



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LAS HEMORRAGIAS
DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO**
**ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA.
MATILDE HIDALGO DE PROCEL, PERIODO 2015**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO**

AUTOR

JACQUELINE ANDREA ANDRADE CORONEL

TUTOR

DR. BOLIVAR VACA

GUAYAQUIL- ECUADOR

2016



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LAS HEMORRAGIAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL, PERIODO 2015

AUTOR: JACQUELINE ANDREA ANDRADE CORONEL

**REVISORES:
DR. BOLIVAR VACA**

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: MEDICINA

FECHA DE PUBLICACION:

Nª DE PÁGS: 78

ÁREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIAS DEL PRIMER TRIMESTRE, TIPOS DE ABORTO, EDAD GESTACIONAL.

Introducción: La hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la segunda causa de mortalidad materna en nuestro país, siendo las más frecuentes el aborto incompleto, aborto diferido y huevo anembrionado, muchas mujeres pueden tener sangrado en la implantación que es mínimo y no produce síntomas adversos de consulta urgente en diversos centros de salud.

Materiales y métodos: Estudio observacional, indirecta, no experimental, cualitativo, corte transversal descriptivo.

Se realizó la recolección de datos por medio de historias clínicas de las pacientes, se tabuló la información en una hoja de datos Excel y su posterior análisis se desarrolló en la plataforma estadística SPSS.

Resultados: se analizó 100 historias clínicas en donde las hemorragias del primer trimestre correspondieron a un 66% aborto incompleto, el 12% aborto diferido, el 11% huevo anembrionado, el 4% embarazo ectópico, el 4% embarazo molar y el 3% aborto en curso. Se asociaron significativamente con ciertas variables como número de gestaciones de la mujer.

Conclusión: se realiza este estudio por las altas tasas de ingresos observadas en emergencia del Hospital Matilde Hidalgo de Procel durante el período 2015, para poder conocer sus factores, complicaciones como podrá repercutir en la madre y los riesgos que representaría durante su etapa de embarazo, todo esto sería beneficioso para un manejo más acorde y prevenir los factores que desencadenarían la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo y disminuyendo la morbilidad y mortalidad que en los actuales momentos es elevado.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI X

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono:

0958924692

E-mail:

jacquelineandrade.coronel@gmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Teléfono: (04)229-3598

E-mail: www.ug.edu.ec

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR LA SRTA JACQUELINE ANDREA ANDRADE CORONEL CON CI # 0930142880

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES

FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LAS HEMORRAGIAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL, PERIODO 2015

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Jacqueline Andrea Andrade Coronel ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de Médico General.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Primeramente dedico mi tesis a Dios por darme fortaleza para culminar con esta etapa estudiantil.

A mis padres por ser mi guía, el apoyo incondicional, moral y económico, ya que son el principal motivo de mi superación y porque han estado a mi lado en todo momento con sus consejos, apoyo, ejemplo, experiencias y sabidurías me ayudaron a no renunciar, a ser perseverante, constante y a no decaer en ningún momento.

A todos los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas y catedráticos de los diversos hospitales que he conocido durante este camino de la carrera por su apoyo brindado en las aulas, por sus conocimientos impartidos en las salas de diversos hospitales.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios y a la Virgencita de la Inmaculada Concepción por darme sabiduría, paciencia y perseverancia, pese a esta dura carrera, lo he podido culminar.

A mis padres Manuel y Gloria mis pilares fundamentales en mi vida, que me brindaron todo su apoyo, consejos y fortaleza para lograr esta meta tan anhelada.

A mi hermana Melissa otro pilar de mi vida gracias por tu apoyo y saberme orientar cuando habían días difíciles.

A mi amado Víctor por apoyarme en todo momento y seguir juntos este camino.

A mis abuelos, tíos y primos gracias por su apoyo durante todo este tiempo para cumplir la meta de ser médico, por nunca dudar de mí, este logro es para ustedes.

A mis amigos, que mediante las experiencias con el pasar de los años aprendimos que trabajando en equipo se cumplen de mejor forma los objetivos, ya que si uno flaquea el otro le da la mano para levantarse.

RESUMEN

Introducción: La hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la segunda causa de mortalidad materna en nuestro país, siendo las más frecuentes el aborto incompleto, aborto diferido y huevo anembrionado, muchas mujeres pueden tener sangrado en la implantación que es mínimo y no produce síntomas adversos de consulta urgente en diversos centros de salud.

Materiales y métodos: Estudio observacional, indirecta, no experimental, cualitativo, corte transversal descriptivo. Se realizó la recolección de datos por medio de historias clínicas de las pacientes.

Se tabuló la información en una hoja de datos Excel y su posterior análisis se desarrolló en la plataforma estadística SPSS.

Resultados: se analizó 100 historias clínicas en donde las hemorragias del primer trimestre correspondieron a un 66% aborto incompleto, el 12% aborto diferido, el 11% huevo anembrionado, el 4% embarazo ectópico, el 4% embarazo molar y el 3% aborto en curso. Se asociaron significativamente con ciertas variables como número de gestaciones de la mujer.

Conclusión: se realiza este estudio por las altas tasas de ingresos observadas en emergencia del Hospital Matilde Hidalgo de Procel durante el período 2015, para poder conocer sus factores, complicaciones como podrá repercutir en la madre y los riesgos que representaría durante su etapa de embarazo, todo esto sería beneficioso para un manejo más acorde y prevenir los factores que desencadenarían la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo y disminuyendo la morbilidad y mortalidad que en los actuales momentos es elevado.

PALABRAS CLAVE: Hemorragias del primer trimestre, tipos de aborto, edad gestacional.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric hemorrhage and its complications are the second cause of maternal mortality in our country, the most frequent incomplete abortion, I missed abortion and anembryonic egg, many women may have bleeding in the implementation that is minimal and no adverse symptoms urgent consultations in various health centers.

Materials and Methods: Observational, indirect, non-experimental, qualitative, descriptive cross-sectional. Data collection was performed using medical records of patients, information was tabulated in an Excel data and further analysis was developed in the SPSS statistical platform.

Results: 100 medical records where bleeding the first quarter was 66% incomplete abortion, 12% deferred abortion, 11% anembryonic egg, 4% ectopic pregnancy, 4% molar pregnancy and 3% abortion was analyzed in progress. They were associated significantly with certain variables as the number of pregnancies of women.

Conclusion: This study is conducted by high rates of income observed in emergency Matilde Hidalgo Hospital during the period 2015 to meet its factors, complications can impact the mother and the risks they represent during their pregnancy, all this would be beneficial for a more consistent management and prevent the factors that would trigger bleeding during the first trimester of pregnancy and reducing morbidity and mortality at the present time is high.

KEYWORDS: Hemorrhages in the first quarter, types of abortion, gestational age.

Contenido	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del Problema:	3
1.2 Justificación.....	5
1.3 Determinación del problema	7
1.3.1 NATURALEZA.....	7
1.3.2 CAMPO	7
1.3.3 ÁREA.....	7
1.3.4 Geográfica:.....	7
1.3.5 Cronológica:.....	7
1.4 Formulación del Problema	8
1.5 Objetivos generales y específicos.....	9
1.5.1 GENERALES.	9
1.5.2 ESPECÍFICOS.....	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 ANTECEDENTES	10
2.1.1 FUNDAMENTACION TEÒRICA	13
2.1.2 Causas de hemorragia genital en el primer trimestre.....	15
2.1.2.1 Aborto	15
2.1.2.2 Amenaza de aborto.....	15
2.1.2.3 Aborto en curso e inminente	17
2.1.2.4 Aborto incompleto	17
2.1.2.5 Aborto retenido	18
2.1.2.6 Embarazo anembrionado	18
2.1.2.7 Muerte embrionaria.....	18
2.1.2.8 Aborto completo.....	18
2.1.2.9 Aborto espontàneo o Involuntario.....	19
2.2 Factores de riesgo del aborto.....	20

2.2.1	Edad avanzada	20
2.2.2	Aborto espontáneo anterior.....	20
2.2.3	La ovulación prolongada al intervalo de implantación	20
2.2.4	Causas ambientales.	20
2.2.5	Hàbito tabàquico	20
2.2.6	Alcohol	20
2.2.7	Cocaína	21
2.2.8	Bajo nivel de folato.....	21
2.3	FACTORES FETALES	21
2.3.1	Las anomalías cromosómicas	21
2.3.2	Trastornos genéticos	22
2.3.3	Trauma	22
2.4	FACTORES MATERNOS	22
2.4.1	Enfermedades crónicas	22
2.4.2	Trastornos endocrinos	23
2.4.3	Anomalías anatómicas o uterinas	23
2.4.4	Incompetencia cervical	24
2.4.5	Causa Infecciosa.....	24
2.5	CUADRO CLINICO DEL ABORTO	24
2.5.1	El sangrado vaginal	24
2.5.2	El dolor pélvico	24
2.6	DIAGNOSTICO DEL ABORTO	24
2.6.1	La gonadotropina coriónica humana	25
2.6.2	Grupo sanguíneo y el rastreo de anticuerpos	25
2.7	TRATAMIENTO DEL ABORTO.....	25
2.8	COMPLICACIONES DEL ABORTO	26
2.9	EMBARAZO ECTOPICO.....	27
2.9.1	FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE EMBARAZO ECTÒPICO ..	28
2.9.1.1	Embarazos ectòpicos anteriores	28
2.9.1.2	Infecciòn Pèlvica	29
2.9.1.3	Uso de anticoncepciòn.....	29

2.9.1.4 Ligadura tubàrica	30
2.9.1.5 Exposición en el útero DES	30
2.9.1.6 La infertilidad	30
2.9.1.7 Múltiples parejas sexuales	30
2.9.1.8 Hábito tabàquico	31
2.9.1.9 La fertilización in vitro	31
2.9.1.10 Duchas vaginales	31
2.9.1.11 Edad	31
2.9.2 Clasificación de los embarazos ectòpicos	31
2.9.2.1 CUADRO CLINICO DEL EMBARAZO ECTOPICO	31
2.9.3 PRUEBAS DIAGNÒSTICAS DEL EMBARAZO ECTOPICO	32
2.9.3.1 Progesterona sérica.....	32
2.9.3.2 Ecografía transvaginal	33
2.9.4 TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO	34
2.9.4.1 Tratamiento mèdico	34
2.9.4.2 Tratamiento quirùrgico	35
2.9.4.3 Legrado	35
2.9.5 TIPOS DE EMBARAZO ECTÒPICO	35
2.9.5.1 Tejido trofoblàstico persistente	35
2.9.5.2- embarazo ectòpico crònico.....	36
2.9.5.3 Embarazo cervical	36
2.9.5.4- Embarazo ovàrico	37
2.9.5.5 - embarazo abdominal	37
2.9.5.6 - embarazo intersticial	38
2.9.5.7 - embarazo intraligamentario	39
2.9.5.8- embarazo heterotòpico	39
2.9.5.9- embarazo ectòpico múltiple	39
2.9.5.10 - embarazo después de una histerectomía	40
2.10 ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL	41
2.10. 1 MOLA HIDATIFORME.....	41
2.10.1.1 Clasificación de Mola.....	41

2.10.1.2 Mola completa.....	42
2.10.1.3 Mola parcial.....	42
2.10.1.4 Mola Invasora.....	42
2.10.1.5 Coriocarcinoma.....	42
2.10.1.6: TUMOR TROFOBlastico DEL SITIO PLACENTARIO.....	43
2.10.2 Epidemiología de Mola	43
2.10.2.1 Edad materna.....	43
2.10.2.2 Paridad y antecedentes obstétricos	43
2.10.2.3 Raza.....	43
2.10.2.4 Factores nutricionales.....	43
2.10.2.5 Otros factores de riesgo.....	43
2.10.3 CLÍNICA DE MOLA HIDATIFORME.....	44
2.10.3.1 Clínica.....	44
2.10.3.2 Exploración física de Mola Hidatiforme.....	45
2.10.4 DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIFORME.....	45
2.10.4.1 Ecografía.....	45
2.10.4.2 Gonadotrofina coriónica	46
2.10.5 TRATAMIENTO DE MOLA HIDATIFORME	46
2.11 Hipótesis del Estudio	47
2.12 Variable Independiente	47
2.13 Variable Dependiente	47
CAPITULO III.....	48
3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL, ZONAL, PROVINCIAL, CANTONAL Y LOCAL)	48
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA	48
3.3 VIABILIDAD	48
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	49
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	49
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	49
3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	49

3.6 OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	51
3.7 TIPO DE INVESTIGACION	51
3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	51
3.8.1 EJECUCION	51
3.8.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	51
3.8.3 CONFECCION DEL INFORME FINAL	51
3.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	51
3.10 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS	52
3.10.1 HUMANOS	52
3.10.2 FÍSICOS	52
3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA	52
3.12 METODOLOGIA PARA EL ANÁLISIS EN LOS RESULTADOS	52
CAPITULO IV	53
RESULTADOS Y DISCUSION	53
4.1 GRAFICO 1: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: EDAD MATERNA	53
4.2 GRÁFICO 2: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: ESTADO CIVIL	54
4.3 GRÁFICO 3: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO NIVEL DE INSTRUCCIÓN	55
4.4 GRÁFICO 4: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: NUMERO DE GESTACIONES.	56
4.5 GRÁFICO 5: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO:CONTROL PRENATAL.	57
4.6 GRÁFICO 6: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO:LA EDAD GESTACIONAL	58
4.7 GRÁFICO 7: : HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: TIPOS DE ABORTO	59
4.8 GRÁFICO 8: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: LUGAR DE RESIDENCIA	60
4.9 GRÁFICO 9: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION DEL TIPO DE ABORTO Y ESTADO CIVIL	61

4.10 GRÁFICO 10: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN	63
4.11 GRÁFICO 11: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y NUMERO DE GESTACIONES	65
4.12 GRÁFICO 12: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y EDAD GESTACIONAL	67
4.13 GRÁFICO 13: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y CONTROL PRENATAL.....	69
CAPITULO V	71
CONCLUSIONES.....	71
CAPITULO VI.....	73
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFIA.....	74

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna global alcanza 530.000 casos anuales y una cuarta parte es consecuencia de hemorragias obstétricas, se estima que en el mundo mueren unas 140.000 mujeres por año una mujer cada cuatro minutos a causa de hemorragia obstétrica.

La hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la segunda causa de mortalidad materna en nuestro país y en un número considerable de casos es origen de secuelas orgánicas irreversibles que puede ser motivada por diversos factores, muchas mujeres pueden tener sangrado en la implantación que es mínimo y no produce síntomas adversos de consulta urgente en diversos centros de salud. Aun cuando la hemorragia sea pequeña.

La hemorragia vaginal durante el embarazo, es siempre motivo, vale la pena consultar para saber el porqué de su aparición y realizar un posible tratamiento.

En el año de 1997 por motivo de la inauguración del congreso de la FIGO en Copenhague, y haciendo referencia a ese aspecto del problema, el presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia dijo: “Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podamos tratar; están muriendo porque las sociedades no han tomado aún la decisión si esas vidas valen la pena ser salvadas.” Mahmoud Fathalla, President of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), World Congress, Copenhagen, 1997.

