riesgo de muerte; por lo tanto, es necesario un diagnóstico rápido. (Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2019)

El primer paso en el diagnóstico es una prueba de embarazo en orina, que tiene una sensibilidad del 99 % para el embarazo ectópico y no ectópico. A menos que los síntomas persistan o empeoren, no se requiere una evaluación adicional si la orina muestra una negativa para la subunidad beta-hCG y los hallazgos clínicos no indican un embarazo ectópico. Se recomienda una evaluación cuantitativa de

beta-hCG sérico y una ecografía pelviana si los resultados de la prueba de orina muestran una positiva para la subunidad beta de hCG o si los hallazgos clínicos indican una intensidad de embarazo ectópico y el embarazo podría ser demasiado temprano para detectarse sobre la base de la prueba de beta-hCG en orina. (Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2019)

Un saco gestacional con un saco vitelino o un embrión dentro de la cavidad uterina son los hallazgos de la ecografía que permiten el diagnóstico de embarazo intrauterino. Los hallazgos ecográficos, además de la ausencia de un embarazo intrauterino, incluyen una masa pélvica compleja (mixta sólida y quística), especialmente en los anexos, y líquido ecogénico libre en el fondo del saco posterior.

- **Tratamiento**

- ***Metotrexato***

En ausencia de contraindicaciones absolutas, el American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda el tratamiento con metotrexato a las pacientes con embarazo tubario:

- Embarazo dentro del útero
- embarazo ectópico fallido
- Inestable en términos de hemodinámica
- Dependencia del metotrexato
- evidencia de la existencia de inmunodeficiencia
- Anemia moderada a grave, leucopenia o trombocitopenia
- La enfermedad ulcerosa péptica o la enfermedad pulmonar activa
- La disfunción hepática o renal es clínicamente significativa.
- La lactancia
- incapaz de participar en el seguimiento de la vigilancia (Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2019)

Además, se deben tener en cuenta las siguientes contraindicaciones relevantes:

- La actividad cardíaca embrionaria se puede observar mediante ecografía transvaginal.

- La concentración inicial elevada de hCG
- Embarazo ectópico que supera los 4 cm de tamaño (observado en una ecografía transvaginal)
- No está dispuesto a recibir transfusión de sangre. (Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2019)

El primer día, la beta-hCG se mide y la paciente recibe una sola dosis de metotrexato IM de 50 mg/m². En los días 4 y 7, se realiza una medición de beta-hCG. Se requiere una segunda dosis de metotrexato o cirugía si la beta-hCG no disminuye un 15% del día 4 al 7. Alternativamente, se pueden utilizar protocolos alternativos. (Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2019)

- Quirúrgica

La laparotomía y el tratamiento del shock hemorrágico son necesarios inmediatamente para las pacientes hemodinámicamente estables. El tratamiento quirúrgico para pacientes estables suele ser laparoscópico, aunque ocasionalmente es necesaria una laparotomía. Se realiza una salpingectomía para preservar la trompa de Falopio y eliminar el embarazo ectópico si es factible.

En cualquiera de los siguientes casos, se puede realizar una salpingectomía:

- El embarazo ectópico ha sido eliminado.
- Después de la salpingectomía, sigue habiendo hemorragia.
- Reconstruyeron la trompa uterina.
- Se extirpa solo la porción irreversiblemente dañada de la trompa, lo que aumenta la probabilidad de que la trompa se repare y vuelva a ser fértil en el futuro. (Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2019)

2.1.1 Marco conceptual.

➤ **aborto**

Aborto antes de las 22 semanas de embarazo o, en el caso de productos, antes de las 22 semanas de embarazo. Esto puede ocurrir naturalmente o ser inducido en condiciones seguras o inseguras. Ocurre en aproximadamente el 15-20% de los embarazos.

Aborto espontáneo

A primera vista, el proceso reproductivo humano parece muy ineficiente. Se estima que hasta el 65% de todos los embarazos humanos terminan en un aborto espontáneo silencioso. La incidencia del aborto clínico en la población general es superior al 15% (10-30%).

Las causas son las siguientes:

- Genética
- Factores anatómicos
- Problemas endocrinológicos
- Problemas hematológicos
- Causas inmunológicas
- Infección (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Aborto provocado

El aborto es la interrupción de un embarazo y puede realizarse de forma legal, terapéutica o en secreto. En este último caso, el aborto podrá realizarse en condiciones seguras o inseguras. El aborto es un problema de salud pública en países donde el aborto es ilegal, como Ecuador. Tiene graves consecuencias físicas, mentales y económicas. Desde un punto de vista físico, el aborto puede causar sangrado, infección, enfermedad inflamatoria pélvica, obstrucción tubárica, infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico y muerte. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

El riesgo de muerte por aborto inducido debido a abortos ilegales en los países en desarrollo es de 100 a 1.000 veces mayor que en los países desarrollados donde existe el aborto legal. Por tanto, el riesgo de muerte por aborto está determinado fundamentalmente por el estatus legal del aborto.

Las variaciones clínicas del aborto incluyen:

- Amenaza de aborto espontáneo
- Aborto inevitable
- Aborto en curso.
- aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto retenido
- Aborto séptico

Amenaza de aborto

El sangrado leve dura varios días, con dolor pélvico leve o moderado y cierre de garganta. El tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria, pero se requiere un examen de ultrasonido.

Comprobar la posibilidad de embarazo por vía vaginal. Se debe ordenar reposo en cama y se debe identificar la causa de la amenaza de aborto espontáneo, como una infección del tracto urinario. Verificar si sus signos y síntomas aumentan después de 48 horas o antes. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Aborto inevitable

Los abortos inevitables son aquellos que van acompañados de aumentos progresivos del dolor, las contracciones o el sangrado. El cuello uterino se dilata y se rompe el saco amniótico. El tratamiento requiere hospitalización y, según los protocolos hospitalarios, puede comenzar la evacuación uterina. Aborto en curso

Los productos de la concepción se excretan a través del cuello uterino dilatado. Una vez drenado el contenido uterino, se debe realizar aspiración uterina manual o legrado para drenar el resto. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Aborto incompleto

Se caracteriza por dilatación de ambos cuellos uterinos y sangrado profuso con expulsión de tejido fetal, tejido placentario o líquido amniótico. El tratamiento consiste en la evacuación del útero mediante aspiración uterina manual para abortos de hasta 12 semanas y la evacuación del útero mediante legrado para abortos de más de 12 semanas. En el primer caso, el tratamiento ambulatorio se puede realizar según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Aborto completo

Se trata de un aborto con expulsión completa del feto, placenta y membranas, seguida de menos sangrado y dolor. El tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria, preferiblemente con solicitud de ecografía transvaginal. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Aborto retenido

Corresponde a un aborto que se caracteriza por dejar un embrión o feto muerto en la cavidad uterina o por detener el proceso normal del embarazo. El tratamiento requiere hospitalización y requiere ecografía, evacuación del útero

mediante aspiración uterina manual o legrado, depende de la edad gestacional. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Aborto séptico

El aborto séptico es una infección del útero y/o apéndices que ocurre después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido. La infección después del aborto es un proceso progresivo, cuyas principales causas son:

- Presencia de cervico-vaginitis.
- Retención de residuos del producto del concepto que conducen a una sobreinfección.
- Técnica aséptica inadecuada que provoca infección durante la colocación del instrumento.
- Uso de elementos contaminantes o sustancias tóxicas para interrumpir un embarazo.
- Traumatismo intraoperatorio con perforación del útero y/u otras estructuras. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Las infecciones postabortos están dominadas por bacterias polimicrobianas y anaeróbicas mixtas como Peptococcus, Peptostreptococcus y Bacteroidetes. y Clostridium spp. También existen cocos Gram positivos, como Staphylococcus y Streptococcus, y bacterias Gram negativas, como Escherichia coli. Escherichia coli, Proteo sp. y Klebsiella sp. Estos microorganismos pueden surgir no sólo de la flora vaginal de la paciente sino también de la contaminación durante el procedimiento de aborto. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

➤ **Clínico**

Al igual que con cualquier infección uterina durante el período posparto, se debe evaluar a la paciente y realizar un diagnóstico del síndrome basado en la respuesta inflamatoria sistémica de la mujer a la infección y el diagnóstico local. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

• **Sepsis:**

Presencia de dos focos de infección. Criterios anteriores para el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, que incluyen:

- Temperatura corporal $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ o $< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$
- Frecuencia cardíaca > 90 latidos/min
- Frecuencia respiratoria > 20 /min
- $\text{PaCO}_2 < 32$ Torr

- Recuento de glóbulos blancos >15 000 (puerperio) o células/mL <4000 células/mL, o presencia de neutrófilos inmaduros. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

- **Shock séptico:**

Hipotensión inducida por sepsis, presión arterial sistólica <90 mmHg, o definido como una disminución de 40 mmHg. mmHg desde el inicio. Persiste durante más de 1 hora y causa hipoperfusión sistémica a pesar de la reanimación adecuada con líquidos. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

- **Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (MODS):**

Presencia de disfunción de dos o más órganos como resultado de hipoperfusión, y a los mediadores de la sepsis. Las disfunciones más comunes son las respiratorias, cardiovasculares, renales, hepáticas, cerebrales y la coagulopatía. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

- **Tratamiento**

El tratamiento después de un diagnóstico sindromático depende principalmente de la respuesta inflamatoria y las disfunciones orgánicas del paciente.

- Administración líquidos cristaloides
- La monitorización de la hemodinámica incluye la presión venosa central, la diuresis y los gases arteriales y venosos.
- Si la diuresis no se logra con líquidos, se deben administrar inotrópicos como dopamina (3–5 g/kg/min) o adrenalina.
- Para tratar el choque séptico, se debe restaurar la presión arterial con líquidos y, si no es posible, administrar medicamentos inotrópicos.
- Brindar asistencia ventilatoria rápida si hay signos de SDRA, como PaO₂/FiO₂ <17 o infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax.
- Solicite una consulta de interconsulta en la unidad de cuidados intensivos.
- Para tratar el síndrome de disfunción orgánica múltiple, tratar individualmente cada órgano o sistema que no funcione correctamente.