Esto equivale que 2/3 de los casos no tienen factores de riesgo identificables se puede afirmar que la hemorragia obstétrica podrá afectara cualquier mujer en cualquier parto, la misma patología da diferentes oportunidades en cuanto a la posibilidad de sobrevivir, esto se debe por un lado a factores propios de cada paciente: su estado nutricional, la condición médica previa, el acceso a determinados niveles de atención médica, estrato social y casta religiosa la que pertenece región que habita, entre otros factores; los cuales al menos en países subdesarrollados, podríamos considerarlos inevitables o inmodificables en la mayoría de los casos

El aborto es la más frecuente de las patologías de la gestación y alrededor de 15% de los embarazos reconocidos clínicamente, terminan en abortos espontáneos. Ya que la hemorragia de primer trimestre es aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmente superior a los 500 cc de sangre.

Tenemos que tener en cuenta que el embarazo en edades tardías es frecuente y ha aumentado en los últimos años, las cifras indican que un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006 ocurrieron en mujeres mayores de 35 años. Existen informes que establecen que entre el 1,8% y 2% de los embarazos ocurre en mujeres sobre los 40 años, además existen diversos riesgos del embarazo en edades avanzadas, como ganancia excesiva de peso, obesidad, muerte materna, síndrome hipertensivo del embarazo diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, y hemorragia postparto.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, en el mundo se producen aproximadamente 500.000 muertes maternas anualmente. (20)

Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante el embarazo o inmediatamente luego del parto (OPS/OMS 2005)

Los datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Ya que el 80% de las muertes maternas son por causas obstétricas directas, es decir por complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio así como diagnósticos y tratamientos erróneos de enfermedades que se presentan durante la gestación. (OMS12)

En el 2008 se produjeron 47 000 defunciones a causa de abortos peligrosos en África, se ve muy afectada ya que dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en ese continente. Las tasas de mortalidad relacionadas con el aborto afectan y la proporción de abortos peligrosos es del 29%, pero las defunciones relacionadas con el aborto peligroso aumentan al 62%. (19)

En otro estudio demuestra que en 157 mujeres que presentaron hemorragia vaginal en el quinto y décima semana de gestación, 36 mujeres (25,9%) tuvieron un aborto involuntario dentro de dos semanas de la presentación. Los resultados muestran que las mujeres de edad ≥ 34 años tenían más probabilidades de sufrir un aborto en comparación con las mujeres cuya pareja era de 20-30 años de edad, las mujeres cuya pareja era ≥ 41 años de edad también tuvieron una mayor probabilidad de sufrir un aborto involuntario(3).

En las mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%, si han tenido dos abortos previos aumenta en un 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores aumenta la probabilidad al 47%. Por cada muerte materna

por hemorragia de la primera mitad el embarazo, hay 15 mujeres con secuelas. (OMS. 2004)

Otro estudio fue demostrado que el hábito de fumar como factor de riesgo realizado por Soraiya M. et al. en el año 1998, Coste et al. en el 2000 y Bouyer et al. en el 2003 con un riesgo de 20 cigarrillos al día y aumentando en un promedio de 3,9 veces el riesgo de embarazo ectópico. (6)

1.2 JUSTIFICACION

La embarazada debe reconocer y saber diferenciar signos de alarma de aquellas que constituyen una complicación que la obliguen a acudir a un servicio de emergencias.

Esto plantea una problemática que engloba tres aspectos diferentes que influirán sobre la morbimortalidad y deben abordarse para lograr su resolución: en lo científico se refiere al conocimiento de la patología, su tratamiento y de los recursos terapéuticos disponibles, en recursos se refiere a la disponibilidad de infraestructura y materiales apropiados, y el personal médico entrenado, y en lo cultural se refiere a las decisiones políticas a la hora de organizar y disponer los recursos terapéuticos y la logística necesaria.

El sangrado vaginal es una complicación primer trimestre común, a menudo considerado como un signo de un problema en el embarazo. El sangrado se ha relacionado con el parto prematuro, bajo peso al nacer y recién nacidos pequeños para la edad gestacional. (17)

Al realizar este proyecto y analizar cada una de los factores de riesgo y complicaciones que llevan a una hemorragia en las pacientes, podemos recaudar información que nos ayudará en futuros diagnósticos clínicos y así disminuir el índice de pacientes con traumas ginecológicos.

Por las altas tasas de ingresos observadas en emergencia del Hospital Matilde Hidalgo de Procel durante este período, me incentiva realizar una investigación para poder conocer su incidencia, factores asociados y complicaciones como podrá repercutir en la madre y los riesgos que representaría durante su etapa de embarazo, todo esto sería beneficioso para un manejo más acorde y prevenir los factores que desencadenarían la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo y disminuyendo la morbilidad y mortalidad que en los actuales momentos es elevado.

Por todo lo mencionado anteriormente es de importancia conocer el problema de este trastorno, su manejo y la evolución en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel ya que es un servicio de salud que brinda a las mujeres de nuestro país, la

maternidad cuenta con varias instalaciones para brindar salud a todas los habitantes de nuestro país como por ejemplo: Medicina General, Pediatría y Ginecología.

Finalmente todo proceso que genere cambio, en la incorporación de nuevos componentes de profundización permite justificar la relevancia contemporánea del trabajo y ver el cuidado con garantía de calidad y calidez.

1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA

1.3.1 NATURALEZA: es un estudio de observacional, indirecta, no experimental cualitativo, corte transversal, descriptivo.

1.3.2 CAMPO: salud pública Medicina

1.3.3 ÀREA: Gineco-Obstetricia.

1.3.4 Geográfica: la investigación será llevada a cabo en la Maternidad Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, el cual se encuentra en la ciudad de Guayaquil, en la parroquia Ximena. Se revisara documentación (expediente médicos) en el área de estadística de dicha casa de salud.

1.3.5 Cronológica: se realizara una sola investigación, donde se estudiara a los expedientes médicos de los pacientes que hayan sido diagnosticados con hemorragias durante el primer trimestre de embarazo en la Maternidad Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” periodo 2015.

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

- 1.- ¿Cuál es la edad materna en que ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo?.
- 2.- ¿Qué relación existe entre el estado civil y las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo?.
- 3.- ¿Cuál es el nivel de instrucción de las madres que se asocia a la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo?.
- 4.- ¿Qué número de gestación es más frecuente donde ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo?.
- 5.- ¿Cómo influye el control prenatal en las madres que tuvieron hemorragia durante el primer de embarazo?.
- 6.- ¿En qué semana de gestación ocurrieron la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo?.
- 7.- ¿Cuál tipo de aborto es el más frecuente de las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo?.
- 8.- ¿De qué área provienen las madres que tuvieron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo y complicaciones que conllevan a una hemorragia durante el primer trimestre del embarazo en pacientes ingresadas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel, en el periodo 2015.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Establecer la edad materna en que ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo.
- 2.- Analizar si existe o no asociación entre el estado civil y las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo.
- 3.- Identificar el nivel de instrucción de las madres que se asocia a la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.
- 4.- Conocer el número de gestación de las madres donde ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo.
- 5.- Analizar si las madres tuvieron control prenatal durante su embarazo
- 6.- Diagnosticar la semana de gestación más frecuente donde ocurrieron la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.
- 7.- Interpretar que tipo de aborto es el más frecuente de las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo.
- 8.- Establecer el lugar de residencia de las madres que tuvieron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

En diversos estudios relacionados con el tema de los factores de riesgo y complicaciones de las hemorragias durante el primer trimestre, muestran que el sangrado vaginal va a afectar hasta el 25% de todos los embarazos y en la mitad de los casos puede causar aborto involuntario. Ya que el sangrado seguido por la producción de trombina puede causar una cascada proteolítica que lleva a la destrucción de las membranas fetales y la ruptura prematura de membranas, ya que se ha determinado que la trombina puede estimular las contracciones uterinas y da lugar a un parto prematuro sin ruptura de membranas. (1)

Sobre la base de otra teoría, el sangrado puede ser un signo de infección uterina subclínica que podría estimular el proceso de trabajo de parto prematuro (1). El sangrado en el primer trimestre del primer embarazo aumenta el riesgo de recurrencia en el segundo embarazo del 2,2% al 8,2%, parto prematuro del 2,7% al 4,8%, y desprendimiento de la placenta de 0,9% a 1,0% en el segundo embarazo. (2)

Cerca del 80% de los abortos espontáneos aparecen en el primer trimestre, en un estudio con 347 pacientes en el primer trimestre demostrado por ecografía, la tasa de pérdida de gestación fue del 6.1 al 4.2% en pacientes sin sangrado, y del 12.45 en pacientes con sangrado. (4)

La primera referencia del embarazo ectópico es por Abulcasis en el siglo X ya que es descrita como complicación obstétrica por Mauriceau en el siglo XVII pero hay muchos aspectos controvertidos que preocupan por este diagnóstico en la obstetricia actual, entre los aspectos que abarcan son el aumento de la incidencia, la primera causa de muerte materna durante el primer trimestre de embarazo, como la identificación de la mujer con riesgo elevado de padecerlo y la repercusión de este proceso en la fertilidad posterior (Usandizaga et al. 2004) (5)

En cuanto a los factores de riesgo de embarazo ectópico en una muestra se encontró que existe una relación entre el uso de DIU, anticonceptivos orales y ligadura de trompas. El uso de métodos anticonceptivos, es decir, DIU y ligadura de trompas, aumenta significativamente el riesgo de embarazo ectópico, mientras que la anticoncepción oral previene el embarazo ectópico. Esto puede ser debido al hecho de que la anticoncepción oral previene el embarazo través de la inhibición de la ovulación. Mol et al. las mujeres de quedar embarazadas durante el uso de un DIU tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico, Bouyer et al. encontró que los DIU puede tener un papel etiológico en la aparición de un embarazo ectópico.(6)

Alrededor del 20% de las pacientes que han tenido una mola hidatiforme desarrollarán un tumor trofoblástico de la gestación metastásico o no metastásico, sin embargo el riesgo de que se produzca un coriocarcinoma apenas alcanza el 3 a 5%. (7)

Douthwaite y Urbach (1971) señalan la presencia de una sialomucina que reviste en trofoblasto evitando la esperada reacción antígeno – anticuerpo. Adeock y Col (1973) apoyando las teorías (1971) especulan que la HGC puede representar un antígeno de la superficie del trofoblasto que bloquea el rechazo de estos por los linfocitos maternos. Berhrman y Col. (1974) dan aspectos importantes de la reacción inmunológica, y señalan que el trofoblasto es especialmente antígeno y produce anticuerpo contra el embarazo. (8)

El riesgo de aborto espontáneo clínicamente detectable en la mujer que nunca ha abortado oscila entre el 11% y el 15%; en cambio, después de uno a cuatro abortos, es de 16%, 25%, 45% y 54%, respectivamente.(9)

Tenemos que tener en cuenta que el embarazo en edades tardías es frecuente y ha aumentado en los últimos años, las cifras indican que un 10% del total de embarazos en el año 1990, un 14% en el año 1999, y un 16% en el año 2006 ocurrieron en mujeres mayores de 35 años, informes revelan que entre el 1,8% y 2% de los embarazos ocurre en mujeres sobre los 40 años, además existen diversos riesgos del embarazo en edades avanzadas, como ganancia excesiva de peso, obesidad, muerte materna, síndrome hipertensivo del embarazo diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, y hemorragia postparto. (10)

La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. (9)

En un estudio que se refiere al aborto espontáneo muestran que la incidencia entre las mujeres que previamente han tenido un niño es mucho menor (5 %). El riesgo global de aborto espontáneo después de 15 semanas es baja (0,6%) para los fetos cromosómicamente normales y estructuralmente, sino que varía según la edad materna y el origen étnico. (23)

En un estudio prospectivo de más de 4000 mujeres embarazadas, el 12 por ciento de las mujeres con sangrado vaginal primer trimestre tuvo un aborto involuntario, pero el aborto involuntario también se produjo en el 13 por ciento de las mujeres sin sangrado. (24)

2.1.1 FUNDAMENTACION TEORICA

Durante el transcurso del embarazo puede presentarse complicaciones o signos que son de alarma para identificar una anormalidad en el transcurso del mismo.

La hemorragia genital durante el embarazo es un evento que, a pesar de ser frecuente en el primer trimestre, causa alarma por sus posibles implicaciones patológicas, hay algunos casos en que la implantación del embrión en el endometrio puede ocasionar un leve sangrado, ya que puede ser confundido con la menstruación sin que esto tenga ninguna repercusión sobre la madre o el feto, la cantidad y duración del sangrado, el tiempo de amenorrea y los síntomas concomitantes, como dolor, mareos, náuseas, vómitos, etc. permiten realizar el diagnóstico diferencial.(14)

La OMS reporta que en el mundo se presentan 166.000 muertes maternas al año debidas a hemorragias Obstétricas del primer trimestre del embarazo, representa el 25% del total de muertes maternas, el 75% de las muertes maternas se dan antes de la 16 semana de gestación, el 25% de las muertes maternas antes de la 12 semana de gestación. (12)

Las mujeres que no han tenido hijos, luego de un primer aborto, tiene la probabilidad de un segundo de un 19%, si han tenido dos abortos previos aumenta en un 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47%. Por cada muerte materna por hemorragia del primer trimestre del embarazo, hay 15 mujeres con secuelas. OMS. 2004. (12)

Como las causas de hemorragia durante el primer trimestre de embarazo, se destacan la falla temprana del embarazo que comprende la amenaza de aborto, el aborto completo, el aborto incompleto, el embarazo anembrionado y la muerte embrionaria, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional, otros parecen tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones como abrupcio de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer. (13)

La historia clínica y el examen físico de las pacientes logran evidenciar la causa del sangrado; es importante confirmar el origen genital y realizar examen físico completo con vaginoscopia para descartar otras causas de sangrado como cervicitis, vaginitis, trauma, cáncer cervical, pólipos. Cuando la historia clínica no es suficiente, la ecografía

transvaginal y la cuantificación de la β HCG permiten distinguir entre estas posibilidades diagnósticas y evaluar el pronóstico de la gestación.(13)

La β HCG cuantitativa es el primer hallazgo medible en el embarazo, es producida por la placenta luego de la implantación del blastocito en el día 23 de gestación u ocho días luego de la fecundación, entre las 4 y 8 semanas su aumento es del 80% cada 48 horas, con un valor mínimo de 53%; valores menores o iguales se relacionan con pérdidas tempranas o embarazo ectópico, pero no hay diferencia entre éstos determinable por la cuantificación. Niveles muy elevados a lo esperado deben hacer pensar en enfermedad trofoblástica gestacional.(13)

La ecografía transvaginal es un examen importante, ya que los hallazgos comienzan a observarse después de la semana 5, cuando ya debe estar presente un saco gestacional, el cual normalmente es redondo u ovalado y localizado en el fondo uterino. Esto consiste en un blastocisto central rodeado de un doble halo ecogénico que corresponde a vellosidades coriónicas y decidua. Este doble halo lo diferencia del pseudosaco que puede observarse en el embarazo ectópico. Se debe observar la vesícula vitelina en la semana seis de gestación y su aparición confirma un embarazo intrauterino. Esta vesícula aumenta de tamaño hasta la semana 10, para luego disminuir gradualmente hasta degenerarse. Al finalizar la sexta semana debe observarse un embrión o polo embrionario entre 2-5 mm. La longitud cráneo cola del embrión es la medida que mejor predice la edad gestacional.(13)

Un sangrado durante el primer trimestre de embarazo puede ocurrir por la aparición precoz de la circulación materna-fetal o formación anormal de membranas de la placenta, al principio del embarazo las arterias espirales maternas son bloqueados por una cáscara trofoblástica, el mantenimiento del entorno de oxígeno es bajo para el desarrollo fetal hasta la novena o décima semana de gestación, ya que el inicio prematuro de la circulación materno fetal puede estar asociada con episodios de sangrado durante el primer trimestre de embarazo. (18)

2.1.2 CAUSAS DE HEMORRAGIA GENITAL EN EL PRIMER TRIMESTRE:

Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia en Ecuador es de 125.000 mujeres que abortan anualmente.