- Los esquemas antibióticos que cubren una amplia gama de tratamientos son los que se emplean con mayor frecuencia:
 - La paciente debe recibir 5 millones de IV de penicilina cristalina cada 4 horas junto con 500 mg de metronidazol en vía intravenosa cada 8 horas (o IV, en caso de que la paciente no pueda tolerar la vía intravenosa).
 - Clindamicina 600 mg IV C/6 horas con aminoglucósido, gentamicina 240 mg IV c/día o amikacina 1 g IV c/día.
- Si estos esquemas no funcionan, la segunda opción es la siguiente:
 - Dosis de 1,5 a 3,0 gramos de ampicilina más sulbactam en solución intravenosa durante seis horas;
 - Quinolonas en solución intravenosa con metronidazol o clindamicina
 - Cefalosporinas de segunda o tercera generación con metronidazol o clindamicina. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)
- Se debe realizar un legrado uterino en las primeras ocho horas de ingreso de la paciente, pero una hora después de la primera dosis de antibiótico, para evitar una bacteriemia masiva en la mayoría de los casos.
- La salpingitis responde al tratamiento antibiótico.
- Los pacientes con abscesos tuboováricos que no responden a los antibióticos, continúan febriles o no reducen su tamaño requieren un tratamiento quirúrgico, como la salpingectomía o la salpingooforectomía.

➤ **Embarazo ectópico**

Es aquel en el que el desarrollo y la anidación del huevo ocurren fuera de la cavidad uterina. La localización más común es la trompa, principalmente la parte externa (zona ampular o ampolla), aunque también puede estar en el ovario, el cérvix o la cavidad abdominal.

Un embarazo ectópico ocurre en 1 de cada 500 gestaciones normales. Los factores ovulares (como el volumen excesivo del huevo), los factores tubáricos (como las malformaciones congénitas de las trompas y otras condiciones que

reducen la luz uterina) y los factores extratubáricos (como tumores genitales, infecciones abdominales y cirugía pélvica) influyen en las causas. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Clínica

De acuerdo con la complejidad del caso, se nombra lo siguiente:

Embarazo ectópico sin dificultades:

- Se manifiesta por: Cambios en la calidad y la duración de los ciclos menstruales, incluso en casos de amenorrea.
- La metrorragia es escasa y ocurre de forma intermitente.
- dolor en la zona media e inferior del abdomen o encima de las caderas
- De vez en cuando, lipotimia, vértigo y problemas urinarios.
- El embarazo ectópico complicado

Ocurre cuando la trompa o el útero se rompen:

La mujer embarazada experimentará entonces shock hipovolémico, dolor abdominal agudo, taquicardia, hipotensión, palidez y sudoración, rápido deterioro de su estado general y dolor abdominal espontáneo. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Manejo

El tratamiento del embarazo ectópico depende de una variedad de factores, incluida la imagen clínica, el estado del paciente, los resultados de la laparoscopia o la laparotomía, la habilidad del cirujano, el estado del entorno quirúrgico, el deseo de un futuro embarazo y el pronóstico de la intervención potencial. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

- **Tratamiento quirúrgico**

En caso de embarazo ectópico, rotura, hipotensión, anemia, dolor de más de 24 horas o diámetro del saco, la cirugía es el tratamiento de elección. La ecografía del feto mide más de 4 cm. Actualmente, la cirugía laparoscópica se prefiere a la cirugía laparotómica debido a un tiempo de recuperación más rápido, menos dolor postoperatorio y un costo más bajo. Sin embargo, la cirugía laparoscópica debe realizarse en casos de inestabilidad hemodinámica, falta de capacitación del cirujano o falta de equipo para la cirugía videoendoscópica. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

La laparoscopia o la laparotomía son opciones quirúrgicas conservadoras o radicales. Las opciones quirúrgicas sugeridas como pautas de manejo son las siguientes:

– **En caso de embarazo no roto ectópico:**

- La salpingectomía debe realizarse con preservación del ovario cuando la trompa contralateral está sana y la paridad está satisfecha.
- Se utilizarán diferentes métodos microquirúrgicos dependiendo de la localización si la trompa contralateral no está presente o tiene una patología.
- Actualmente, la práctica laparoscópica es la opción preferida para el embarazo ampular.
- En el caso de un embarazo infundibular, que ocurre en la parte más externa de la trompa, se debe realizar una extracción de la trompa o mantener la porción sana de la trompa para la plastia posterior.
- Para evitar la presencia de trofoblasto en la trompa, es necesario monitorear la dosificación de la hCG. Esto requeriría un tratamiento complementario con metotrexato.
- En caso de embarazo ístmico, es necesario realizar una resección segmentaria y una reanastomosis primaria, o mejor aún, una reanastomosis posterior. Alternativamente, se puede realizar una evacuación mediante una salpingostomía lineal y retrasar la anastomosis.
- Afortunadamente, el embarazo intersticial es el menos común y requiere una extirpación quirúrgica con sección en cuña de una porción del miometrio. La salpingectomía se realiza para conservar el ovario porque la reimplantación de la trompa es difícil y de mal pronóstico.
- Se debe estabilizar a la paciente y realizar una laparotomía de urgencia para detener la hemorragia interna en caso de embarazo tubárico roto.
- En la mayoría de los casos, la trompa estallada es diagnosticada y el tratamiento preferido es la salpingectomía

para preservar el ovario. La ooforectomía parcial o total solo se indica si el ovario está comprometido. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

– **Embarazo ectópico roto.**

- La intervención varía según los órganos involucrados; generalmente se lleva a cabo una salpingectomía, pero en ocasiones es necesaria una salpingooforectomía.
- Se requiere una metrectomía cuneiforme del cuerpo uterino afectado en caso de embarazo ectópico en asta uterina ciega, a veces se requiere una histerectomía.
- El tratamiento para el embarazo ectópico ovárico implica la resección parcial o total del ovario. El embarazo ectópico cervical puede ser confundido con un aborto. De no lograrse la evacuación mediante raspado y no lograrse una hemostasia adecuada por vía vaginal, el tratamiento puede incluir una histerectomía abdominal total o ligadura de hipogástricas. El metotrexato también se ha utilizado como tratamiento médico.
- El tratamiento para un embarazo ectópico abdominal es la laparotomía y la extracción del feto, que puede no presentar problemas. Se debe proceder a extirpar el órgano con la placenta in situ cuando la placenta está insertada en un órgano no vital (epiplón, trompa). (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Tratamiento

En muchos centros, el metotrexato es el tratamiento principal. Este tratamiento solo está disponible en centros de alta complejidad. Sus objetivos son evitar los riesgos y los costos del tratamiento quirúrgico y mantener la trompa funcional.

En todos los casos, es necesario hospitalizar a la paciente, llevar un seguimiento clínico riguroso y realizar una determinación semanal de la concentración de beta-hCG hasta que se alcance un valor inferior a 5 mUI/mL. Las fallas del tratamiento son más comunes cuando hay niveles más altos de β -hCG, tumoración anexial mayor o movilidad del embrión. Las tasas de éxito y embarazo

intrauterino posterior a la salpingectomía laparoscópica son similares. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Las indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento con metotrexato se han publicado por el American College of Obstetricians and Gynecologists.

El metotrexato se administrará en una sola dosis, en dosis variables o directamente en el sitio de implantación. El método de dosis única consiste en administrar metotrexato por vía intramuscular a una dosis de 50 mg/m² de superficie corporal; este método tiene un 87% de éxito. Un 8% de los pacientes necesitan más de un tratamiento con metotrexato. Si la concentración de beta-hCG es mayor, igual o disminuye menos del 15% del valor del día cuarto, la dosis se repetirá. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

El esquema de dosis variable consiste en administrar 1 mg/kg de metotrexato por vía intramuscular en días alternos, intercalado con 0,1 mg/kg de leucovorina de rescate por vía intramuscular, hasta que se observe una disminución del 15% del hCG en 48 horas o hasta que se administren 4 dosis (metotrexato en los días 1, 3, 5 y 7 y leucovorina en los días 2, 4, 6 y 8). Se ha demostrado éxito en el 93% de los pacientes que recibieron este tratamiento. Las tasas de permeabilidad tubárica y fertilidad son similares a las del tratamiento quirúrgico conservador y hay una baja tasa de ectópico subsecuente. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

➤ **La enfermedad de los trofoblastos**

Después de que el óvulo ha sido fecundado, el cigoto o huevo se diferencia y sufre repetidas divisiones celulares. Las células más externas, conocidas como células trofoblásticas, permiten que el útero se anide y se forme la placenta. La enfermedad trofoblástica no tiene un embrión y sus células invaden el útero como si fuera un cáncer. A pesar de que la paciente cree estar embarazada, pronto aparecen signos de alarma. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Clínica

A las 10 a 14 semanas:

- Los primeros síntomas aparecen: metrorragia irregular, indolora, escasa y de color rojo.
- Un aumento excesivo en el tamaño del útero.
- No hay respiración fetal.
- Vómitos frecuentes y excesivos. (Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

Después de que la paciente visite al médico, se puede observar a través de una ecografía que el embrión no existe, ya que se ha reemplazado por una tumoración llena de vesículas.

Tratamiento

El tratamiento consistirá en la aspiración o el legrado, y en el caso de que se produzca una degeneración celular, la extirpación del útero (histerectomía) será el procedimiento a seguir. Durante el año siguiente, se prohíbe un embarazo adicional debido a la posibilidad de que la enfermedad vuelva a aparecer.