2.1.2.1 ABORTO

Como definición de aborto establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos, este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación. (14).

Entre las hemorragias de causa obstétrica tenemos: Aborto, Embarazo ectópico, Enfermedades del trofoblasto.

El aborto se define como la interrupción del embarazo, antes de las 22 semanas de gestación, o con embrión o feto menor de 500 gramos, sea de carácter espontáneo o provocado. Actualmente con las técnicas modernas de cuidados intensivos neonatales, la tasa de sobrevivencia de fetos aumenta, por lo que el aborto se podría definir como la terminación del embarazo, por cualquier medio, antes que el feto esté lo suficiente desarrollado para sobrevivir.

Según la intencionalidad:

Aborto inducido, provocado o voluntario: se caracteriza por maniobras directas destinadas a interrumpir, puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad, ya que puede ser libre, psicosocial, eugenésico, terapéutico.

Aborto espontáneo o involuntario: no interviene la acción humana de manera intencionada.

El espectro clínico del aborto es amplio y puede presentarse con algunas de las siguientes formas clínicas:

2.1.2.2 AMENAZA DE ABORTO: se caracteriza por sangrado vaginal antes de la semana 20 de gestación, aparece en 30 a 40% de los embarazos, el sangrado normalmente es leve y puede tener dolor abdominal bajo o de tipo cólico.

En la exploración física el abdomen no es doloroso y el cuello del útero está cerrado, se puede observar sangrado a través del orificio cervical externo y no hay dolor a la movilización cervical o a la palpación anexial. Sólo el 30% de las pacientes tienen pérdida del embarazo antes de la semana 8. (11)

El estudio de una amenaza de aborto debe incluir la determinación seriada de hCG, la ecografía vaginal demuestra una vesícula gestacional con un nivel de hCG de 1000 a 2000 mUI/ml, en la semana 7 se puede observar un botón embrionario con actividad cardíaca, la medida de la vesícula gestacional es útil para diferenciar de las gestaciones viables de las no viables, se debe determinar la hemoglobina y el hematocrito para valorar la magnitud del sangrado, un examen de orina para descartar la presencia de bacteriuria asintomática ya que está asociada a parto pretérmino. (11-14)

Uno de los posibles hallazgos dentro del cuadro clínico de una amenaza de aborto, es la hemorragia subcoriónica, la cual es el reflejo del sangrado que resulta de un abrupcio marginal con separación del corion del endometrio, ocurre en 18 a 20% de las pacientes con hemorragia del primer trimestre. En la ecografía se puede observar una imagen hipoeoica o hiperecoica dependiendo del tiempo de evolución del sangrado. (13)

Edad gestacional(semanas)	Evento embriológico	Hallazgos
3-4	Implantación	Engrosamiento decidual
4	Trofoblasto	Flujo peritrofoblástico con el doppler color
4-5	Saco gestacional	BHCG entre 1500-2000
5-6	Vesícula vitelina	Saco gestacional mayor de 10 mm
5-6	Embrión	Saco gestacional mayor de 18mm
5-6	Actividad cardíaca	LCC mayor de 5mm

Adaptado de Radiol clin Noerth Am. 2004; 42(2)299. (13)

La pérdida del embarazo cuando existe una amenaza de aborto es de 2% en mujeres menores de 35 años y de 16% en mayores de 35 años, si hay hemorragia subcoriónica, el riesgo es del 9%.

No existe tratamiento efectivo para la amenaza de aborto, el reposo en cama

– ABORTO PRECOZ: antes de la 12ª semana

-ABORTO TARDIO: después de 12ª semana

2.1.2.3 ABORTO EN CURSO E INMINENTE: se va a presentar dolor más intenso y sangrado abundante con coágulos. El volumen de sangrado es mayor que con otros tipos de aborto y el cuello del útero se encuentra abierto y borrado, pero no hay pérdida de tejido. Las pacientes tienen dolor abdominal tipo cólico a la movilización cervical y a la palpación anexial. Cuando la gestación no es viable sea que el orificio cervical está dilatado o con sangrado abundante se debe realizar legrado, se debe analizar el grupo sanguíneo y factor Rh, en caso que la paciente sea factor Rh negativo se debe de administrar inmunoglobulina anti- D antes o después de evacuar el útero. (14)

2.1.2.4 ABORTO INCOMPLETO: consiste en que los restos ovulares no han sido expulsados por completo de la cavidad uterina, por tanto el útero es blando, grande, el cuello está dilatado y la hemorragia es profusa y persistente con expulsión parcial de tejido gestacional, antes de la semana 6 de embarazo. El dolor abdominal suele ser tipo cólico ya que no siempre está presente. En la exploración física el cuello se encuentra dilatado y borrado, con sangrado y coágulos mezclados con producto de la concepción.

Se solicita un hemograma, grupo sanguíneo y Rh. Si la paciente es Rh negativa debe recibir inmunoglobulina anti-D. Como tratamiento se debe de realizar una evacuación quirúrgica ya que los restos retenidos van a impedir la involución uterina dando la hemorragia e infección, se realiza mediante legrado instrumental. (14-11)

El aborto incompleto está asociado al aborto inseguro. Tal condición aumenta las probabilidades de que las mujeres experimenten complicaciones y soliciten tratamiento para casos de interrupción incompleta, el tratamiento seguro y efectivo del aborto incompleto es un importante mecanismo para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto. Entre las diversas opciones de tratamiento del aborto van desde el

manejo expectante, que permite la evacuación uterina espontánea, y el manejo activo con métodos quirúrgicos o con medicamentos. El manejo expectante no constituye la opción preferida por su relativa baja eficacia y por no poder predecir el tiempo que tomará la expulsión espontánea.

El tratamiento del aborto incompleto con medicamentos tiene poca exigencia de recursos, tenemos el misoprostol es el medicamento que se utiliza comúnmente para ese tipo de manejo y el que más se ha estudiado; constituye una alternativa terapéutica muy eficaz para mujeres que desean evitar los invasivos métodos quirúrgicos y el uso de anestesia. El misoprostol da contracciones uterinas efectivas que vacían el útero, es seguro, eficaz y no invasivo, su administración es sencilla, es estable a temperatura ambiente, accesible. (9)

2.1.2.5 ABORTO RETENIDO: consiste en la muerte del huevo in útero sin contracciones o sin dilatación suficiente del cuello uterino para la expulsión del mismo.

2.1.2.6 EMBARAZO ANEMBRIONADO: Se define como la presencia de un saco gestacional mayor de 18 mm sin evidencia de vesícula vitelina o embrión

2.1.2.7 MUERTE EMBRIONARIA: Se define como un embrión mayor de 5 mm sin actividad cardíaca

2.1.2.8 ABORTO COMPLETO: consiste en que el embarazo es expulsado de forma espontánea y completa del útero. Hay regresión de los síntomas y el útero recupera el tamaño y la consistencia normales, cerrándose de nuevamente el cuello uterino. En el examen, el cuello del útero está cerrado y el útero es pequeño y bien contraído, hay sangrado vaginal y dolor pueden ser leves o pueden haber resuelto.

Las principales prioridades para la gestión del aborto completo son asegurar que el sangrado no sea excesivo, una historia clásica de aborto completo es de varias horas de sangrado vaginal con calambres pélvicos, seguido por el paso de tejido y una disminución o la resolución de sangrado y los cólicos.

El paciente debe ser examinado para evaluar la presencia de sangrado en curso y para confirmar que el cuello del útero está cerrado y que el tamaño del útero es consistente con o menor que la edad gestacional. (11)

2.1.2.9 ABORTO ESPONTÁNEO O INVOLUNTARIO:

INCIDENCIA: Es la complicación más frecuente del embarazo precoz, la frecuencia disminuye al aumentar la edad gestacional. La incidencia de aborto espontáneo (aborto involuntario) en embarazos clínicamente reconocidos hasta 20 semanas de gestación es de 8 a 20%, sin embargo, la incidencia entre las mujeres que previamente han tenido un niño es mucho menor (5 %). El riesgo global de aborto espontáneo después de 15 semanas es baja (0,6%) para los fetos cromosómicamente normales y estructuralmente, sino que varía según la edad materna y el origen étnico.

La pérdida de embarazos no reconocidos o subclínicos es aún mayor, que se producen en el 13 a 26 por ciento de todos los embarazos. Las pérdidas tempranas del embarazo es improbable que sean reconocidos si se realizan pruebas de embarazo diarias. Un estudio que compararon el sangrado de la mujer después de una pérdida de embarazo antes de las 6 semanas de gestación, con su menstruación típica, se encontró que la pérdida de sangrado después de una pérdida de embarazo fue de 0,4 días más que la menstruación promedio de la mujer y la cantidad de sangrado fue la luz.

De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo. De uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables y un 22% termina en un aborto inducido. Tenemos que el aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido. La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles porque ocurren antes de que se presente la siguiente menstruación, en las adolescentes los abortos espontáneos pueden alcanzar entre 10% y 12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces. Del 15% al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. Hay factores y causas de origen fetal, materno o paterno que producen alteraciones ya que llevan a pérdida del producto de la gestación, están asociados a alteraciones cromosómicas. Alrededor del 30% al 50% de los abortos espontáneos son citogenética- mente anormales, las anomalías en el cariotipo llegan a ser hasta de 50% a las 8-11 semanas de gestación y 30% a las 16-19 semanas de gestación.(9)

2.2 FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO

2.2.1 Edad avanzada. El aborto espontáneo aumenta en relación con la edad materna, es frecuente a partir de los 40 años. Los abortos con alteraciones del cariotipo también son más frecuentes y se observa una mayor incidencia de trisomías. En parejas de edad avanzada son frecuentes los trastornos endocrinológicos asociados con problemas de la ovulación como la fase lútea inadecuada ya que puede dificultar la implantación o el mantenimiento temprano del embrión. Cuando se estudian los factores genéticos, estructurales, endocrinológicos, inmunológicos es frecuente no encontrar la causa y, en estos casos, el aborto se explica por una pérdida de las facultades reproductivas que ocurre en las etapas finales de la vida fértil porque los óvulos han pasado mucho tiempo en la etapa I de la meiosis.(14)

2.2.2 Aborto espontáneo anterior : Un historial obstétrico es un importante predictor del resultado del embarazo posterior, el riesgo de aborto involuntario en el embarazo futuro es de aproximadamente 20 % después de un aborto involuntario, un 28 % después de dos abortos involuntarios consecutivos, y el 43 % después de tres o más abortos involuntarios consecutivos.

2.2.3 La ovulación prolongada al intervalo de implantación: las pérdidas tempranas se han relacionado con la implantación retardada (es decir, > 10 días entre la ovulación y la implantación), lo que podría resultar el envejecimiento de la fecundación de un óvulo ya que retrasan el transporte de trompas, o la receptividad uterina anormal.

2.2.4 Causas ambientales: tenemos como el tabaco, cafeína, radiaciones, edad materna, traumatismos.

2.2.5 Hábito tabáquico - Fumar en exceso (más de 10 cigarrillos por día) se asocia con un mayor riesgo de pérdida del embarazo (riesgo relativo 1.2 a 3.4), se desconoce el mecanismo responsable, pero puede relacionarse con el vasoconstrictor y efectos antimetabólicos del humo del tabaco, el tabaquismo paterno también puede aumentar el riesgo de pérdida del embarazo.

2.2.6 Alcohol - Los estudios encontraron que de moderado a alto consumo de alcohol aumenta el riesgo de aborto espontáneo. En un estudio hubo un aumento del riesgo de

aborto involuntario en las mujeres que consumían más de 3 bebidas por semana durante las primeras 12 semanas de embarazo.(22)

Las mujeres que planean un embarazo deben evitar el consumo de alcohol, porque el alcohol es un teratógeno conocido y un nivel seguro de consumo de alcohol no se ha establecido para cualquier etapa del embarazo. (22)

2.2.7 Cocaína - El consumo de cocaína se asocia con el parto prematuro, y también puede ser un factor de riesgo de aborto espontáneo, en un estudio que incluyó a 400 mujeres que han tenido un aborto espontáneo y 570 controles que alcanzaron al menos 22 semanas de gestación, la presencia de cocaína en muestras de cabello se asoció independientemente con un aumento en la prevalencia de aborto espontáneo después del ajuste por demográfico y el consumo de drogas variables

2.2.8 Bajo nivel de folato: Un estudio basado en la población de casos y controles observó que los niveles bajos de folato en plasma (≤ 2.19 ng / ml [4,9nmol / L]) se asocia con un mayor riesgo de aborto espontáneo a 6 al 12 semanas de gestación, pero sólo cuando el cariotipo fetal fue anormal, los bajos niveles de folato en los embarazos con cariotipo normal del feto y altos niveles de folato no tuvieron efectos adversos; menos del 5 por ciento de las mujeres recibieron un suplemento de folato. Ya sea que niveles bajos de folato aumentan el riesgo de aneuploidía embrión y posterior aborto es objeto de investigación; algunos investigadores han sugerido que los polimorfismos maternos en la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) y los genes de la metionina sintasa (MTRR) pueden aumentar el riesgo de no disyunción meiótica.

Sin embargo, los suplementos de folato se recomiendan de forma rutinaria para todas las mujeres embarazadas de todas formas para la prevención de defectos del tubo neural.(22)

2.3 FACTORES FETALES

2.3.1 Las anomalías cromosómicas: Representan aproximadamente el 50 % de todos los abortos involuntarios, la mayoría de tales anomalías son aneuploidías; anomalías estructurales y mosaicismo son responsables de una proporción pequeña, la mayoría de estas anomalías son aneuploidías que se producen

con mayor frecuencia a medida que aumenta la edad materna. El aborto anterior se produce, mayor es la incidencia de defectos citogenéticos. En un estudio, por ejemplo, la prevalencia de cariotipos anormales fetales es 90 por ciento en los embarazos sacro vacío, 50 por ciento de los abortos se producen en 8 a 11 semanas de gestación, y 30 por ciento en los que se producen en 16 a 19 semanas.

La trisomía 16 es la trisomía autosómica más común y siempre es letal. La mayoría de las anomalías cromosómicas en el embrión surgen de novo. En raras ocasiones, la anomalía se hereda de un padre que puede tener una translocación cromosómica equilibrada. (23)

2.3.2 Trastornos genéticos: Es la causa más común de abortos espontáneos de un 50 a 70%, la mayoría de los abortos se producen antes de la semana 8, son producto de huevos con anomalías genéticas, por un error en la meiosis I o II materna o paterna, también puede ser por la superfecundación de un huevo por dos espermatozoides o por una división cromosómica sin que ocurra la división citoplasmática. (22)

En el 80% de estos huevos aberrantes se detectan anomalías cromosómicas y si el producto de un aborto es sometido a estudio genético, se encuentra entre un 50% y 60% de anomalías cromosómicas. Lo más frecuente de las anomalías cromosómicas son las trisomías autosómicas, son comunes y representan un 50% de los casos. La trisomía 16 es la más frecuente en el material de aborto ya que la bolsa amniótica está completamente vacía, por lo que resulta imposible que progrese el embarazo. Le siguen en frecuencia la monosomía X, aproximadamente uno de cada 15 fetos llegan a término y nacen con el síndrome de Turner. La triploidía con 15%, la tetraploidía con 10%, los arreglos estructurales con 1,5% y la polisomía cromosómica sexual con 1,3%. (14)

2.3.3 Trauma: procedimientos intrauterinos invasoras como el muestreo de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, o trauma aumentan el riesgo de aborto.

2.4 FACTORES MATERNOS

2.4.1 Enfermedades crónicas: Cualquier enfermedad que comprometa la salud de la madre está asociada con un incremento en la incidencia de aborto, es raro que una paciente con una enfermedad crónica grave, salga embarazada y en los pocos casos en

que lo logra la enfermedad puede empeorar. La enfermedad de Wilson, la fenilcetonuria, las cardiopatías cianógenas y las hemoglobinopatías, están asociadas con un aumento en la incidencia de abortos. Condiciones como la hipertensión y las enfermedades del colágeno predisponen a los infartos placentarios, lesionando áreas de la placenta que ocasiona pérdida del producto en cualquier etapa de la gestación. (14)

2.4.2 Trastornos endocrinos: Cualquier endocrinopatía afecta la reproducción en alguna de sus fases como la ovulación, concepción, implantación o crecimiento y desarrollo del embrión/feto. Una deficiencia en la producción de estradiol durante la fase folicular y luteal o mala respuesta endometrial a la progesterona circulante, pueden ocasionar un deficiente soporte hormonal del embarazo. La insuficiencia del cuerpo lúteo y la diabetes, son las causas más frecuentes. El cuerpo lúteo es necesario para la implantación y el mantenimiento del embarazo durante las primeras 12 semanas. En la insuficiencia luteal da un desarrollo endometrial inadecuado por la insuficiente secreción o actividad de la progesterona. Para su diagnóstico es la confirmación histológica de un endometrio fuera de fase en dos o más días de la etapa secretora del ciclo menstrual, también un nivel de progesterona sérica en la fase medio luteal del ciclo menor de 10 hg/ml ya que está asociado con esta deficiencia. El tratamiento con progesterona o HCG se debe administrar a pacientes que presentan síntomas de amenaza de aborto luego de haber realizado inducción de la ovulación, también cuando los niveles séricos de progesterona son inferiores a 15 hg/ml y en aquellas con historia de pérdidas precoces del embarazo. Se ha demostrado que las pacientes diabéticas con hiperglicemia y elevación de los niveles de hemoglobina glicosilada en el primer trimestre, tienen un riesgo elevado de aborto espontáneo, mientras que aquellas con un adecuado control metabólico presentan un riesgo similar al de las no diabéticas. (14)

2.4.3 Anomalías anatómicas o uterinas: como las malformaciones uterinas, miomas uterinos, sinequias uterinas.

Las anomalías uterinas: han sido señaladas como factor en el 15% de los casos de aborto con desarrollo fetal adecuado. Aproximadamente del 20% al 25% de las mujeres con anomalías müllerianas experimentan dificultades con la función reproductora, incluyendo el aborto espontáneo. Entre las anomalías uterinas adquiridas, las sinequias

son las que más se han asociado con pérdidas recurrentes. Los mecanismos etiológicos propuestos son la restricción física a la implantación y al crecimiento del producto y la limitación del suministro vascular del endometrio.(14)

2.4.4 Incompetencia cervical: El cuello incompetente es responsable del 8% al 15% de los abortos habituales. Dentro de sus causas tenemos: traumatismos cervicales como dilataciones múltiples o excesivas, conización cervical amplia y anomalías müllerianas. La asociación de incompetencia cervical en mujeres expuestas al dietilestilbestrol en útero, fue señalada por primera vez por Singer y Hochman.(14)

2.4.5 Causa Infecciosa: cualquier infección puede ser causa de aborto. Los agentes que se relacionan son los microorganismos productores de la viruela, cólera, paludismo, toxoplasmosis, siendo el *Ureoplasma urealyticum* y *Micoplasma hominis*.

2.5 CUADRO CLINICO DEL ABORTO: Los síntomas típicos de un aborto espontáneo son sangrado vaginal o dolor pélvico. Cualquier sangrado o dolor pélvico en una mujer embarazada merece mayor evaluación, la disminución del movimiento fetal es rara vez una presentación de aborto espontáneo, ya que la mayoría de los abortos se producen antes de los movimientos fetales son perceptible para el paciente. (14)

2.5.1 El sangrado vaginal: El volumen o el patrón de sangrado no predice un aborto espontáneo. El sangrado vaginal es común durante el primer trimestre, que se producen en el 20 al 40 por ciento de las mujeres embarazadas. El sangrado vaginal puede estar acompañado por el paso de tejido fetal, que normalmente es sólido y tiene una apariencia de una masa blanca cubierta con la sangre, ya que pueden confundir un coágulo de sangre (24)

2.5.2 El dolor pélvico: El dolor que acompaña a un aborto espontáneo es normalmente de tipo cólico o sordo en su carácter y puede ser constante o intermitente.

2.6 DIAGNOSTICO DEL ABORTO

- Historia clínica completa, factores de riesgo y determinación de la edad gestacional
- Examen clínico evaluando su estado general, funciones vitales como hipotensión.

- Examen del abdomen como dolor abdominal, altura uterina, latidos fetales
- Examen ginecológico observando si hay sangrado vaginal, expulsión de tejidos ovulares, examen de cuello uterino

En los exámenes auxiliares solicitar hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh, examen de orina, ecografía pélvica.

2.6.1 La gonadotropina coriónica humana - Una gonadotropina coriónica humana en suero (hCG) deberían proceder. Una concentración de hCG sola no es informativo en el diagnóstico de aborto espontáneo, sino una línea de base es útil si los resultados de la ecografía no son diagnósticos o si se sospecha de embarazo ectópico. En tales casos, la medición de hCG de serie puede ser necesaria. En los embarazos fallidos, una disminución de la hCG sérica generalmente se hace evidente sobre la base de dos mediciones por lo menos dos días de diferencia. A un nivel de hCG sérica basal de 500 UI / L, una caída de hCG de > 21 % es un fuerte predictor de aborto involuntario. En una hCG sérica basal de 5000 UI / L, una caída de hCG de > 35 por ciento es un fuerte predictor de aborto involuntario.

2.6.2 Grupo sanguíneo y el rastreo de anticuerpos - Una tipificación Rh (D) y la detección de anticuerpos deben extraerse si no se realiza previamente durante el embarazo actual. Las mujeres con sangrado en el embarazo que son Rh (D) -negativo se debe dar anti-D globulina inmune (24)

2.7 TRATAMIENTO DEL ABORTO

A pesar de que el manejo estándar de las pérdidas tempranas de la gestación con cuello cerrado ha sido quirúrgico, se ha planteado el manejo médico con misoprostol, el cual ha mostrado ser efectivo y seguro. La dosis usada de misoprostol en la mayoría de estudios reportados es de 600 a 800 ug, si no se logra expulsión completa en el tercer día, se puede repetir la dosis, si en el octavo día no hay expulsión completa, se debe realizar manejo quirúrgico con dilatación y legrado. (11)

Se debe proceder a la evacuación quirúrgica en condiciones si hay sangrado excesivo persistente, inestabilidad hemodinámica, tejido retenido infectado y sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional, la evacuación uterina debe realizarse mediante

legrado por aspiración ya que aporta una pérdida hemática menor, menos dolor y con duración de la intervención más corta que el legrado mediante curetaje, si se sospecha infección se recomienda el retraso de la intervención durante 12 horas para permitir la administración de una pauta antibiótica. (16)

La administración de prostaglandinas antes del aborto quirúrgico se asocia con disminución significativa de la fuerza de dilatación, sangrado y trauma cervical/uterino. (16)

2.8 COMPLICACIONES DEL ABORTO

- Coagulación Intravascular Diseminada con fracaso renal.
- Hemorragia: la hemorragia puede ocurrir alrededor de la hora del paso espontáneo de los productos de la concepción, durante o después de la evacuación uterina quirúrgica, si el producto de la concepción todavía están presentes, deben ser evacuados quirúrgicamente. La etiología puede ser sub-involución del sitio de implantación placentaria, atonía uterina, lesión cervical, o perforación uterina, con una posible lesión vascular. Si la hemorragia continúa después de la evacuación uterina, el paciente debe ser evaluado y manejado en base a la etiología, la hemorragia significativa después de un legrado por aborto espontáneo se asocia a menudo con un subyacente, no coagulopatía reconocida previamente (por ejemplo, hipofibrinogenemia, deficiencia del factor).
- Aborto séptico: se refiere a una forma complicada de aborto espontáneo acompañado de una infección intrauterina, se debe llevar a cabo un legrado inmediato y tratamiento antibiótico de amplio espectro (aerobio y anaerobio), es importante reconocer los signos y síntomas de aborto séptico debido a que la condición puede ser grave y potencialmente mortal.
- Síndrome de Asherman: son sinequias uterinas poslegrado
- Perforación uterina durante el legrado: si hay estabilidad hemodinámica puede ser indicado un tratamiento conservador, pero si hay evidencia de signos de gravedad o inestabilidad hemodinámica se realizará cirugía, para los pacientes con un mayor riesgo de perforación (por ejemplo, alteraciones anatómicas, infección uterina), la guía del ultrasonido puede ser útil.

- Productos de la concepción retenidos: se debe sospechar en pacientes con sangrado uterino que aumenta de volumen o persiste por más de dos semanas después de la evacuación uterina.
- Endometritis - endometritis leve (dolor uterino y el útero leve vacío en la ecografía con o sin fiebre) después de un aborto espontáneo, se puede controlar con antibióticos de amplio espectro por vía oral.

2.9 EMBARAZO ECTOPICO

El embarazo ectópico es la implantación de ovulo fecundado en cualquier lugar distinto al endometrio, en su etiología consiste en que hay retraso en el transporte del óvulo ya que se implanta en el día 6-7 postfecundación. Es la primera causa de muerte en embarazadas en el primer trimestre.

La sintomatología consiste un simple retraso menstrual sin dolor ni sangrado, hasta la clínica de choque hipovolémico.

La presentación clínica es la triada clásica de dolor, amenorrea y sangrado ya que ocurre en 45% de los casos, lo que puede llevar a retrasos en el diagnóstico. La sospecha clínica es la clave más importante para hacer diagnósticos tempranos, lo cual permite disminuir la morbimortalidad y preservar la fertilidad.

Es la implantación fuera de cavidad endometrial, la localización más frecuente es la tubàrica con 98%, las localizaciones ovàrica, cervical, cornual e intraligamentoso son raras.

El diagnóstico diferencial es con la apendicitis aguda, la enfermedad inflamatoria pèlvica y la amenaza de aborto.

Entre los factores de riesgo el daño en la trompa puede ser por diversas causas como procesos inflamatorios, infecciosos o quirùrgicos. Los procesos inflamatorios e infecciosos pueden dar inflamación sin obstrucción tubàrica completa, en la obstrucción completa se da por diversas causas como salpingitis, ligadura tubàrica incompleta, cirugía para infertilidad tubàrica y salpingectomìa parcial o atresia congénita del segmento tubàrico intermedio.

Cuando hay daño en la mucosa de la trompa o fimbrias es el responsable de las gestaciones tubàricas, ya que los divertículos tubàricos pueden dar alteraciones que atrapen al blastocisto o dificulten su transporte. El embarazo tubàrico puede aparecer en una trompa obstruida con la trompa contralateral permeable, cuando migran los espermatozoides a través del abdomen para fecundar un ovocito liberado en el lado con obstrucción.

El tabaquismo muestra que el hábito de fumar cigarrillos aumenta el riesgo de embarazo ectópico tubàrico, las sustancias químicas en el humo del cigarrillo alteran el transporte del embrión al útero y reduce la actividad ciliar y muscular lisa de las trompas

También es importante la actividad mioelèctrica ya que es la propulsora de la trompa de Falopio, esto facilita el movimiento de los espermatozoides y los óvulos para encontrarse y lo envía al cigoto a la cavidad uterina.(11)

Los estrógenos aumentan la actividad del músculo liso y la progesterona va a disminuir el tono muscular, con la edad se va a producir una pèrdida de la actividad mioelèctrica a lo largo de la trompa de Falopio lo que relata la alta incidencia de embarazos tubàricos en mujeres perimenopàusicas.

El control hormonal de la actividad muscular de la trompa de Falopio podrían explicar la incidencia de embarazos tubàricos asociados al daño de la píldora del día después, minipíldora, dispositivos intrauterinos con progesterona y la inducción de la ovulación.

Los huevos anembrionados aparecen con más frecuencia en los embarazos ectópicos ya que no aumenta la incidencia de alteraciones cromosómicas.

2.9.1 FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE EMBARAZO ECTÒPICO

2.9.1.1 Embarazos ectópicos anteriores: Las mujeres que han tenido un tratamiento conservador para el embarazo ectópico tienen un alto riesgo (15%) para la recurrencia, esto se relaciona tanto con el trastorno subyacente de trompas que llevó al embarazo ectópico inicial y para la elección del procedimiento de tratamiento. (25)

2.9.1.2 Infección Pélvica:

Luego de un episodio de enfermedad pélvica inflamatoria el cociente de gestación ectópica frente a intrauterina es de 1 en 2,4 con un incremento de seis veces sobre la incidencia en mujeres con resultados laparoscòpicos negativos.

La clamidia es un patógeno importante en el daño tubàrico y en la posterior gestación tubàrica, ya que muchos casos de salpingitis por clamidias no son dolorosas, pueden no reconocerse, si se reconocen pueden ser tratadas de forma ambulatoria, la clamidia se ha cultivado en el 7 a 30% de los pacientes con embarazo tubàrico.(11)

La infección recurrente, es una de las principales causas de la patología de trompas y, por lo tanto, el aumento de la incidencia de embarazo ectópico, puede alterar la función de trompas, además de causar la obstrucción de trompas y la enfermedad adhesiva pélvica. (25)

2.9.1.3 Uso de anticoncepción

Los dispositivos intrauterinos inertes como los que contienen cobre dificultan los embarazos intrauterinos y extrauterinos, las mujeres que se quedan embarazadas llevando un dispositivo normoinserito es de 0.4 a 0.8 veces más probable que tengan embarazo tubàrico que aquellas que no utilizan anticoncepción, ya que los dispositivos evitan la implantación dentro del útero y trompa, una mujer que quede embarazada con dispositivo es de 6 a 10 veces más probable que tenga una gestación ectópica que si concibe sin utilizar anticoncepción.

Con los DIU de cobre los fallos anticonceptivos son embarazos tubàricos, los DIU de progesterona son menos efectivos que los de cobre para evitar las gestaciones tubàricas.

Todos los DIU evitan la implantación intrauterina, los de cobre evitan la fecundación por efectos citotòxicos y fagocìticos sobre los espermatozoides y ovocito, los DIU de progesterona son menos efectivos para evitar la concepción.

En cuanto a su duración del DIU no aumenta el riesgo de embarazo tubàrico pero con el aumento del uso de hay un incremento en el porcentaje de gestaciones tubàricas.