(Sanabria, Macanchí, & Carrión, 2023)

2.1.2 Antecedentes investigativos.

Quispe, (2022) en su estudio sobre FACTORES ASOCIADOS A LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2021, tuvo como objetivo Determinar cuáles son los factores asociados a las hemorragias de la primera mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa 2021, trabajándose con una muestra de 380 pacientes que presentaron este problema. Al finalizar el estudio se alcanzó los siguientes resultados: edades de 20 a 34 años con el 50%, el 78% de procedencia del área rural, el 49% de estado civil conviviente, el 42% de religión católica, el 44% el nivel de instrucción secundaria, el 52% ocupación amas de casa, 28% con ingresos económicos igual al sueldo básico, el 69% con vivienda propia, el número de integrantes de la familia el 32% más de cinco integrantes, edad gestacional el 47% entre 13 a 17, número de partos, el 44% más de tres partos, número de gestaciones el 44% más de tres gestaciones, el 55% atenciones pre natales adecuadas, el 52% de las mujeres con IMC normal, el 52% con edad gestacional de entre 13 a 17 semanas cuando se presentó la hemorragia, el 89% del diagnóstico de las hemorragias son a causa de abortos, el 50% EIG corto, el peso antes de la gestación en un 52% peso normal, el 57% con Anemia, el 55% con ITU. el 77% no presentaron hipertensión arterial, enfermedad inflamatoria pélvica, el 84% no presentó dicha enfermedad.

Colchado, (2021) en su estudio sobre “CONOCIMIENTO DE HEMORRAGIAS EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE CONTINGENCIA HUÀNUCO – 2019”, tuvo

como objetivo Determinar el conocimiento de hemorragias en la primera mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional de Contingencia Huanuco-2019. MÉTODOS: Se realizó el estudio descriptivo con 156 gestantes que asistieron a su atención prenatal en el, 2019. En la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista y un cuestionario de conocimientos. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba de Chi Cuadrado. RESULTADOS: El 57,7% de las gestantes tiene conocimiento medio sobre las emergencias obstétricas durante el primer trimestre del embarazo; 37,2% posee un nivel de conocimiento alto y solamente 5,1% tiene bajo conocimiento. Por otro lado, el nivel de conocimiento tiene significancia estadística con $p \leq 0,000$. CONCLUSIONES: El conocimiento sobre las hemorragias en la primera mitad del embarazo es medio en el Hospital Regional de Contingencia Huánuco-2019.

Raymundo, (2023) El presente estudio tuvo como problema general ¿Cuáles son las causas de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en el centro de Salud Justicia Paz y vida de El Tambo – Huancayo 2021?, cuyo objetivo fue determinar las causas de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida de El Tambo- Huancayo 2021. Metodología: El método de investigación fue científico, tipo básica, observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, con diseño descriptivo simple. Se utilizó un muestreo censal. La población y la muestra estuvo constituida por 78 gestantes con el diagnóstico de hemorragia de la primera mitad del embarazo; la técnica empleada fue la revisión documental, el instrumento la ficha de recolección de datos, validado por juicio de expertos. Los datos fueron procesados en el Software Estadístico SPSS versión 25 y los resultados se presentó mediante tablas de frecuencia y gráficos, predominando en las causas patológicas el aborto en un 97.44%, seguido la enfermedad trofoblástica gestacional y embarazo ectópico ambos en un 1.28%. En las causas obstétricas prevaleció con un 52.56% gestantes sin ninguna atención prenatal, el 25.64% presentaron 1 aborto previo, el 17.95% tuvieron infección del tracto urinario y 38.46% fueron nulíparas. En los factores sociodemográficos predominó las edades entre 20 a 34 años con un 74.36%, procedencia urbana 82.05%, convivientes 65.38%, secundaria completa 55.41% y ama de casa 51.28%. Se concluye que la causa principal de hemorragia de la primera mitad del embarazo es el aborto, destacando entre las características obstétricas gestantes que no

contaron con ninguna atención prenatal, antecedente de 1 aborto previo, con infección del tracto urinario, nulíparas, edades entre 20 a 34 años, procedencia urbana, convivientes, secundaria completa y amas de casa. Como recomendación, al personal de obstetricia realizar la captación oportuna de las gestantes para iniciar una atención prenatal precoz y oportuna.

Paucar Del Castillo, (2022) en su estudio sobre HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUANUCO 2019. Tuvo como Objetivo General Determinar las hemorragias de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019. Se trabajó con una muestra de 295 paciente con la patología señalada, llegando al final del estudio con los siguientes resultados: Edades de las pacientes entre los 20 a 25 años, con el 30%; Religión católica, con el 50%. El 53% estado civil de convivientes. Procedencia, zonas urbanas con el 73%. El 45% del grupo de estudio fueron amas de casa. El 69% no contó con atención pre natal. El 48% fueron multíparas. El 57% manifestaron no haber tenido ninguna enfermedad previa a la actual. El mayor porcentaje tenían de 8 a 10 semanas con el 28%. Diagnóstico, con el 35% estuvieron los abortos, con el 30% aborto en curso. Antecedentes, teniendo el 29% antecedentes de legrado uterino o AMEU mientras que con el 55% encontramos que no tuvieron ninguna patología. El 86% terminó con tratamiento quirúrgico, mientras que el 14% recibió tratamiento médico. Luego del tratamiento no presentaron ninguna complicación con el 54%. El 60% de pacientes terminaron con la condición de sano. El 53% estuvo hospitalizada entre 1 a 2 días.

De acuerdo a cada uno de los presentes estudios hemos analizado que los factores de riesgo asociados a hemorragias durante la primera mitad de la gestación, que comprende las primeras 20 semanas del embarazo, son relativamente comunes y pueden estar asociadas con diversos factores de riesgo, como, por ejemplo, la edad, paridad, estado civil, etc.

2.2 Hipótesis.

2.2.1 Hipótesis general.

Los factores de riesgo socio-demográficos tienen una alta asociación a las hemorragias de primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital general Liborio Panchana Sotomayor. Noviembre 2023 - abril 2024.

2.3 Variables.

2.3.1 Variables independientes.

Hemorragias de la primera mitad del embarazo.

2.3.2 Variables dependientes.

Factores de riesgo asociados a hemorragias de la primera mitad del embarazo.

2.3.3 Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	ÍNDICE
Hemorragias de la primera mitad	Durante los tres primeros meses, las causas principales son: el aborto, la amenaza de aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica. Pueden existir otras causas distintas, como son lesiones a nivel de la vagina o a nivel del cuello uterino que pueden dar manifestaciones hemorrágicas.	Aborto Embarazo ectópico Embarazo molar	Amenaza de aborto Aborto en curso Aborto completo Aborto incompleto Aborto diferido Aborto septico Aborto recurrente Tubárico No tubárico Mola parcial Mola total	Ectópico ampular Ectópico ístmico Ectópico infundibular Ectópico intramural o intersticial Ectópico cervical Ectópico ovarico Ectópico abdominal Ectópico cornual Ectópico intraligamentario

Factores de riesgo	Son factores de riesgo obstétrico cualquier patología médica, obstétrica o circunstancia sociodemográfica que durante el embarazo, parto y puerperio pueda ocasionar un aumento en la morbilidad tanto materna como fetal.	Factores sociodemograficos Factores de riesgo obstetrico	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Nacionalidad • Estado civil • Nivel educativo • Etnia (indígenas mestizos) • Procedencia (urbano-rural) • Edad gestacional • Paridad • Controles prenatales 	
--------------------	--	---	--	--

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Respecto al método de investigación que se destinó para este trabajo fue el observacional el cual permitió desglosar los elementos fundamentales para conocer de manera más profunda las realidades de cada uno y luego unir las ideas en una sola, lo que determino los factores de riesgo que asocian a la hemorragia de la primera mitad del embarazo

3.2 Modalidad de la investigación

La modalidad de esta investigación fue de tipo cuali - cuantitativa, puesto que se estudió un fenómeno establecido, se realizó una cuantificación y representación de dichos fenómenos basados en datos estadísticos de una población ya establecida para el estudio ya que los factores de riesgo asociados a la hemorragia en la primera mitad del embarazo son de tipo cuantificables.

3.3 Tipo De Investigación

Para el diseño del proyecto de investigación sobre FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIAS DE PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024 se utilizará el tipo de investigación observacional, cuali cuantitativa, transversal no experimental.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1 Técnicas:

Se utilizo la técnica de revisión documental enfocada en la recopilación de información de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de noviembre 2023 a abril 2024.

Se realizó una revisión bibliográfica y se complementó la recolección de datos con una revisión exhaustiva de la literatura científica relevante para contextualizar los hallazgos dentro del marco teórico existente.

3.4.2 Instrumento:

La recolección de datos del estudio se llevó a cabo a través de una ficha de recolección de datos estandarizada en la que se observaron variables como: Edad materna, antecedentes obstétricos, diagnóstico de hemorragia en la primera mitad del embarazo, resultados materno-fetales, entre otros factores relevantes.

Consideraciones Éticas: Se garantiza la confidencialidad de la información recolectada respetando siempre el derecho a la privacidad y la voluntariedad de participación.

Estas técnicas e instrumentos permitieron una recolección de datos integral, asegurando que se cubran tanto los factores clínicos documentados como aquellos que puedan no estar reflejados en los registros formales pero que son relevantes para el estudio de los factores de riesgo asociados a la hemorragia en la primera mitad del embarazo.

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población:

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024 que representa un total de: 616

3.5.2 Muestra:

Para el cálculo de la muestra se aplicará una fórmula de muestreo para poblaciones finitas:

FORMULA:

Para población finita (cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran):

$$N Z^2 p.q$$

$$n = \frac{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}{0,05^2 (616 - 1) + 1,96^2 50 \times 50}$$

$$616 \times 1,96^2 \times 50 \times 50$$

$$n = \frac{616 \times 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}{0,0025 (615) + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$616 \times 3,8416 \times 0,5 \times 0,5$$

$$n = \frac{591,6064}{1,5375 + 0,9604}$$

$$591,6064$$

$$n = \frac{591,6064}{2,4979} = 236,84 \quad n = 237$$

$$2,4979$$

$$591,6064$$

$$n = \frac{591,6064}{2,4979} = 236,84 \quad n = 237$$

$$2,4979$$

Dónde:

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 - p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1. Por ejemplo, si p= 0.8 q= 0.2 Z,

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

E = Rango de error 0,05 por ciento, nivel de precisión absoluta.

Total, de muestra: 237 GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024

Se aplicaron los criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión: Se incluyó a todas aquellas usuarias que hayan sufrido una hemorragia dentro de la primera de la gestación cuyos datos en el área de estadísticas sean claros y pertinentes.

Criterios de Exclusión: Se excluyo a todas aquellas usuarias que no hayan sufrido una hemorragia dentro de la primera de la gestación y aquellas cuyos datos en el área de estadísticas no sean claros y pertinentes.

3.6 Cronograma del proyecto

Nº	Meses	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección del tema	■	■	■																									
2	Aprobación del tema										■																		
3	Recopilación de la información												■	■															
4	Elaboración del tema o perfil, primera etapa del proyecto de investigación												■	■															
5	Subir el perfil, primera etapa del proyecto de investigación al SAI														■														
6	Recopilación de la información														■	■													
7	Desarrollo de la segunda etapa del proyecto de investigación															■	■												
8	Subir segunda etapa del proyecto de investigación al SAI															■													
9	Sustentación de segunda etapa del proyecto de investigación															■													
10	Recopilación de información																■	■	■	■									
11	Desarrollo de la tercera etapa del proyecto de investigación																				■	■	■						

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

Tabla #3

RECURSOS HUMANOS	
INVESTIGADORAS	Angie Maoly Plaza Santos Karen Chamber Barrera
TUTORA	Obst. Ana Maria Pasos Baños Phd

Elaborado por: Angie Plaza – Karen Chamber.

3.7.2 Recursos económicos

Tabla #4

RECURSOS ECONÓMICOS	INVERSIÓN
Internet	\$50
Material Bibliografico	\$25
Compra de pendrive	\$18
Impresión y anillados	\$15
Alimentación	\$40
Movilización y transporte	\$60
Total	208

Elaborado por: Angie Plaza – Karen Chamber.

3.8 Plan de tabulación y análisis

3.8.1 Base de datos

La base de datos del presente trabajo de investigación está estrechamente relacionada a la historia clínica de la gestante debido a que allí se encontraron todos los datos de la misma, mismos que son necesarios para la obtención del resultado esperado.

Se utilizó el programa Excel como herramienta informática que facilitó el análisis de las distintas variables a investigar sobre los factores de riesgo asociados a la

hemorragia de la primera mitad en gestantes atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. Santa Elena en el periodo noviembre 2023 - abril 2024. Donde se obtuvo un universo de 616 con una muestra de 237 gestantes dentro de las cuales algunas presentaron y otras no los criterios de inclusión/exclusión.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

Para realizar el respectivo análisis y procesamientos de los datos se utilizó las variables propuestas en el capítulo anterior para así poder establecer sus totales en frecuencia y su valor porcentual, sus totales en el tiempo de estudio.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

a. Edad

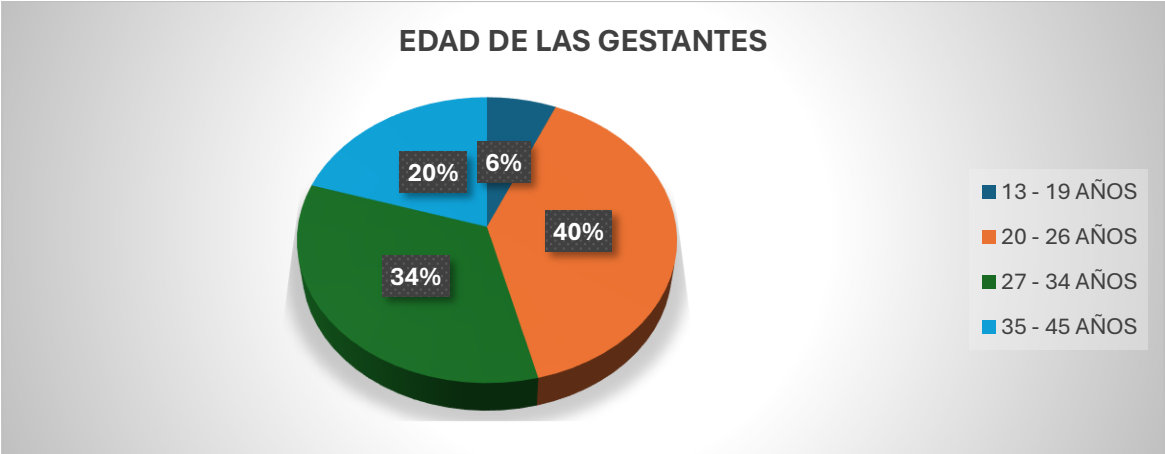
Tabla N. 2 Edad de las gestantes

GRUPO ETAREO	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE
13 – 19 AÑOS	9	6%
20 – 26 AÑOS	55	40%
27 – 34 AÑOS	47	34%
35 – 45 AÑOS	28	20%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. 1 Edad de las Gestantes



Análisis de los Datos: La edad es un factor de riesgo reconocido en las Guías de Práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y se cataloga como alto riesgo si es menor de 19 o mayor de 35 años, es un factor de riesgo no modificable y definirá el comportamiento materno ante cualquier evento obstétrico en este caso una hemorragia del primer trimestre que en algunos casos puede pasar desapercibida y en otros puede tener una reacción exagerada. Dentro del grupo de estudio las usuarias entre 20 – 26 años de edad representaron el mayor grupo etario. Teniendo en cuenta que este periodo de edad se caracteriza por su capacidad de ovular y embarazarse, se comprende el alto porcentaje presentado.

b. Nacionalidad

Tabla N.3 Nacionalidad de las gestantes

NACIONALIDAD	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE
ECUADOR	130	94%
VENEZUELA	9	6%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N.2 Nacionalidad de las gestantes



Análisis de los datos: Los patrones culturales influyen, esto implica retos y conflictos según la cultura y el estrato socio cultural, resaltando que cuando una mujer inicia su maternidad, genera un impacto psicosocial. De acuerdo a los datos las gestantes de nacionalidad ecuatoriana representan el mayor grupo de origen.

c. Estado civil

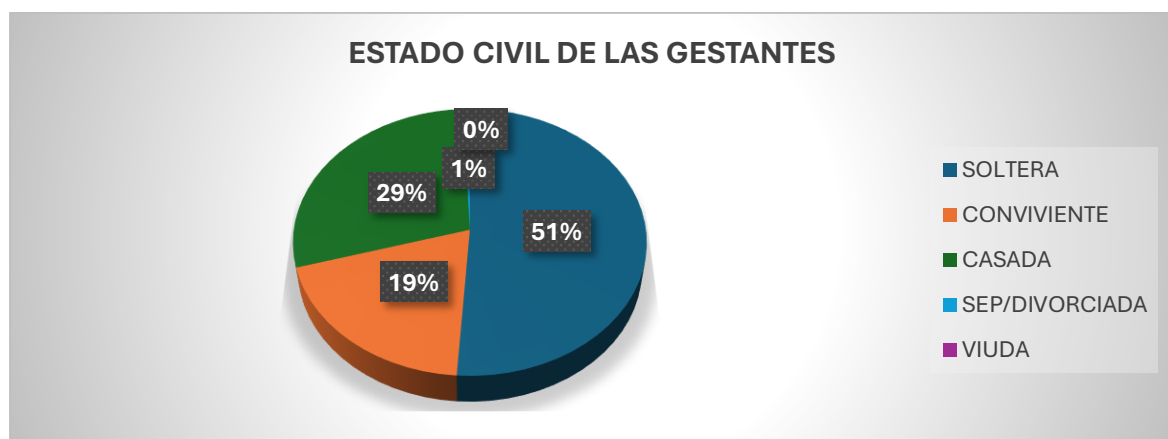
Tabla N.4 Estado civil de las gestantes

ESTADO CIVIL	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE DE GESTANTES
SOLTERA	71	51%
CONVIVIENTE	27	19%
CASADA	40	29%
SEP/DIVORCIADA	1	1%
VIUDA	0	0%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. Estado civil de las gestantes



Análisis de los datos: La familia es un rol estratégico para la sociedad, así como para el individuo. Además, ha sido y continuara siendo la célula social primordial, sin posibilidad de desligar las tradiciones, las costumbres, el derecho ni la política de la forma en que se conciben las agrupaciones familiares y la reproducción de sus características. No obstante, dentro de nuestro grupo de estudio, el mayor porcentaje de gestantes representa al grupo de las solteras, notándose una desemejanza de acuerdo a las recomendaciones establecidas por las GPC del Control Prenatal.

c. Nivel educativo

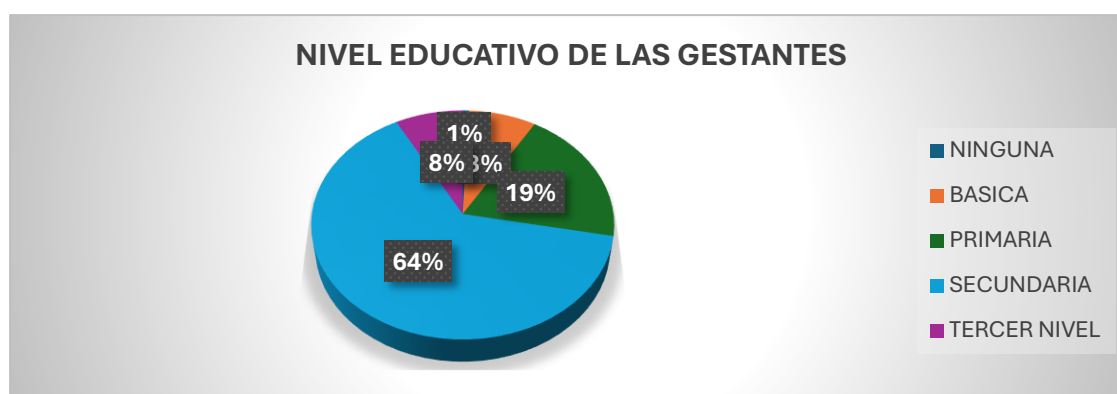
Tabla N. Nivel educativo de las gestantes

NIVEL EDUCATIVO	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE DE LAS GESTANTES
NINGUNA	1	1%
BASICA	11	8%
PRIMARIA	27	19%
SECUNDARIA	89	64%
TERCER NIVEL	11	8%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. Nivel educativo de las gestantes