El consumo anterior de anticonceptivos orales no aumenta el riesgo de un embarazo ectópico. (11)

2.9.1.4 Ligadura tubàrica:

El mayor riesgo de embarazos ectópicos ocurre en los primeros dos años después de la ligadura tubàrica, el riesgo de cualquier procedimiento de ligadura tubàrica es del 5 al 16%. Se puede realizar una reparación tubàrica para solucionar una obstrucción, quitar adherencias o evacuar en embarazo ectópico roto. (11)

La principal causa de embarazo ectópico es la interrupción de la anatomía tubàrica normal a partir de factores como la infección, cirugía, anomalías congénitas o tumores, la distorsión anatómica puede ser por un deterioro funcional debido a la actividad ciliar dañado

La reversión de la ligadura aumenta el riesgo de embarazo ectópico, el riesgo depende del método de ligadura, sitio de oclusión, longitud de la trompa residual, patología existente y técnica quirúrgica. (11)

Lo que se refiere a la cirugía reconstructiva la asociación entre la cirugía reconstructiva de trompas y embarazo ectópico depende de la condición del tubo, el tipo de cirugía, y la experiencia del cirujano, y la esterilización la tasa de fracaso estimado durante el primer año después de rangos de esterilización de trompas de 0,1 a 0,8 por ciento; aproximadamente un tercio de estos embarazos son ectópicos. (25)

2.9.1.5 Exposición en el útero DES - Las mujeres con antecedentes de dietilestilbestrol en el útero de la exposición (DES) tienen un riesgo aumentado de nueve veces.

2.9.1.6 La infertilidad - La incidencia de embarazo ectópico es mayor en la población infertil, esto podría reflejar el aumento de la incidencia de anomalías de trompas en este grupo de mujeres, varios informes han sugerido una asociación entre medicamentos para la fertilidad y el embarazo ectópico ya que está relacionado con alteraciones de la función tubàrica secundaria a la fluctuación hormonal. (25)

2.9.1.7 Múltiples parejas sexuales - Un número de parejas sexuales por vida superiores a una se asocia con un riesgo moderado de embarazo ectópico, esto está relacionado con el aumento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer con una historia de múltiples parejas sexuales. (25)

2.9.1.8 Hábito tabáquico: El consumo de cigarrillos en el período periconcepcional aumenta el riesgo de embarazo ectópico, por lo que puede ser un factor de riesgo bajo o moderado dependiendo de los hábitos del paciente, dando así a la enfermedad inflamatoria pélvica, o al deterioro de la motilidad de las trompas.

2.9.1.9 La fertilización in vitro: La fertilización in vitro (FIV) se ha asociado con un mayor riesgo tanto de embarazo ectópico y heterotópico, los embarazos cervicales e intersticiales son otras formas de embarazo ectópico que se encuentran más a menudo después de la fecundación in vitro. (25)

2.9.1.10 Duchas vaginales: Esto se asocia con un riesgo elevado de padecer la enfermedad inflamatoria pélvica y el embarazo ectópico.

2.9.1.11 Edad: A temprana edad (es decir, menos de 18 años) en el primer encuentro sexual aumenta ligeramente el riesgo de embarazo ectópico. (25)

2.9.2 CLASIFICACIÓN DE LOS EMBARAZOS ECTÓPICOS

1.-POR SU LOCALIZACION: tubàrico (instersticial, itsmico, ampular), cervical, abdominal, ovàrico

2.-POR SU EVOLUCION: complicado, no complicado.

En su localización: ampular (78%), itsmico (12%), intersticial (2-3%), infundibular (5%), ovàrico (1-2%), abdominal (<1%), cervical (1%).

En pacientes con historia clínica de embarazos ectópicos tienen un patrón menstrual anormal, lo importante es reconocer los embarazos previos, antecedentes de infertilidad, uso actual de anticonceptivos, factores de riesgo y los síntomas actuales.

2.9.2.1 CUADRO CLINICO DEL EMBARAZO ECTOPICO

La triada clásica es dolor, amenorrea y sangrado vaginal, estos síntomas son presentes en un 50%, es más notorio en pacientes que el embarazo ectópico se ha roto.

El dolor abdominal puede ser unilateral o bilateral y aparecer en el abdomen superior e inferior, puede ser sordo, agudo o de tipo cólico y continuo o intermitente. El dolor en hombros o espalda se cree que es debido a la irritación diafragmática por el hemoperitoneo, puede indicar una hemorragia intraperitoneal.(12).

Dolor a la movilización lateral del cérvix, útero blando o ligeramente aumentado de tamaño pero no acorde con el tiempo de amenorrea, signos de hemoperitoneo o shock hipovolémico: abdomen distendido con matidez silencio abdominal, masa o plastrón abdominal, dolor referido de hombro, fondo de saco posterior abombado, hipotensión, taquicardia, sudoración

Con respecto a la exploración física se debe influir la medición de los signos vitales y la exploración del abdomen y pelvis, puede palparse una masa anexial hasta el 50% de los casos pero la masa varía de tamaño, consistencia e hipersensibilidad, ya que la masa palpable puede ser el cuerpo lúteo y no el embarazo ectópico. Con la rotura y la hemorragia intraabdominal la paciente desarrollará taquicardia y luego hipotensión, el abdomen se encontrará distendido con dolor y con signos de rebote, dolor a la movilización cervical.

2.9.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DEL EMBARAZO ECTOPICO

Para su diagnóstico es la medición cuantitativa de la β -hCG, el inmunoensayo enzimático para la hCG con sensibilidad de 25mUI/ml, esta prueba consiste en la detección para identificar un embarazo ectópico.

2.9.3.1 Progesterona sérica

Los niveles de hCG se correlacionan con la edad gestacional, durante las seis primeras semanas de menorrea los niveles séricos de hCG aumentan, ya que en esta fase el tiempo de duplicación es constante, este tiempo de duplicación puede ayudar a diferenciar un embarazo ectópico de uno intrauterino. El patrón de hCG mas predictivo

de embarazo ectòpico es el que alcanza una meseta un tiempo de duplicación de más de 7 días, cuando están en descenso los niveles, una vida media de menos de 1,4 días rara vez se asocia con embarazo ectópico mientras que una vida media de más de 7 días es más predictivo.(11)

Medición de la hCG se mide en serie (cada 48 a 72 horas) para determinar si el incremento es consistente con un embarazo anormal. Una sola medición de hCG por sí sola no puede confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico o normal.

Para diagnosticar un embarazo ectópico puede ser una muestra de orina o suero hCG, una vez que se confirma un embarazo, si se sospecha de embarazo ectópico la hCG sérica se repite en serie (normalmente cada dos días) para evaluar si el aumento de la concentración es compatible con un embarazo anormal, en algunos casos, el diagnóstico de embarazo ectópico puede hacerse después de una sola medición de la hCG en combinación con ultrasonido transvaginal, si la hCG está por encima de la zona discriminatoria y ultrasonido transvaginal no muestra evidencia de un embarazo intrauterino y la presencia de hallazgos que sugieren un embarazo ectópico. (25)

El nivel de progesterona en pacientes con embarazos ectópicos es menor, la determinación del nivel sérico de progesterona puede usarse como un test de detección del embarazo ectópico tanto en gestaciones normales como anormales, en ocasiones que los niveles de hCG y la ecografía no están disponibles. (11)

2.9.3.2 Ecografía transvaginal

Es la prueba de imagen más útil para determinar la ubicación de un embarazo, debe realizarse como parte de la evaluación inicial, dependiendo del nivel de hCG o una sospecha de ruptura.

Una masa anexial es el hallazgo ecográfico más común. La existencia de líquido en el fondo de saco, se considera también un signo importante de embarazo ectópico y en el 15% de éstos es el único hallazgo. Un hallazgo ecográfico que puede crear confusión, es la presencia del pseudosaco, que es una colección de líquido dentro de la cavidad endometrial producido por la decidualización del endometrio ya que puede confundirse con un saco gestacional, está presente en 10 a 20% de los embarazos ectópicos, pero su

simple visualización no hace diagnóstico de ectópico ya que la tasa de falsos positivos es bastante elevada. El cuerpo lúteo también puede generar confusión en el diagnóstico. (26)

La ecografía transvaginal sola (sin medición de hCG) pueden excluir o diagnosticar un embarazo ectópico solamente si uno de los siguientes hallazgos está presente:

- Los resultados de diagnóstico de un embarazo intrauterino (saco gestacional con un saco vitelino o embrión).
- Los resultados de diagnóstico de un embarazo en un sitio ectópico (saco gestacional con un saco vitelino o embrión).

El examen de ultrasonido también se utiliza para evaluar si se ha producido la rotura de la estructura de tubo u otro. Un hallazgo de líquido ecogénico es consistente con la ruptura. (26)

2.9.4 TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO

El tratamiento del embarazo ectópico puede ser expectante, médico o quirúrgico.

Es posible cuando el embarazo ectópico es diagnosticado con rapidez, hay riesgo de agravamiento por lo que se debe imponer los siguientes criterios: la β HCG inicial sea \leq 1000 mUI/mL y se encuentre en descenso, que la localización del ectópico sea tubárica, que no se evidencie hemorragia intraabdominal o rotura tubárica, el diámetro del embarazo ectópico reducido (<4 cm) se debe vigilar con ecografías y hCG.

2.9.4.1 Tratamiento médico.- tenemos el metotrexato, es un análogo del ácido fólico ya que inhibe la deshidrofolato reductasa impide la síntesis de ADN, sus efectos secundarios son leucopenia, trombocitopenia, aplasia medular, estomatitis ulcerosa, diarrea y enteritis hemorrágica. Se aplica una inyección intramuscular y debe de seguir un seguimiento ambulatorio, las pacientes que refieren dolor intenso son estudiadas midiendo el hematocrito y realizando una ecografía transvaginal, los hallazgos ecográficos son de importancia ya que nos asegura que la trompa no se ha roto, un hallazgo habitual es la presencia de líquido libre en el fondo de saco y la cantidad que puede aumentar si hay un aborto tubárico. (11)

Las pacientes que son candidatas para el tratamiento de metotrexato corresponde:

- ✓ En las pacientes que tengan un nivel de hCG posterior a la salpingostomía o salpingotomía.
- ✓ Niveles de hCG aumentado o se estabiliza en 12 a 24 horas luego del legrado
- ✓ No se observa vesícula gestacional ni líquido intrauterino por ecografía transvaginal, los niveles de hCG son >2000 mUI/ml, los niveles de hCG van en aumento y hay una masa ectópica gestacional de 4 cm sin actividad cardíaca o de 3.5cm o menos con actividad cardíaca.

Los hallazgos ecográficos deben de ser valorados minuciosamente debido a que la mayoría de los embarazos ectópicos no rotos se acompañan de líquido en el fondo de saco.

2.9.4.2 Tratamiento quirúrgico se realizará mediante laparoscopia aunque dependerá de la paciente, sus deseos de tener hijos y la localización del embarazo ectópico, la técnica debe de ser conservadora y es la salpingostomía lineal que se realiza en el borde libre y con aspiración del contenido ovular, si la trompa está muy dañada, que haya gestación ectópica recurrente o maternidad satisfecha, se extirpa la trompa afectada: salpinguectomía total, pero si hay inestabilidad hemodinámica se aconsejaría laparotomía urgente. (11)

2.9.4.3 Legrado

En lo que consiste con el legrado uterino se ha confirmado que la gestación es viable y su localización no puede determinarse por la ecografía, hay que confirmar la presencia de tejido trofoblástico lo más rápido posible para que pueda iniciarse el tratamiento.

2.9.5 TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO

Algunos embarazos ectópicos pueden ser reabsorbidos o por aborto tubárico evitando que se realice un tratamiento médico o quirúrgico.

2.9.5.1.-Tejido trofoblástico persistente

Este tipo de embarazo ectópico consiste cuando se ha realizado una cirugía conservadora en una paciente y queda tejido trofoblástico viable, como por ejemplo

salpingostomía, expresión de las fimbrias. Histológicamente no existe embrión, su implantación es medial a la incisión tubárica realizada y las vellosidades coriales residuales están confinadas a la capa muscular de la trompa.

Su incidencia ha aumentado con el aumento de las cirugías que preserva la trompa, su persistencia aumentaría si se diagnostica los niveles de hCG y permanecen estables después de la cirugía, la mejor manera de diagnosticarlo es con la determinación inicial de los niveles de hCG o progesterona séricos el día seis luego de la cirugía y con intervalos de tres días. Entre los factores de riesgo que conllevarían a este tipo de embarazo ectópico persistente se basan en el tipo de procedimiento quirúrgico, niveles iniciales de hCG, duración de la amenorrea y el tamaño del embarazo ectópico.

Para el tratamiento del embarazo ectópico persistente se puede tratar de manera quirúrgica o medicamente, en el tratamiento quirúrgico consiste en repetir la salpingostomía o realizar una salpingectomía, el metotrexato es una alternativa para las pacientes que se encuentran hemodinámicamente estables cuando se realiza el diagnóstico y debe ser un tratamiento prioritario ya que el tejido trofoblástico persistente puede no estar confinado a la trompa y por lo tanto no ser identificable durante la exploración quirúrgica. (11)

2.9.5.2- embarazo ectópico crónico

Este tipo de embarazo ectópico consiste en que el embarazo no se reabsorbe durante el tratamiento expectante, esto aparece cuando no hay persistencia de las vellosidades coriales con sangrado dentro de la pared tubárica que se distiende y no se rompe, también puede aparecer sangrado crónico de la terminación fimbriada de la trompa de Falopio con el consecuente taponamiento.

Su tratamiento es quirúrgicamente extirpando la trompa afectada, con frecuencia el ovario también debe de extirparse por la inflamación y la posterior formación de adherencias, ya que puede haber un hematoma presente secundario al sangrado crónico. (11)

2.9.5.3 Embarazo cervical: la incidencia oscila entre 1 en 2,400 y 1 en 50000 embarazos, se piensa que varias situaciones predisponen al desarrollo de un embarazo

ectópico, como antecedentes de aborto terapéutico, síndrome de Asherman, antecedentes de cesárea, la exposición con el dietilestilbestrol y los miomas.

Hay que diferenciar con el carcinoma cervical, miomas cervicales o submucosos prolapsados, tumor trofoblásticos, placenta previa y placenta de implantación baja.

Cuando haya sido diagnosticado un embarazo cervical antes de la cirugía, en exámenes de preoperatorio debe incluirse el estudio del grupo sanguíneo con pruebas cruzadas, vía intravenosa, consentimiento informado ya que puede haber una posibilidad de hemorragia que requiera transfusión o histerectomía.

Hay casos en que el diagnóstico no se sospecha hasta en que se realiza el legrado sea por una sospecha de aborto incompleto y haya hemorragia, hay situaciones en que el sangrado es leve mientras que en otras es una hemorragia franca.

Puede utilizarse varias técnicas para controlar el sangrado como el empaquetamiento uterino, sutura cervical lateral para ligar los vasos cervicales laterales, cerclaje y la colocación intracervical de una sonda Foley de 30 ml para taponar el sangrado, hay otras opciones como la embolización arterial por angiografía, si se necesita una laparotomía se puede ligar la arteria uterina o la iliaca interna, si no es satisfactorio ninguna de estas técnicas, la otra opción es la histerectomía. (11)

2.9.5.4- Embarazo ovárico

Este tipo de embarazo representa el 0,5 al 1% de todos los embarazos ectópicos y el más común de embarazo ectópico no tubárico, este tipo de embarazo no se asocia con la enfermedad inflamatoria pélvica ni con la fertilidad, el factor de riesgo asociado con el desarrollo de un embarazo ovárico es la presencia de un DIU.