Análisis de los datos: El embarazo y la parentalidad adolescente se constituyen como factores exógenos de desvinculación escolar de las estudiantes de educación secundaria en América Latina. El embarazo y la maternidad temprana representan un costo de oportunidad para las mujeres, ya que la falta de condiciones idóneas, comprensión y abordaje adecuado de la problemática, trae como consecuencias la interrupción de la trayectoria educativa o el abandono del sistema educativo. En este caso de estudio se refleja significativamente el abandono, interrupción o la indiferencia hacia la oportunidad escolar ya que el mayor grupo de gestantes únicamente ha llegado a la secundaria e incluso sin culminarla.

d. Etnia

Tabla N. Etnia de las gestantes

ETNIA	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE
AFROAMERICANO	1	1%
CHOLO	1	1%
MESTIZO	137	98%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. Etnia de las gestantes



Análisis de los datos: En Ecuador la etnia indígena está representada con el 35 % población general. No obstante, en representación del caso de estudio la mayoría de gestantes se consideran 98% mestizas. Se hace énfasis en aquello ya que el embarazo, parto y postparto en la mujer integra un proceso de gran importancia social y cultural cargado de mitos, ritos y paradigmas. Recalcando la importancia de aquello mencionamos que dentro del Ministerio de Salud Pública constamos con el plan parto respetado y humanizado para brindar una atención respetuosa y con pertinencia intercultural

e. Procedencia

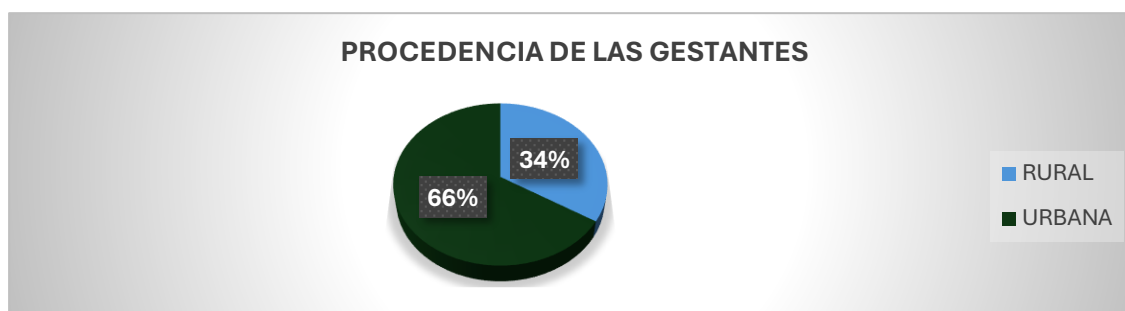
Tabla N. Procedencia de las gestantes

PROCEDENCIA	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE
RURAL	49	34%
URBANA	90	66%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. Procedencia de las gestantes



Análisis de los datos: El cuidado y protección de la vida durante la gestación y el nacimiento son parte integral de la promoción de salud. Para asegurarlas, es importante procurar un acceso oportuno a servicios de salud, una alimentación equilibrada y nutritiva, unas condiciones de vida dignas para la familia y, en general, un acceso a servicios de apoyo que favorezcan este plan de salud. En este caso de estudio presentamos una mayoría de gestantes pertenecientes a la zona urbana.

2. FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO

a. Edad Gestacional

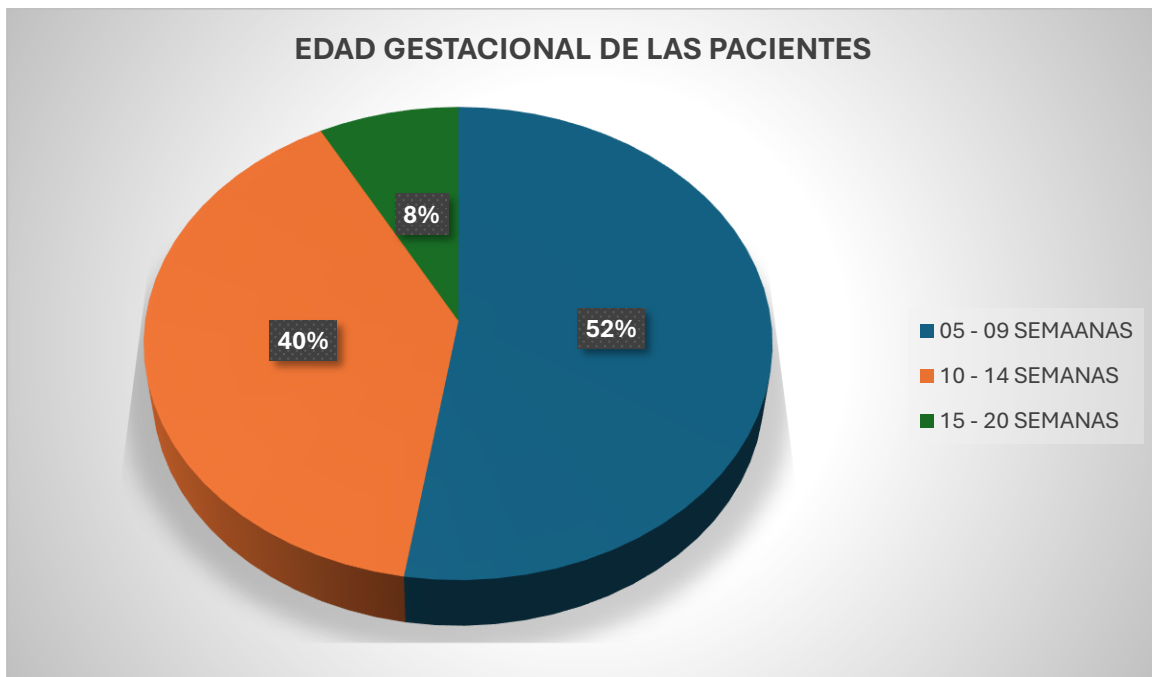
Tabla N. Edad gestacional de las pacientes

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE DE GESTANTES
5 – 9 SEMANAS	73	52%
10 – 14 SEMANAS	55	40%
15 – 20 SEMANAS	11	8%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. Edad gestacional de las pacientes



Análisis de los Datos: La edad gestacional reviste importancia para pronosticar la morbimortalidad materna y neonatal. Teniendo en cuenta que es fundamental tener un desarrollo normal en las primeras semanas de la gestación, por un alto porcentaje de gestantes dentro del estudio se ha evidenciado que en su mayoría presentaron hemorragias dentro de las 05 – 09 semanas. Recapitando sobre la posibilidad de problemas cromosómicos que hacen imposible un desarrollo óptimo con supervivencia para el producto.

b. Paridad

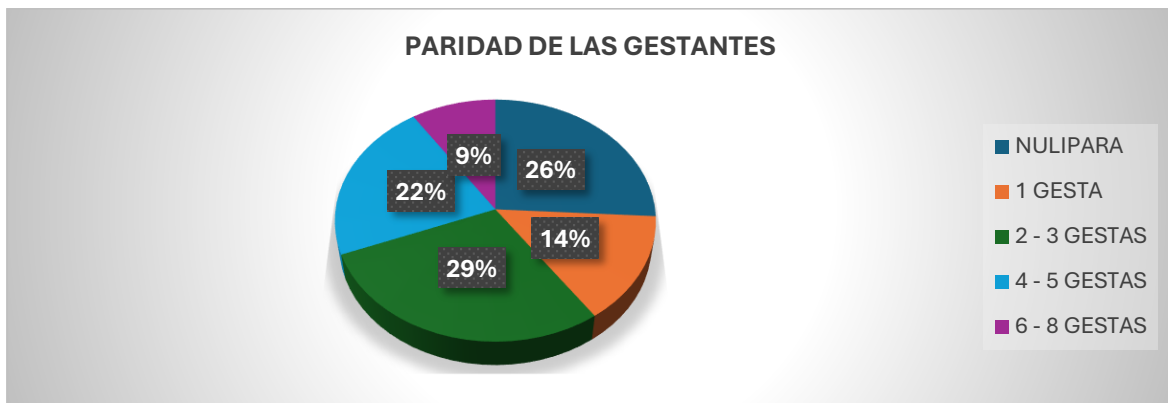
Tabla N. Paridad de las gestantes

PARIDAD	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE DE GESTANTES
NULIGESTA	36	26%
1 GESTA	20	14%
2 – 3 GESTAS	40	29%
4 – 5 GESTAS	30	22%
6 – 8 GESTAS	13	9%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. Paridad de las gestantes



Análisis de los Datos: De acuerdo al ministerio de Salud Pública se conoce que la paridad ha sido descrita como un factor de riesgo en la gestación y aún más la multiparidad ya que está estrechamente relacionada con la morbilidad materna y otras complicaciones. Por lo tanto, ha sido valorada dentro de nuestros datos teniendo como resultado así un alto índice de reproducción ya que el porcentaje más alto corresponde a pacientes con 2 a 3 gestas anteriores.

b. Controles prenatales

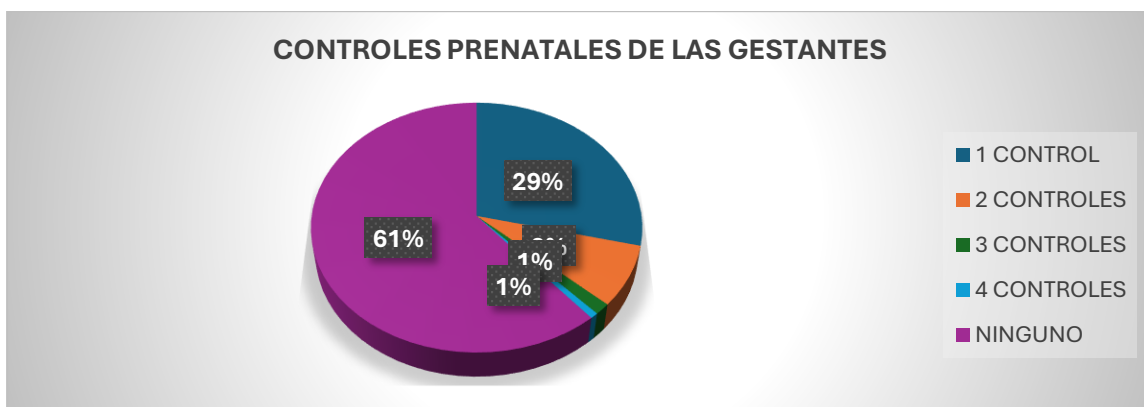
Tabla N. Controles prenatales de las gestantes

PONTOLES PRENATALES	NUMERO DE GESTANTES	PORCENTAJE DE GESTANTES
1 CONTROL	40	29%
2 CONTROLES	11	8%
3 CONTROLES	2	1%
4 CONTROLES	1	1%
NINGUNO	85	61%

Fuente: Historia Clínica Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N. Controles prenatales de las gestantes



Análisis de los Datos: El control prenatal dentro del Ministerio de salud Pública es una guía que permite brindar atención, diagnosticar y valorar el estado de salud tanto de la mujer como del feto y detectando la existencia de posibles factores de riesgo, disminuyendo así la morbilidad materna y perinatal.

Lamentablemente en este caso de estudio evidenciamos una deficiencia de la educación materna y de la asistencia a los controles prenatales ya el porcentaje que predomina es de un 61% de gestantes que no tuvo ningún control prenatal.

4.2 Análisis e interpretación de datos

Quispe, en su estudio sobre Factores asociados a las hemorragias de la primera mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa 2021 obtuvo como resultados que las edades de 20 a 34 años con el 50%, el 78% de procedencia del área rural, el 49% de estado civil conviviente, el 42% de religión católica, el 44% el nivel de instrucción secundaria, el 52% ocupación amas de casa, 28% con ingresos económicos igual al sueldo básico, el 69% con vivienda propia, el número de integrantes de la familia el 32% más de cinco integrantes, edad gestacional el 47% entre 13 a 17, número de partos, el 44% más de tres partos, número de gestaciones el 44% más de tres gestaciones, el 55% atenciones pre natales adecuadas, el 52% de las mujeres con IMC normal, el 52% con edad gestacional de entre 13 a 17 semanas cuando se presentó la hemorragia, el 89% del diagnóstico de las hemorragias son a causa de abortos, el 50% EIG corto, el peso antes de la gestación en un 52% peso normal, el 57% con Amenia, el 55% con ITU. el 77% no presentaron hipertensión arterial, enfermedad inflamatoria pélvica, el 84% no presentó dicha enfermedad.

Colchado, (2021) en su estudio sobre “CONOCIMIENTO DE HEMORRAGIAS EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE CONTINGENCIA HUÀNUCO – 2019”, tuvo como objetivo Determinar el conocimiento de hemorragias en la primera mitad del embarazo en gestantes que acuden al Hospital Regional de Contingencia Huanuco-2019. MÉTODOS: Se realizó el estudio descriptivo con 156 gestantes que asistieron a su atención prenatal en el, 2019. En la recolección de datos se utilizó

una guía de entrevista y un cuestionario de conocimientos. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba de Chi Cuadrado. RESULTADOS: El 57,7% de las gestantes tiene conocimiento medio sobre las emergencias obstétricas durante el primer trimestre del embarazo; 37,2% posee un nivel de conocimiento alto y solamente 5,1% tiene bajo conocimiento. Por otro lado, el nivel de conocimiento tiene significancia estadística con $p \leq 0,000$. CONCLUSIONES: El conocimiento sobre las hemorragias en la primera mitad del embarazo es medio en el Hospital Regional de Contingencia Huánuco-2019.

Paucar Del Castillo, (2022) en su estudio sobre HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUANUCO 2019. Tuvo como Objetivo General Determinar las hemorragias de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2019. Se trabajó con una muestra de 295 paciente con la patología señalada, llegando al final del estudio con los siguientes resultados: Edades de las pacientes entre los 20 a 25 años, con el 30%; Religión católica, con el 50%. El 53% estado civil de convivientes. Procedencia, zonas urbanas con el 73%. El 45% del grupo de estudio fueron amas de casa. El 69% no contó con atención pre natal. El 48% fueron multíparas. El 57% manifestaron no haber tenido ninguna enfermedad previa a la actual. El mayor porcentaje tenían de 8 a 10 semanas con el 28%. Diagnóstico, con el 35% estuvieron los abortos, con el 30% aborto en curso. Antecedentes, teniendo el 29% antecedentes de legrado uterino o AMEU mientras que con el 55% encontramos que no tuvieron ninguna patología. El 86% terminó con tratamiento quirúrgico, mientras que el 14% recibió tratamiento médico. Luego del tratamiento no presentaron ninguna complicación con el 54%. El 60% de pacientes terminaron con la condición de sano. El 53% estuvo hospitalizada entre 1 a 2 días.

Una vez realizado el estudio se obtuvo como resultados que los factores sociodemográficos, el 40% de las gestantes pertenecen al grupo etareo entre 20 - 26 años teniendo así una similitud con la representación de los otros casos investigativos, el 94% de las gestantes son ecuatorianas, el 51% su estado civil es soltera dando así diferencia notable ya que en el antecedente investigativo se

expone a las gestantes en estado civil de conviviente, el 64% presenta un nivel educativo secundario que en comparación a los tres antecedentes de estudio este coincide con dos de ellos, el 98% mestiza, 66% de procedencia urbana a diferencia de los casos ya expuestos, continuando con los factores de riesgo obstétricos, el 52% de las gestantes coincidían con una edad gestacional de 5 – 9 semanas cuando presentaron la hemorragia, un 29% poseen una paridad de 2 a 3 gestas lo cual coincide con el antecedente investigativo, por ultimo con un 61% las gestantes no presento ningún control prenatal al momento de acercarse al área gineco obstétrica.

4.3 Conclusiones

El estudio sobre los factores de riesgo asociados a la hemorragia en la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, entre noviembre de 2023 y abril de 2024, revela hallazgos relevantes que coinciden en gran medida con investigaciones previas, pero también destacan algunas particularidades específicas de la población estudiada.

Factores sociodemográficos como: en la edad 40% de las gestantes se encontraba en el grupo etario de 20 a 26 años, lo que es consistente con otros estudios que identifican a las mujeres jóvenes como un grupo vulnerable, se observa una divergencia notable en el estado civil, con el 51% de las gestantes siendo solteras, a diferencia de estudios previos que mostraban una mayor prevalencia de gestantes convivientes. Este dato puede indicar cambios en las dinámicas sociales y familiares en la región. El 64% de las gestantes poseía un nivel educativo secundario, un dato que se alinea con dos de los tres estudios previos analizados. Esto sugiere una posible relación entre el nivel educativo y la presentación de hemorragias en la primera mitad del embarazo. El 98% de las gestantes se identificó como mestiza, lo cual es representativo de la demografía de la región costera del Ecuador. El 66% de las gestantes residía en el cantón Santa Elena con procedencia urbana, lo que destaca la importancia de los factores locales en la presentación de hemorragias en el embarazo.

En relación con los factores de riesgo obstétricos como: la edad gestacional el 52% de las hemorragias ocurrió entre las 5 y 9 semanas de gestación, lo que es coherente con la literatura existente, que identifica este período como crítico para la aparición de complicaciones tempranas. El 29% de las gestantes tenía una paridad de 2 a 3 gestas, coincidiendo con investigaciones anteriores que sugieren un mayor riesgo de hemorragia en mujeres con múltiples embarazos previos. Un 61% de las gestantes no había recibido control prenatal antes de presentar la hemorragia. Este dato subraya la necesidad urgente de mejorar el acceso y la adherencia al cuidado prenatal, como medida preventiva crucial.

4.4 Recomendaciones

Estos resultados destacan la importancia de los factores sociodemográficos y obstétricos en la identificación de mujeres en riesgo de hemorragia durante la primera mitad del embarazo.

Se recomienda fortalecer los programas de educación y acceso a servicios de salud materna, con especial atención a las mujeres jóvenes, solteras y con menor nivel educativo. Además, es imperativo mejorar la captación temprana y la adherencia al control prenatal para reducir la incidencia de hemorragias y sus complicaciones asociadas. Ya que se presentaron limitaciones en cuanto a los factores sociodemográficos. También, se debe tener en cuenta que una de las principales barreras hacia el caso investigativo fue la falta de información social como conocer datos del número de convivientes en el hogar, el número de hijos, ocupación, esto podría influir en el riesgo de presentar recurrencia de la hemorragia.

Se recomienda concientizar la necesidad de seguir indagando sobre la influencia de los factores de riesgo obstétrico y la percepción del paciente para evaluar la importancia del cuidado preconcepcional y la planificación familiar, ya que existe una carencia de controles prenatales y en consecuencia un aumento de gestas con

pérdidas recurrentes. Siendo así, la amenaza de aborto y aborto la principal causa de hemorragia en la primera mitad de la gestación.

CAPITULO V

5 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

Fortalecimiento del programa de cuidado preconcepcional en usuarias en edad fértil en el cantón Santa Elena

5.2 Antecedentes

La hemorragia durante la primera mitad del embarazo es una complicación obstétrica significativa que puede estar asociada con diversas etiologías y factores de riesgo, y su identificación temprana es crucial para la prevención de resultados adversos tanto para la madre como para el feto. Sin embargo, la identificación y cuantificación de estos factores de riesgo en la población local sigue siendo un área poco explorada. Este estudio tiene como objetivo llenar ese vacío de conocimiento al analizar los factores de riesgo específicos asociados a la hemorragia en la primera mitad del embarazo en mujeres en edad fértil en el cantón Santa Elena, el estudio sobre Factores de Riesgo Asociados a la Hemorragia en la Primera Mitad del Embarazo en Gestantes Atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Noviembre 2023 - Abril 2024, evidencio que 40% de las gestantes se encontraba en el grupo etario de 20 a 26 años, lo que es consistente con otros estudios que identifican a las mujeres jóvenes como un grupo vulnerable, se observa una divergencia notable en el estado civil, con el 51% de las gestantes siendo solteras, a diferencia de estudios previos que mostraban una mayor prevalencia de gestantes convivientes.

Este dato puede indicar cambios en las dinámicas sociales y familiares en la región. El 64% de las gestantes poseía un nivel educativo secundario, un dato que se alinea

con dos de los tres estudios previos analizados. Esto sugiere una posible relación entre el nivel educativo y la presentación de hemorragias en la primera mitad del embarazo. El 98% de las gestantes se identificó como mestiza, lo cual es representativo de la demografía de la región costera del Ecuador. El 66% de las gestantes residía en el cantón Santa Elena con procedencia urbana, lo que destaca la importancia de los factores locales en la presentación de hemorragias en el embarazo.