Hay casos en que hay error diagnóstico de un 75% de los casos ya que se confunde con un cuerpo lúteo roto.

El tratamiento se recomienda la quistectomía ovárica mediante técnicas laparoscópicas.(11)

2.9.5.5 - embarazo abdominal

Los embarazos abdominales se van a clasificar como primarios o secundarios

Criterios de Studdiford para el diagnóstico del embarazo abdominal primario:

- Presencia de trompas y ovarios sin evidencia de embarazo reciente o pasado
- Sin evidencia de fístula uteroplacentaria
- Presencia de un embarazo relacionado con la superficie peritoneal y suficientemente precoz para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria luego de una anidación tubàrica.

Los embarazos abdominal secundario son más frecuentes y se debe a la rotura del aborto tubàrico, implantación posterior a una rotura uterina dentro del abdomen, ya que la incidencia del embarazo abdominal varía desde 1 en 372 a 1 en 9.714 nacidos vivos.

La forma de presentación de este embarazo varia y va a depender de la edad gestacional, ya que sus síntomas pueden ser los mismos que el embarazo tubàrico, puede referir movimientos fetales dolorosos, movimientos fetales en el abdomen superior o que deja de sentir movimientos, en la exploración física puede haber dolor abdominal, desplazamiento del cuello del ùtero, fácil palpación de partes fetales, se debe de sospechar cuando no hay contracciones uterinas tras la administración de oxitocina, también se puede valorar por otras técnicas como radiografía y ecografía abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética. (11)

Dado que este tipo de embarazo puede llegar a término son altas las incidencias de morbilidad y mortalidad maternas, se recomienda intervenir quirùrgicamente, durante el proceso quirùrgico se debe de extirpar la placenta y ligar su aporte sanguíneo pero puede existir una hemorragia que necesite empaquetamiento que se debe de dejar por 24 a 48 horas.

Las complicaciones de dejar la placenta en el abdomen son obstrucción intestinal, la formación de fístulas y sepsis cuando el tejido degenera. Se contraindica el uso de metotrexato ya que sus complicaciones son sepsis y muerte que se cree que son debidas a la rápida necrosis tisular. (11)

2.9.5.6 - embarazo intersticial

Corresponde al 1% de todos los embarazos ectópicos, ya que se asocian con rotura uterina y tienen un porcentaje alto de catástrofes en los embarazos ectópicos, su tratamiento consiste en la resección cornual por laparotomía ya que también se han descritos abordajes laparoscòpicos. (11)

2.9.5.7 - embarazo intraligamentario

Es un tipo extraño de embarazo ectópico ya que aparece en 1 de cada 300 embarazos ectópicos, se debe esto a la invasión trofoblàstica de un embarazo tubàrico por medio de la serosa tubàrica hacia el mesosàlpinx con la implantación posterior entre las hojas del ligamento ancho, también puede ocurrir cuando hay una fístula uterina entre la cavidad endometrial con el espacio retroperitoneal , aquí la placenta debe de adherirse al útero , vejiga y paredes laterales de la pelvis y es necesario de extirpar la placenta si se puede , en caso de ser imposible se deja in situ para que se reabsorba. (11)

2.9.5.8- embarazo heterotòpico

Este tipo de embarazos aparece cuando coexiste un embarazo intrauterino con un ectópico, su incidencia es entre 1 de cada 100 a 1 de cada 30000 gestaciones, como factor de riesgo están la inducción de la ovulación, ya que el embarazo intrauterino se ve en la ecografía pero el ectópico puede ser desapercibido, en el embarazo heterotòpico no son de ayuda los niveles de hCG puesto que el embarazo intrauterino hace que los niveles de hCG crezcan.

Con respecto a su tratamiento el embarazo ectópico se trata quirúrgicamente una vez que se ha eliminado y el intrauterino continúa normalmente en la mayoría de las pacientes. (11)

2.9.5.9- embarazo ectópico múltiple

Los embarazos ectópicos gemelares o múltiples aparecen con menos frecuencia que los embarazos heterotòpicos y en diversas localizaciones, han sido publicados como 250 embarazos ectópicos gemelares, la mayoría son gestaciones tubàricas gemelares, ovàricas, intersticiales y abdominales.

Con respecto al tratamiento es similar al de los otros tipos de embarazos ectópicos ya que depende de la localización del embarazo. (11)

2.9.5.10 - embarazo después de una histerectomía

Es un tipo raro de embarazo ya que aparece luego de una histerectomía vaginal o abdominal, ya que puede ocurrir luego de una histerectomía supracervical ya que la paciente mantiene el canal cervical y da acceso intraperitoneal.

Este tipo de embarazo puede aparecer durante el período periquirúrgico con implantación de un óvulo fecundado en la trompa de Falopio. El embarazo luego de una histerectomía total puede ser debido a defectos de la mucosa vaginal que permite que los espermatozoides pasen a la cavidad abdominal. (11)

En resumen tenemos:

- El embarazo ectópico se da cuando el blastocisto se implanta en desarrollo en un sitio que no sea el endometrio de la cavidad uterina.
- La hemorragia del embarazo ectópico es la principal causa de muerte materna en el primer trimestre y representa el 4 al 10% de todas las muertes relacionadas con el embarazo.
- Los factores de riesgo para el embarazo ectópico incluyen: embarazo ectópico anterior, patología tubárica, y la exposición en el útero a dietilestrol.
- La localización más frecuente es la trompa de Falopio, lo que representa el 98 % de todos los embarazos ectópicos, pero los embarazos ectópicos ocurren también en cuello uterino, intersticial y en los lugares cicatriz de cesárea, así como en combinación con el embarazo intrauterino (embarazo heterotópico)
- En la trompa de Falopio, el 70 por ciento de los embarazos ectópicos ocurren en la porción ampular, y el resto se divide casi por igual entre los extremos de las fimbrias y del istmo. Una proporción muy pequeña se produce en la porción intersticial

2.10 ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

La enfermedad trofoblástica gestacional corresponde a una proliferación anormal del trofoblasto que incluye a la mola hidatiforme y tumores trofoblásticos gestacionales (mola invasiva, coriocarcinoma y tumor del lecho placentario). Ya que estos tumores proceden de la mola hidatiforme pero pueden originarse de una gestación normal, un aborto o un embarazo ectópico.

La neoplasia trofoblástica gestacional es conocida desde la antigüedad, antes de la mitad de los años cincuenta, el pronóstico de la enfermedad en su fase final, era desastroso. La enfermedad sufrió un cambio radical cuando en 1956 Li et al, publicaron la primera remisión completa y estable mediante el empleo de metotrexate en un paciente con coriocarcinoma metastásico. (15)

A la neoplasia trofoblástica gestacional se la considera actualmente como la neoplasia ginecológica maligna con mayor posibilidad de conseguir su curación, tiene diversas causas:

- * Se produce un marcador sensible que se puede cuantificar y que está relacionado directamente con la masa tumoral, es la *gonadotrofina coriónica*.
- * Responde a agentes quimioterápicos y se puede realizar modalidades de tratamiento para intentar erradicar la enfermedad, se puede combinar tratamiento farmacológico (con distintos agentes quimioterápicos), tratamiento quirúrgico y tratamiento con radioterapia.
- * Existen factores de riesgo que son fácilmente identificables, que nos ayudan a individualizar y realizar un tratamiento correcto.

2.10.1 MOLA HIDATIFORME

2.10.1.1 Clasificación de Mola

Histológicamente existe una anomalía de las vellosidades coriónicas con proliferación trofoblástica y edema del estroma vellositario, careciendo de vasos.

Se van a encontrar confinadas en la cavidad uterina y pueden estar sobre otras estructuras de genitales internos, como pudiesen ser trompas y ovarios. Es importante

con respecto a la mola hidatiforme hacer la diferenciación entre mola completa y parcial según exista algún componente fetal o no.

2.10.1.2 Mola completa

Las vellosidades coriales se transforman en un conglomerado de vesículas y van a ocupar la cavidad uterina, va a crecer junto a la influencia hormonal, pudiendo llegar a ser de tamaño de una gestación avanzada, su tamaño no es uniforme, sino que puede variar de tamaño teniendo un diámetro mínimo y pudiendo alcanzar varios centímetros. El aspecto macroscópico de estas vesículas es como un «racimo de uvas» por su membrana fina de color blanquecino que se agrupan entre sí. Anatomopatológicamente se destaca una degeneración hidrópica con edema del estroma de las vellosidades, no presentan vasos, y no existe evidencia de tejido fetal ni amnios.

La mola hidatídica completa tiene una característica cariotípica que la diferencia de la mola parcial, lo diferencia es el componente cromosómico ya que se deriva del genoma paterno, el genotipo más frecuente es 46XX sin olvidar una pequeña proporción de casos en los que el cariotipo es 46XY. (15). Constituye al FIGO2 estadio 0: no metastásica.

2.10.1.3 Mola parcial

En la mola parcial va a existir una degeneración hidrópica focal en las vellosidades, se aprecia vasos y se puede detectar tejido fetal o al menos saco amniótico, en cuanto a la característica cromosómicamente de la mola parcial va a tener una dotación triploide con un componente haploide materno, pero son dos componentes paternos los que contribuyen a su formación, esto va a llevar a determinados aspectos de triploidía con múltiples malformaciones que son incompatibles con la vida. Constituye al FIGO2 estadio 0: no metastásica. (27)

2.10.1.4 Mola Invasora: Neoplasia trofoblástica gestacional con vellosidades coriales que crecen en el miometrio. de difícil diagnóstico se sospecha ante una hemorragia severa vaginal o peritoneal. Constituye al FIGO2 estadio I (bajo riesgo) a IV (alto riesgo). (27)

2.10.1.5 Coriocarcinoma: Neoplasia trofoblástica gestacional maligna de proliferación rápida, forma una masa circunscrita que invade los vasos sanguíneos determinando su carácter metastático a pulmones (50%), vagina (30 a 40 %), pelvis, hígado y cerebro. Se puede presentar tras un embarazo molar (50-60%), un aborto espontáneo (25%) o un embarazo a término (25%). Constituye al FIGO2 estadio I (bajo riesgo) a IV (alto riesgo).

2.10.1.6: TUMOR TROFOBLASTICO DEL SITIO PLACENTARIO: Neoplasia trofoblástica gestacional de rara presentación, de crecimiento lento. Se origina después de un embarazo a término (95%) o de un aborto o embarazo molar (5%). Constituye al FIGO2 estadio I (bajo riesgo) a IV (alto riesgo). (27)

2.10.2 Epidemiología de Mola Hidatiforme

2.10.2.1 Edad materna

Es más habitual en edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, las mujeres menores de 15 años o mayores de 40 tienen más predisposición a padecer la enfermedad.

No se ha llegado a demostrar una relación entre la edad paterna y la influencia que ésta ejerce sobre una gestación molar.

2.10.2.2 Paridad y antecedentes obstétricos

Tiene alto índice en pacientes con abortos anteriores, gestaciones gemelares, y mujeres que han padecido una mola hidatídica anteriormente.

2.10.2.3 Raza

Se ha visto una incidencia aumentada en países como Filipinas, China y Hawaii . Más que una diferenciación demográfica parece estar relacionada con uno de los factores que nutricionales, ya que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

2.10.2.4 Factores nutricionales

Dentro de estos factores, se han realizado estudios donde se observò un incremento del riesgo de padecer la enfermedad en pacientes con niveles bajos en vitamina A y grasa animal y un descenso del riesgo en pacientes con una dieta rica en beta carotenos.(15)

2.10.2.5 Otros factores de riesgo

Diversos factores como las radiaciones y el consumo de tabaco se han visto relacionados con el desarrollo de enfermedades. No está muy bien establecido el papel que éstos desempeñan, en un estudio prospectivo de casos y controles se encontró un aumento del riesgo en pacientes expuestos a estos factores, igual ocurrió con el uso de anticonceptivos orales y la exposición a sustancias tóxicas.

Estos datos que señalamos son del estudio realizado pero se encontró una asociación menos consistente que con los anteriores factores señalados, existen determinados factores genéticos, localizados en locus específicos, que parecen determinar cierta predisposición a padecer la enfermedad (cromosoma 7). (15)

2.10.3 CLÍNICA DE MOLA HIDATIFORME

La evaluación clínica, anamnesis y los síntomas con los signos clínicos, dan un cambio en la forma de presentación de la mola completa y parcial, la aparición de metrorragia, hiperemesis y expulsión de vesículas durante el primer trimestre de gestación, debemos de estar alerta y pensar en la posibilidad de desarrollo de enfermedad. (27)

2.10.3.1 Clínica

* Hemorragia genital. La hemorragia genital representa el síntoma más frecuente aparece en las pacientes que padecen la enfermedad, la proliferación anormal del trofoblasto hace que se separe de la pared uterina y provoca el sangrado genital que puede ser de más o menos cantidad según la separación que se produzca, por ello ante una hemorragia genital dentro del primer trimestre, se debe de tener en cuenta este cuadro clínico y realizar diagnóstico diferencial pero con el aborto.

* Hiperemesis gravídica. La hiperemesis gravídica se relaciona con la elevación de los niveles de gonadotrofina coriónica, la secreción de esta hormona, se origina por parte

del citotrofoblasto. Un gran tamaño uterino y niveles elevados en sangre de gonadotropina se relacionan con la aparición del cuadro clínico.

* Expulsión de vesículas. La expulsión de vesículas que acompañan normalmente a la hemorragia genital es un signo patognomónico de la enfermedad.

Otras manifestaciones clínicas que corresponde a la mola completa son la preeclamsia precoz (antes de las 24 semanas) ya que deben incluirse en el diagnóstico de la gestación molar. (15).

2.10.3.2 Exploración física de Mola Hidatiforme

Es importante realizar una correcta exploración ginecológica con valoración de cuello, tamaño uterino y valoración anexial.

- Sangrado genital (90-97%).
- Dolor hipogástrico.
- Aumento del tamaño uterino: El útero es de mayor tamaño de lo que corresponde en la edad gestacional, este dato clínico no lo apreciamos en la totalidad de las gestaciones, la frecuencia recogida es de un 25%. (15)
- El tamaño del útero es por el volumen del tejido coriónico por la hemorragia genital que puede dar formación de coágulos que quedan retenidos en la cavidad.
- Ausencia de partes fetales a la palpación o ausencia de frecuencia cardíaca fetal.
- Hiperemesis gravídica (25)

2.10.4 DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIFORME

El diagnóstico complementario fundamental se basa en el estudio ecográfico, y la determinación de hCG en sangre periférica.

2.10.4.1 Ecografía: El diagnóstico ecográfico es la herramienta básica para confirmar la existencia de mola hidatídica. El estudio anatomopatológico el que confirma la diferenciación de mola completa y parcial.