En relación con los factores de riesgo obstétricos como: la edad gestacional el 52% de las hemorragias ocurrió entre las 5 y 9 semanas de gestación, lo que es coherente con la literatura existente, que identifica este período como crítico para la aparición de complicaciones tempranas. El 29% de las gestantes tenía una paridad de 2 a 3 gestas, coincidiendo con investigaciones anteriores que sugieren un mayor riesgo de hemorragia en mujeres con múltiples embarazos previos. Un 61% de las gestantes no había recibido control prenatal antes de presentar la hemorragia. Este dato subraya la necesidad urgente de mejorar el acceso y la adherencia al cuidado prenatal, como medida preventiva crucial.

5.3 Justificación

El estudio realizado en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor reveló que los factores sociodemográficos y obstétricos tienen una influencia significativa en la aparición de hemorragias durante la primera mitad del embarazo. Los resultados indican que un grupo considerable de gestantes jóvenes (20-26 años), principalmente solteras y con un nivel educativo secundario, presenta mayor riesgo. Además, el hecho de que la mayoría de las hemorragias ocurrieran entre las 5 y 9 semanas de gestación y en mujeres con una paridad de 2 a 3 gestas, resalta la importancia de estos factores en la prevención de complicaciones.

La falta de control prenatal en el 61% de los casos enfatiza la necesidad urgente de mejorar las estrategias de acceso y seguimiento prenatal en esta población. Este tema es relevante ya que aporta al conocimiento de los factores que predisponen

a las gestantes a complicaciones tempranas en el embarazo, permitiendo la creación de guías clínicas específicas y estrategias de intervención que pueden ser aplicadas en futuras gestiones en salud materna, reduciendo así la morbilidad y mortalidad en esta población.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo general

Fortalecer el programa de cuidado preconcepcional en usuarias en edad fértil del cantón Santa Elena, con el fin de mejorar los conocimientos, prácticas y accesibilidad a servicios de salud preconcepcional, y reducir los riesgos asociados a embarazos no planificados y complicaciones materno-fetales.

5.4.2 Objetivos Específicos:

1. Evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas relacionadas con el cuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del cantón Santa Elena, para identificar brechas y áreas de mejora en el programa actual.
2. Diseñar e implementar estrategias educativas y de sensibilización dirigidas a mujeres en edad fértil y proveedores de salud en el cantón Santa Elena, con el propósito de aumentar la cobertura y efectividad del cuidado preconcepcional.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

5.5.1 Estructura general de la propuesta

La propuesta de fortalecimiento del programa de cuidado preconcepcional en usuarias en edad fértil en el cantón Santa Elena está estructurada en torno a un enfoque integral que combina la evaluación del estado actual del programa, la identificación de brechas y necesidades, y la implementación de intervenciones dirigidas a mejorar los conocimientos, prácticas, y accesibilidad a servicios de salud preconcepcional. La estructura general incluye las siguientes etapas clave:

a. Realizar el diagnóstico Situacional: Evaluación del conocimiento, prácticas y acceso al cuidado preconcepcional entre las usuarias en edad fértil y los proveedores de salud en el cantón Santa Elena.

b. Diseñar las Intervenciones: Desarrollo de estrategias educativas, de sensibilización, y de mejora en la oferta de servicios preconcepcionales basadas en los resultados del diagnóstico situacional.

c. Implementar el Programa Fortalecido: Ejecución de las intervenciones diseñadas, con un enfoque en la educación de las usuarias y la capacitación de los proveedores de salud, junto con la optimización de los servicios disponibles.

5.5.2 Componentes

La propuesta de fortalecimiento del programa de cuidado preconcepcional se basa en los siguientes componentes fundamentales:

Evaluación Diagnóstica: Se prevé realizar encuestas y entrevistas a mujeres en edad fértil y a profesionales de salud para identificar el nivel de conocimiento, las barreras percibidas y las prácticas actuales relacionadas con el cuidado preconcepcional.

Análisis de Servicios: Revisión de la infraestructura, recursos y servicios preconcepcionales disponibles en el cantón Santa Elena, para identificar las brechas en la oferta y la demanda de estos servicios.

Intervención Educativa:

Capacitaciones para Proveedores de Salud: Desarrollo y ejecución de talleres de formación para médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, enfocándose en la importancia del cuidado preconcepcional y en técnicas de consejería efectiva.

Campañas de Sensibilización: Implementación de campañas educativas dirigidas a mujeres en edad fértil a través de medios de comunicación, talleres comunitarios y material educativo, para aumentar la conciencia sobre la importancia del cuidado preconcepcional.

Accesibilidad y Mejora de Servicios:

Optimización de Servicios Preconceptionales: Reforzamiento y expansión de los servicios de salud preconcepcional en las unidades de salud del cantón, incluyendo la mejora en la disponibilidad de recursos y la adaptación de horarios para facilitar el acceso.

Integración de Tecnologías de la Información: Uso de plataformas digitales y aplicaciones móviles para la programación de citas, recordatorios y acceso a información educativa, mejorando la interacción de las usuarias con el sistema de salud.

Monitoreo y Evaluación:

Indicadores de Rendimiento: Definición de indicadores clave para evaluar la efectividad de las intervenciones, tales como la tasa de cobertura del cuidado preconcepcional, el nivel de conocimiento entre las usuarias, y la satisfacción de estas con los servicios recibidos.

Evaluación Continua: Realización de evaluaciones periódicas para medir el impacto de las intervenciones y hacer ajustes oportunos, garantizando la mejora continua del programa.

Sostenibilidad

Plan de Sostenibilidad: Desarrollo de un plan para asegurar la continuidad del programa fortalecido después de la fase inicial de implementación, incluyendo la búsqueda de financiamiento adicional y la formación de alianzas estratégicas.

Replicabilidad: Documentación y sistematización del proceso de fortalecimiento del programa para facilitar su replicación en otros cantones o regiones con características similares.

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

El fortalecimiento del programa de cuidado preconcepcional en usuarias en edad fértil en el cantón Santa Elena tiene como objetivo fortalecer el programa de cuidado preconcepcional en usuarias en edad fértil del cantón Santa Elena, con el fin de

mejorar los conocimientos, prácticas y accesibilidad a servicios de salud preconcepcional, y reducir los riesgos asociados a embarazos no planificados y complicaciones materno-fetales y generar un impacto significativo en la salud reproductiva de las mujeres de la región. Los resultados esperados se enfocan en mejorar tanto los indicadores de salud materna como la calidad y accesibilidad de los servicios preconcepcionales. El alcance de esta alternativa abarca varios niveles:

1. **Mejora en los Conocimientos y Prácticas de las Usuarias:** Se espera que las mujeres en edad fértil del cantón Santa Elena tengan un mejor entendimiento de la importancia del cuidado preconcepcional, lo que se reflejará en un mayor número de usuarias que acceden a estos servicios de manera proactiva.

Cambios en las Prácticas de Salud: Se anticipa un cambio positivo en las prácticas de salud de las mujeres, como la planificación del embarazo, la adopción de hábitos saludables antes de la concepción y una mayor adherencia a los consejos médicos preconcepcionales.

2. **Ampliación de la Cobertura y Accesibilidad a los Servicios Precepcionales:**

Incremento en la Cobertura del Programa: Se espera que la intervención aumente la cobertura del programa de cuidado preconcepcional, alcanzando a un mayor número de mujeres en edad fértil, especialmente aquellas que previamente tenían acceso limitado o nulo a estos servicios.

Mejora en la Accesibilidad: La optimización de los servicios, incluyendo la disponibilidad de recursos y horarios más flexibles, permitirá que más mujeres accedan al cuidado preconcepcional, independientemente de su ubicación geográfica o situación socioeconómica.

3. **Fortalecimiento de las Capacidades de los Proveedores de Salud:**

Capacitación de los Profesionales: Se espera que los proveedores de salud del cantón Santa Elena estén mejor preparados y capacitados para ofrecer servicios preconcepcionales de alta calidad, lo que resultará en una atención más efectiva y centrada en las necesidades de las usuarias.

Implementación de Nuevas Tecnologías: La integración de tecnologías de la información en el seguimiento y atención preconcepcional mejorará la eficiencia del programa y facilitará la comunicación entre las usuarias y los proveedores de salud.

4. Impacto en los Indicadores de Salud Materna:

Reducción de Riesgos Asociados al Embarazo: Con el fortalecimiento del programa, se espera una disminución en la incidencia de embarazos no planificados y complicaciones materno-fetales, contribuyendo a mejores resultados de salud para las madres y sus futuros hijos.

Mayor Adherencia al Control Preconcepcional: Se anticipa un aumento en el número de mujeres que completan el ciclo de cuidado preconcepcional recomendado, lo cual tendrá un efecto positivo en la salud materna y perinatal a largo plazo.

5. Sostenibilidad y Replicabilidad del Programa:

Sostenibilidad del Programa: Se espera que el programa fortalecido cuente con un plan de sostenibilidad robusto, garantizando su continuidad a lo largo del tiempo y su capacidad para adaptarse a nuevas necesidades y desafíos en la salud reproductiva.

Modelo Replicable: El programa, una vez fortalecido y evaluado, podría servir como modelo para otros cantones o regiones con contextos similares, extendiendo el impacto positivo más allá del cantón Santa Elena.