El tamaño uterino es mayor normalmente de la edad gestacional, no se visualizan estructuras fetales, la cavidad uterina se rellena de imágenes hipocogénicas rodeadas

por un halo más hiperecogénico con ecos de baja amplitud, dando la imagen de «copos de nieve», esta imagen corresponde a la proliferación del trofoblasto. Los ovarios pueden presentar la imagen de los quistes tecaluteínicos y se objetivan como formaciones hipoeecogénicas tabicadas en su interior con finas paredes y son bilaterales. (25)

El manejo de la sonda vaginal nos da las imágenes con más precisión y nos permite realizar un diagnóstico más temprano. Los quistes ováricos teca-luteínicos uni o bilaterales (15-25%)

2.10.4.2 Gonadotropina coriónica: Es una glicoproteína constituida por dos cadenas polipeptídicas unidas por enlace no covalente, esta hormona es secretada por el sincitiotrofoblasto al diferenciarse en citotrofoblasto, sigue una curva en la gestación normal con un pico máximo entre la semana nueve y catorce de la gestación, presenta una pequeña fase de meseta posterior para luego disminuir. Es necesaria para el diagnóstico de mola hidatídica, pero no es suficiente realizar una única determinación de la misma. (15). HCG- β CUANTITATIVA es superior a lo esperado para la edad gestacional.

2.10.5 TRATAMIENTO DE MOLA HIDATIFORME

Lo primero que debemos realizar es una evacuación de la mola, del contenido intrauterino, teniendo en cuenta la edad de la paciente, y si sus deseos genésicos están cumplidos o no, se puede realizar un legrado por aspiración o una histerectomía. Elegir una técnica u otra depende de lo dicho en un principio. Cuando se realiza la histerectomía se intenta mantener los ovarios ya que esta técnica disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad maligna. El tratamiento base es la evacuación uterina por ameu (aspiración manual endouterina) que plantea menos riesgos de sangrado y perforación uterina. No extirpar los quistes tecaluteínicos. solicite siempre estudio histopatológico

Después de realizar el tratamiento es necesario el seguimiento de la enfermedad, se mantiene a la paciente con anticoncepción oral, hasta que se considere libre de enfermedad, una monitorización de β -hCG: cada una o dos semanas hasta límite

inferior de negatividad (menor a 5 mUI) hasta tres determinaciones, luego se debe determinar cada mes por un período de seis meses, luego cada dos meses y seis meses.

En consulta de seguimiento, si se determina enfermedad de bajo riesgo oriente a control ginecológico habitual o contrarreferencia a su unidad de origen, para cumplir las siguientes acciones: Orientación en anticoncepción y salud reproductiva: LA PACIENTE NO DEBE EMBARAZARSE NUEVAMENTE DURANTE UN LAPSO MÍNIMO DE 1 AÑO.

- Determinación SEMANAL de HCG-β cuantitativa hasta obtener tres títulos consecutivos negativos.
- Determinación MENSUAL de HCG-β cuantitativa por 6 meses.
- Determinación BIMENSUAL de HCG-β cuantitativa por 6 meses más hasta completar el año de seguimiento.
- Realización de Rx de tórax a los 14 días, a los 6 y 12 meses

Debemos realizar una vigilancia de síntomas y signos clínicos. Debemos de tener en cuenta en posibles metrorragias, tamaño y crecimiento uterino y radiografía de tórax para control de enfermedad diseminada.

Hay una serie de factores de riesgo que parecen estar implicados en el desarrollo de enfermedad trofoblástica persistente, entre ellos podemos señalar:

- Edad materna mayor cuarenta años.
- Nivel de hCG mayor de 100.000 mUI.
- Crecimiento rápido del tumor.
- Masa anexial, sobre todo aquellas de gran tamaño.

Otros factores: mola completa (mayor capacidad invasiva), grupo sanguíneo AO (relación con el sistema HLA), hemorragia uterina excesiva, insuficiencia respiratoria aguda y la preeclamsia. Se realizará una exploración genital y radiografía de tórax cada tres meses, durante un año. (15)

2.11 Hipótesis del Estudio

¿Los factores de riesgo y complicaciones estudiadas se asocian a las hemorragias del primer trimestre del embarazo del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el periodo 2015?

2.12 Variable Independiente:

Hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

2.13 Variable Dependiente:

Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

CAPITULO III

3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL, ZONAL, PROVINCIAL, CANTONAL Y LOCAL)

El presente estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel situado en la ciudad de Guayaquil sector Guasmo Sur en las calles Av. 12ª S-E entre 54C S-E Fernando López Lara Calle 54B y Segunda Peatonal, perteneciente a la parroquia Ximena de la ciudad de Guayaquil.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo de este estudio está conformado por las historias clínicas seleccionadas de las mujeres ingresadas por hemorragias del primer trimestre de embarazo en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel período 2015, cuyo universo de pacientes es de 1288 pacientes atendidos en 1 año, de los cuales cogemos una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de Hemorragias del primer trimestre de embarazo en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel período 2015.

3.3 VIABILIDAD

El presente estudio es viable, es de interés de la institución y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución.

Además tuve la oportunidad de trabajar en calidad de Interna de Medicina por lo cual puedo acceder fácilmente al área tóco quirúrgico y a estadística, por cuanto son muchas las pacientes que llegan con una combinación de hallazgos clínicos, de laboratorio y de esta manera conocer los factores asociados a las hemorragias del primer trimestre de embarazo.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que hayan sido atendidos en el 2015 en la Maternidad Materno Infantil Matilde Hidalgo de Pròcel.
- Pacientes con Hemorragias durante el primer trimestre de embarazo que estén dentro de las 12 semanas de gestación.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no tenían datos completos en las Historias Clínicas.

3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.

Se diseñó una hoja de recolección de datos. Esta se incluyó en el manejo de los expedientes médicos junto a un tiempo prudente para encontrar la información necesaria, y algunos datos importantes se obtuvieron por este sistema.

Las variables del estudio se clasifican en independientes, dependientes e intervinientes.

La variable independiente es Hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

Las variables dependientes son Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
Variable Independiente Hemorragia durante el primer trimestre de embarazo	Es la presencia de sangrado transvaginal dentro de las primeras 12 semanas de gestación	En el área de emergencia y tecoquirùrgico del Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Pròcel.	Signos vitales Característica del sangrado Antecedentes gineco obstètricos	Historia Clínica
Variable Dependiente Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia durante el primer trimestre de embarazo	La OMS reporta que en el mundo se presentan 166.000 muertes maternas al año debido a hemorragias del primer trimestre de embarazo	Tipo de aborto	Aborto curso Aborto incompleto Aborto diferido Embarazo ectòpico Huevo anembrionado Embarazo molar	Historia Clínica
		Control prenatal	Si – No	
Variable Interviniente Variables sociodemogràficas y otras variables	Son datos que nos dan características determinadas de una población.	Edad materna		Historia Clínica
		Estado Civil	Soltera Casada Unión libre Divorciada	
		Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior	
		Gestas	Primigesta Multigesta	
		Lugar de residencia	Urbana Rural	
		Edad gestacional	4-6 SG 7-10 SG 10-12 SG	

3.6 OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

Los instrumentos a utilizar serán las hojas de recolección de datos que se aplicaran para el análisis de cada expediente clínico, con enfoque principal a datos sobre la edad, edad gestacional, diagnostico de ingreso, antecedentes maternos, antecedentes perinatales, características clínicas.

3.7 TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, descriptiva, no experimental, retrospectiva, transversal, cualitativo.

3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

3.8.1 EJECUCION: Julio a Agosto

3.8.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: Febrero a Abril

3.8.3 CONFECCION DEL INFORME FINAL: Mayo

3.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Debido a que se realizó un trabajo observacional, mediante el manejo de expedientes clínicos, no se requirió consentimiento informado, solo la autorización para el manejo de los expedientes clínicos por parte de la Maternidad. Pero se guardó confidencialidad sobre los datos obtenidos y la información observada durante el manejo de los expedientes médicos.

3.10 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

3.10.1 HUMANOS:

- Personal del área de estadística
- El Investigador
- El Tutor

3.10.2 FÍSICOS

- Expedientes médicos (historias clínicas)
- Textos bibliográficos
- Computadora
- Impresora
- Hojas de papel bond
- Lápiz
- Saca puntas
- Plumas color rojo, negro, azul

3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

Para lograr obtener la información requerida para el estudio se utilizaron hojas de recolección de datos con las cuales se analizaba y se podía plasmar ordenadamente y con mayor rapidez los datos buscados en las historias clínicas. Esta hoja de recolección de datos busca la edad del paciente, estado civil, nivel de instrucción, la edad gestacional, tipo de aborto, diagnóstico de ingreso, antecedentes maternos, antecedentes perinatales

El formato de la hoja de recolección de datos realizada se encontrara en la sección de anexos.

3.12 METODOLOGIA PARA EL ANÁLISIS EN LOS RESULTADOS.

El estudio realizado es de tipo observacional, no descriptivo, transversal, retrospectivo, cualitativo. Los datos obtenidos han sido ordenados y tabulados en cuadros estadísticos para demostrar de manera concisa los resultados de la investigación y para su adecuado análisis e interpretación de los mismos según los objetivos planteados dentro de la investigación.

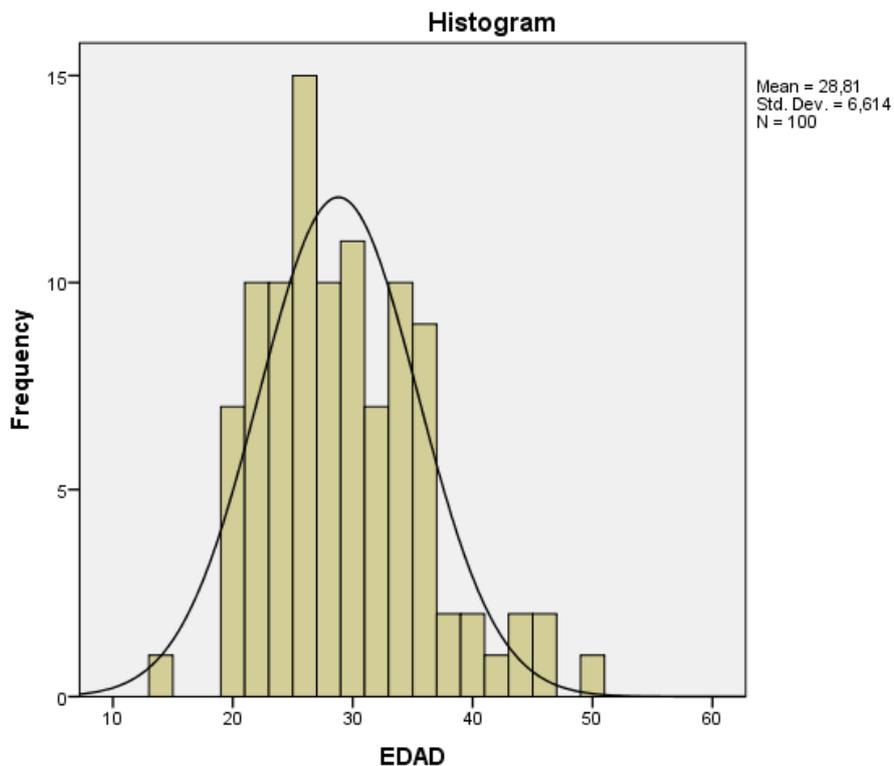
CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 GRAFICO 1: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: EDAD MATERNA

Statistics

EDAD		
N	Valid	100
	Missing	0
Mean		28,81
Median		28,00
Mode		25

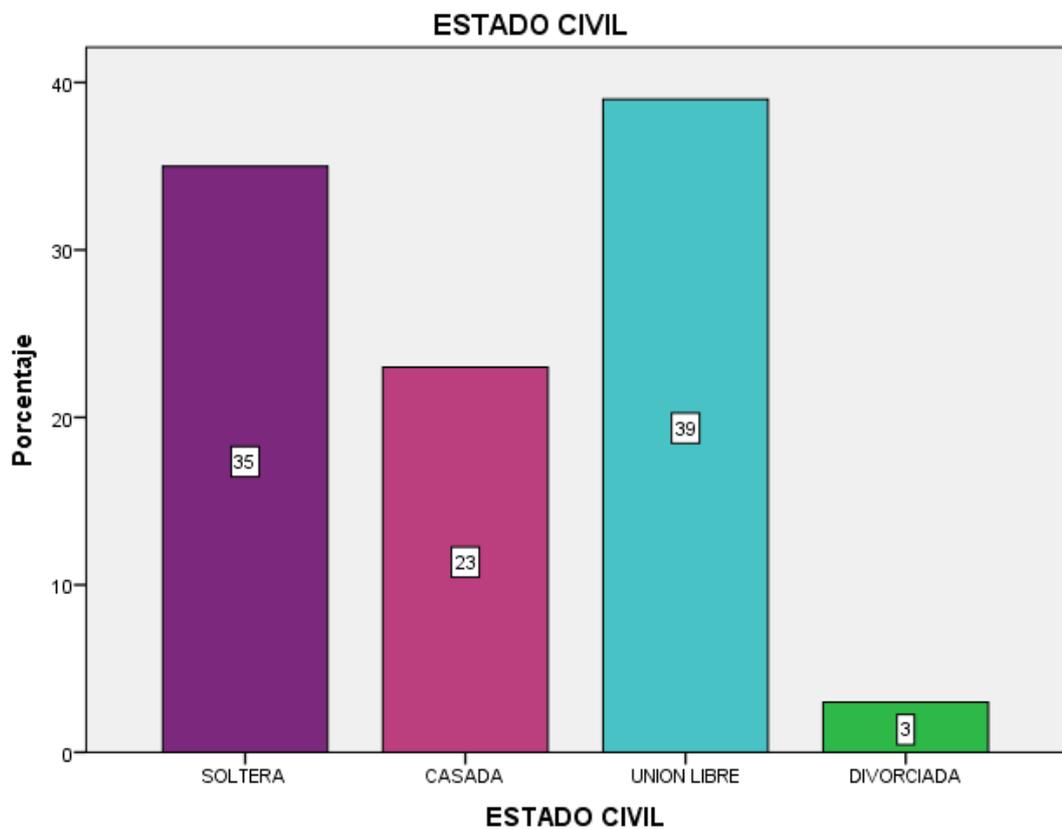


El Gráfico N° 1, muestra de las mujeres que tuvieron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo, la media fue 28,81, la mediana fue 28 y la moda fue 25.