Bibliografía

- Artal, R. (2022). *msdmanuals*. Obtenido de Factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>
- Baena, G. (2019). *Metodología de la Investigación, serie integral por competencias*. México: Grupo Editorial Patria.
- Bernal-Cherrez, J. (2020). *Metodología de la investigación*. México: Trillas.
- Cabrera, R. S. (2023). Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322023000300012#:~:text=Las%20complicaciones%20asociadas%20a%20la,ano%20mal%C3%ADas%20cromos%C3%B3micas%20y%20malformaciones%20cong%C3%A9nitas.
- CARVAJAL, J., & RALPH, C. (2019). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Universidad Católica de Chile. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Castañeda, P. J., & Santa, C. H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista Enfermería Global*, 109-128. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004
- Figueroa Oliva, D. A., Negrin Garcia, V. A., & Garcell Fernández, E. T. (2021). Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Medicas Rios*. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1351922>
- Flores, L. B., Naves, S. J., Sosa, B. G., González, A., Luna, A. J., & Paque, B. C. (2023). Morbidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 83-89. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10761194/>

- Fugarolas, J., Hernández, B., Olgúin, A., & Rosales, S. (2019). Malformación arteriovenosa uterina: una alternativa de tratamiento conservador. Reporte de caso y revisión bibliográfica. *Revista de Ginecología Obstetricia Mexico*, 208-216. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom183g.pdf>
- Gallegos, V. S., & León, R. M. (2022). EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS. *Revistas Medicina de Urgencias*, 349-370.
- García-Villagómez, J. (2020). *Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino*. México. : Secretaría de Salud.
- Gomez, R. (2023). *gomezroig*. Obtenido de Antecedentes Obstétricos Desfavorables: <https://www.gomezroig.com/antecedentes-obstetricos-desfavorables/>
- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU. (2024). INCOMPETENCIA CERVICAL. CERCLAJE UTERINO. *Revistas Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona*. Obtenido de <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Cerclaje-Uterino.-Incompetencia-cervical.pdf>
- Instituto Mexicano de Seguro Social. (2019). *Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y Tratamiento TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL*. Mexico: Instituto Mexicano de Seguro Social. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/228GRR.pdf>
- Liang, H., Sandoval, J., Hernández, G., & Vargas, J. (2019). Embarazo ectopico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina* , 28-36. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
- Ministerio de Salud Publica. (2019). *MSP*. Obtenido de Evaluacion y Categorizacion de Riesgo Obstetrico en el control prenatal: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/archivos/AC_00091_2019%20DIC%2016...pdf
- Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social. (2019). *Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas*. Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social. Obtenido de <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/progsalud/adjunto/b155f3-PatologiasObstetricascorregido.pdf>

- MSP. (2 de 2022). *www.salud.gob.ec*. Obtenido de *www.salud.gob.ec*:
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/GACETA-MM-SE-48.pdf>
- Múnera, A., Muñoz, E., & Ibarra, J. (2021). Hipertensión arterial y embarazo. *Revista Colombiana de Cardiología*. Obtenido de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000100003
- Okonji-Nzopotam, O. (2023). *Differentials in Maternal Mortality Pattern in Sub-Saharan Africa Countries*. Sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Survey Data. Women.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2024). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Embarazo en la adolescencia: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,prematuro%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,prematuro%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave).
- Palella-Martins, S. (2022). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Regalado-Proaño, A. (2020). *Causas de las hemorragias obstétricas del primer trimestre de embarazo que ingresan al Area de Emergencia*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Romero-Álvarez, J. (2020.). Manejo de Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino. *Rev Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia*. , 175.
- Sanabria, C. J., Macanchí, A. E., & Carrión, M. E. (2023). Factores asociados a hemorragias durante el primer y segundo trimestre del embarazo en pacientes de edades extremas. *Revista Polo Conocimiento*, 331-344.
- Sanabria, N. (2024). *slideshare*. Obtenido de 4. Hemorragias del primer y tercer trimestre.pdf: <https://es.slideshare.net/slideshow/4-hemorragias-del-primer-y-tercer-trimestrepdf/266362280>
- Sánchez-Macías, R. (2022). *Hemorragias obstétricas*. Cali: RECIAMUC.
- Sanhueza, P. (2010). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica*. Mexico: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Obtenido de <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/PREVENCI%C3%93N->

DIAGNÓSTICO-Y-MANEJO-DE-LA-HEMORRAGIA-OBSTÉTRICA.-
LINEAMIENTO-TÉCNICO_compressed-1.pdf

Vaquero, N. B., González, C. G., Pazmiño, A. J., Duque, J. L., & Cherrez, I. C. (2022).

COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN EMBARAZADAS AÑOSAS. CENTRO DE SALUD SAN JACINTO DE BUENA FE, 2020. *Revista de Ciencias de la Salud Mas Vita*.
Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392273/mv_vol4_n2-2022-art18.pdf

Zambrano, F., San Lucas, L., Zamora, R., & Chonga, C. (2021). Descripción y análisis de las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Revistas Ciencias de la Salud*, 217-235. Obtenido de : <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i6.2418>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artal, R. (2022). *msdmanuals*. Obtenido de Factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>

Baena, G. (2019). *Metodología de la Investigación, serie integral por competencias*. México: Grupo Editorial Patria.

Bernal-Cherrez, J. (2020). *Metodología de la investigación*. México: Trillas.

Cabrera, R. S. (2023). Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322023000300012#:~:text=Las%20complicaciones%20asociadas%20a%20la,ano mal%C3%ADas%20cromos%C3%B3micas%20y%20malformaciones%20cong%C3%A9nitas.

CARVAJAL, J., & RALPH, C. (2019). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Universidad Católica de Chile. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>

- Castañeda, P. J., & Santa, C. H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista Enfermería Global*, 109-128. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004
- Figueroa Oliva, D. A., Negrin Garcia, V. A., & Garcell Fernández, E. T. (2021). Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Medicas Rios*. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1351922>
- Flores, L. B., Naves, S. J., Sosa, B. G., González, A., Luna, A. J., & Paque, B. C. (2023). Morbidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes . *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 83-89. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10761194/>
- Fugarolas, J., Hernández, B., Olguín, A., & Rosales, S. (2019). Malformación arteriovenosa uterina: una alternativa de tratamiento conservador. Reporte de caso y revisión bibliográfica. *Revista de Ginecología Obstetricia Mexico*, 208-216. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom183g.pdf>
- Gallegos, V. S., & León, R. M. (2022). EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS. *Revistas Medicina de Urgencias*, 349-370.
- García-Villagómez, J. (2020). *Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino*. México. : Secretaría de Salud.
- Gomez, R. (2023). *gomezroig*. Obtenido de Antecedentes Obstétricos Desfavorables: <https://www.gomezroig.com/antecedentes-obstetricos-desfavorables/>
- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU. (2024). INCOMPETENCIA CERVICAL. CERCLAJE UTERINO. *Revistas Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona*. Obtenido de <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Cerclaje-Uterino.-Incompetencia-cervical.pdf>
- Instituto Mexicano de Seguro Social. (2019). *Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y Tratamiento TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL*. Mexico: Instituto Mexicano de Seguro Social. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/228GRR.pdf>

- Liang, H., Sandoval, J., Hernández, G., & Vargas, J. (2019). Embarazo ectopico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina* , 28-36. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
- Ministerio de Salud Publica. (2019). *MSP*. Obtenido de Evaluacion y Categorizacion de Riesgo Obstetrico en el control prenatal: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn n/archivos/AC_00091_2019%20DIC%2016...pdf
- Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social. (2019). *Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas*. Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social. Obtenido de <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/progsalud/adjunto/b155f3-PatologiasObstetricascorregido.pdf>
- MSP. (2 de 2022). *www.salud.gob.ec*. Obtenido de *www.salud.gob.ec*: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/GACETA-MM-SE-48.pdf>
- Múnera, A., Muñoz, E., & Ibarra, J. (2021). Hipertensión arterial y embarazo. *Revista Colombiana de Cardiología*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000100003
- Okonji-Nzopotam, O. (2023). *Differentials in Maternal Mortality Pattern in Sub-Saharan Africa Countries*. Sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Survey Data. Women.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2024). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Embarazo en la adolescencia: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,prematuro%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,prematuro%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave).
- Palella-Martins, S. (2022). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Regalado-Proaño, A. (2020). *Causas de las hemorragias obstetricias del primer trimestre de embarazo que ingresan al Area de Emergencia*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.

- Romero-Álvarez, J. (2020.). Manejo de Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino. *Rev Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.* , 175.
- Sanabria, C. J., Macanchí, A. E., & Carrión, M. E. (2023). Factores asociados a hemorragias durante el primer y segundo trimestre del embarazo en pacientes de edades extremas. *Revista Polo Conocimiento*, 331-344.
- Sanabria, N. (2024). *slideshare*. Obtenido de 4. Hemorragias del primer y tercer trimestre.pdf: <https://es.slideshare.net/slideshow/4-hemorragias-del-primer-y-tercer-trimestrepdf/266362280>
- Sánchez-Macías, R. (2022). *Hemorragias obstétricas*. Cali: RECIAMUC.
- Sanhueza, P. (2010). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica*. Mexico: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Obtenido de https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/PREVENCI%C3%93N-DIAGN%C3%93STICO-Y-MANEJO-DE-LA-HEMORRAGIA-OBST%C3%89TRICA.-LINEAMIENTO-T%C3%89CNICO_compressed-1.pdf
- Vaquero, N. B., González, C. G., Pazmiño, A. J., Duque, J. L., & Cherrez, I. C. (2022). COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN EMBARAZADAS AÑOSAS. CENTRO DE SALUD SAN JACINTO DE BUENA FE, 2020. *Revista de Ciencias de la Salud Mas Vita*. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392273/mv_vol4_n2-2022-art18.pdf
- Zambrano, F., San Lucas, L., Zamora, R., & Chonga, C. (2021). Descripción y análisis de las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Revistas Ciencias de la Salud*, 217-235. Obtenido de : <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i6.2418>
- Quispe Sánchez, K. J. (2023). Factores asociados a las hemorragias de la primera mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa 2021.
- Colchado Roque, D. A. (2021). Conocimiento de hemorragias en la primera mitad del embarazo en gestantes que acuden al hospital regional de contingencia Huánuco–2019.
- Raymundo Orihuela, S. N. (2023). Causas de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en un Centro de Salud de el Tambo-Huancayo 2021.

Paucar Del Castillo, M. (2022). Hemorragias de la primera mitad del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2019.

ANEXOS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS
¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIAS DE PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024?	ESTABLECER LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIAS DE PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024.	LOS FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRAFICOS TIENEN UNA ALTA ASOCIACION A LAS HEMORRAGIAS DE PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024.