4.2 GRÁFICO 2: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL

	frecuencia	porcentaje	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SOLTERA	35	35,0	35,0	35,0
CASADA	23	23,0	23,0	58,0
UNION LIBRE	39	39,0	39,0	97,0
DIVORCIADA	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

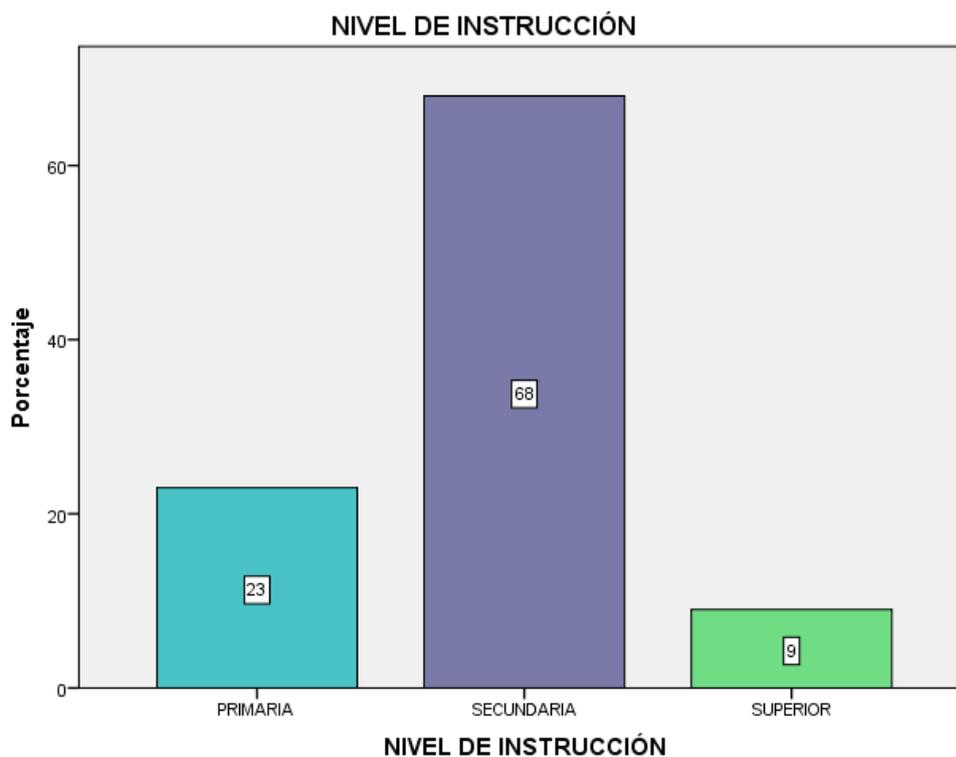


El Gráfico No. 2, demuestra que el estado civil de las pacientes, en donde el 39% (39/100) corresponde a estado civil unión libre, el 35% (35/100) corresponde a estado civil soltera, el 23% (23/100) corresponde a estado civil casada y el 3% (3/100) corresponde al estado civil divorciada.

4.3 GRÁFICO 3: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PRIMARIA	23	23,0	23,0	23,0
	SECUNDARIA	68	68,0	68,0	91,0
	SUPERIOR	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

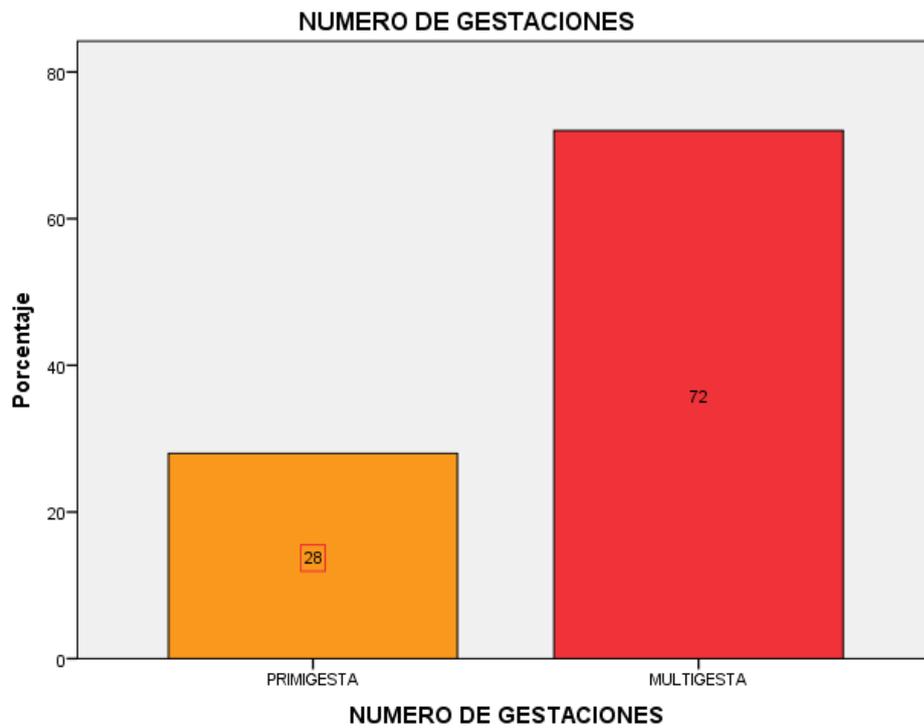


El Gráfico No. 3 muestra el nivel de instrucción de las pacientes, en donde, el 68% (68/100) correspondieron a nivel de instrucción secundaria, el 23% (23/100) correspondieron a nivel de instrucción primaria y 9% (9/100) a nivel de instrucción superior.

4.4 GRÁFICO 4: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: NUMERO DE GESTACIONES.

NUMERO DE GESTACIONES

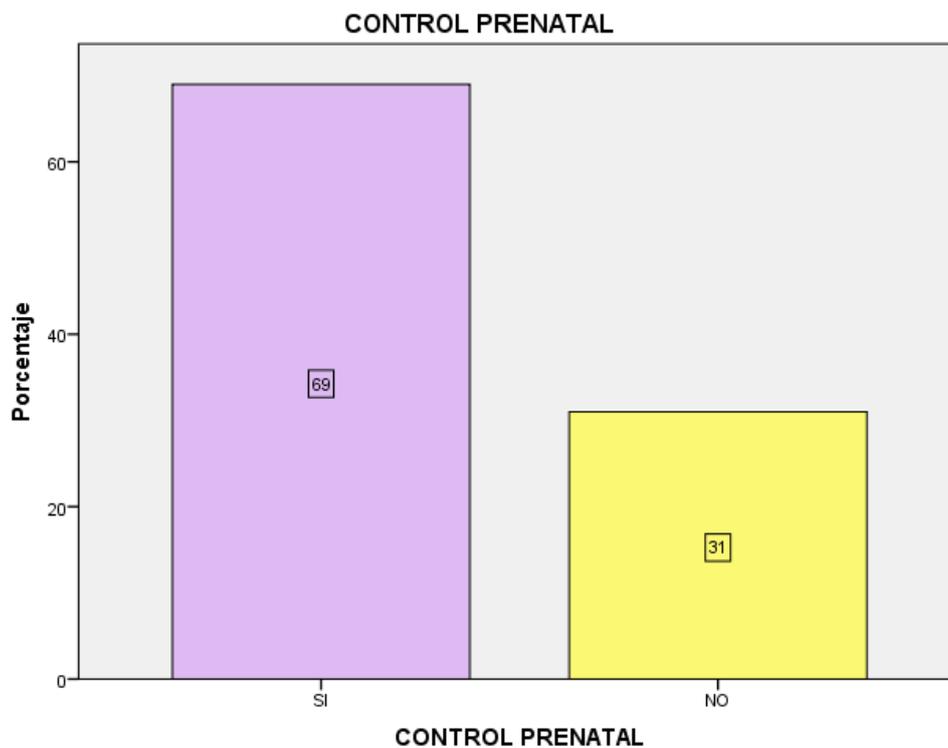
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PRIMIGESTA	28	28,0	28,0	28,0
	MULTIGESTA	72	72,0	72,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



El Gráfico No. 4 muestra el número de gestaciones de las pacientes, en donde, el 72% (72/100) correspondieron a multigesta, el 28% (28/100) correspondieron primigesta.

4.5 GRÁFICO 5: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: CONTROL PRENATAL.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	69	69,0	69,0	69,0
	NO	31	31,0	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

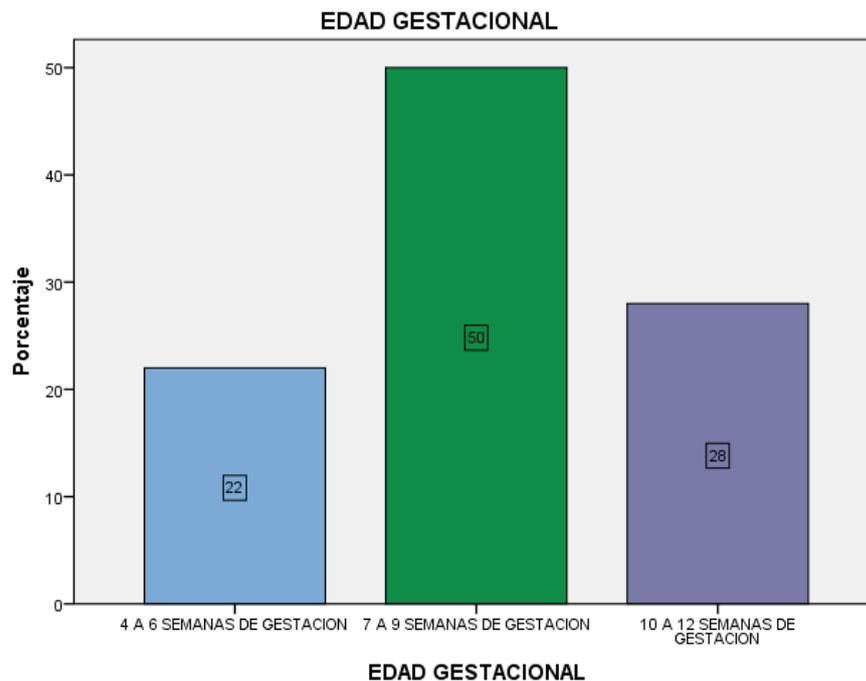


El Gráfico No. 5, muestra el control prenatal, un 69% (69/100) correspondieron que si se realizaron control prenatal, y el 31% (31/100) corresponde que no se realizaron control prenatal.

4.6 GRÁFICO 6: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: LA EDAD GESTACIONAL.

EDAD GESTACIONAL

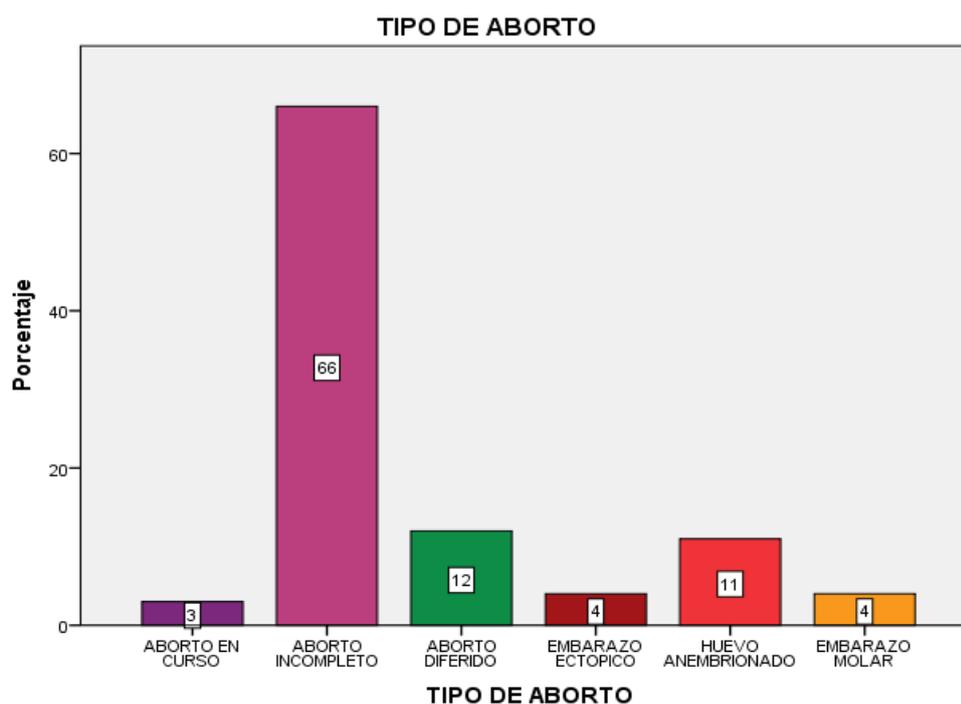
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4 A 6 SEMANAS DE GESTACION	22	22,0	22,0	22,0
	7 A 9 SEMANAS DE GESTACION	50	50,0	50,0	72,0
	10 A 12 SEMANAS DE GESTACION	28	28,0	28,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



El Gráfico No. 6, muestra la edad gestacional en que ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre, en donde 50% (50/100) tenían entre 7 a 9 semanas de gestación, el 28% (28/100) tenían entre 10 a 12 semanas de gestación y el 22% (22/100) tenían entre 4 a 6 semanas de gestación.

4.7 GRÁFICO 7: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: TIPOS DE ABORTO

		TIPO DE ABORTO			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ABORTO EN CURSO	3	3,0	3,0	3,0
	ABORTO INCOMPLETO	66	66,0	66,0	69,0
	ABORTO DIFERIDO	12	12,0	12,0	81,0
	EMBARAZO ECTOPICO	4	4,0	4,0	85,0
	HUEVO ANEMBRIONADO	11	11,0	11,0	96,0
	EMBARAZO MOLAR	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

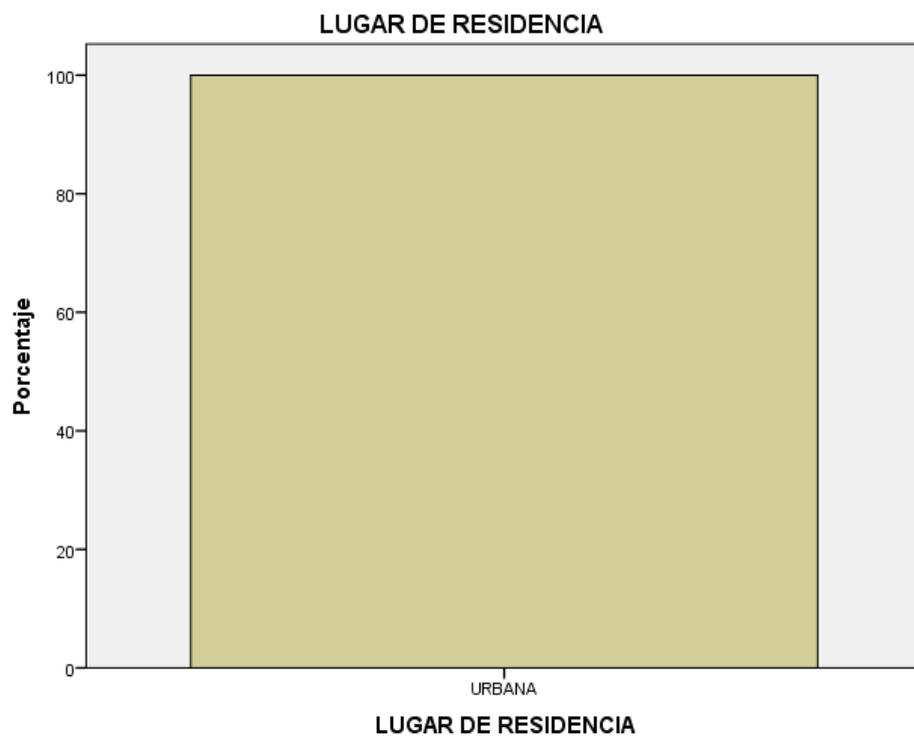


El Gráfico No. 7, muestra los tipos de aborto donde ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, un 66% (66/100) habían diagnosticado aborto incompleto, el 12% (12/100) habían diagnosticado aborto diferido, el 11% (11/100) habían diagnosticado huevo anembrionado, el 4% (4/100) habían diagnosticado embarazo ectópico, el 4% (4/100) habían diagnosticado embarazo molar y el 3% (3/100) habían diagnosticado aborto en curso.

4.8 GRÁFICO 8: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: LUGAR DE RESIDENCIA.

LUGAR DE RESIDENCIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid URBANA	100	100,0	100,0	100,0



El Gráfico No. 8, muestra el lugar de residencia, un 100% (100/100) provenían de zona urbana.

4.9 GRÁFICO 9: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION DEL TIPO DE ABORTO Y ESTADO CIVIL.

TIPO DE ABORTO * ESTADO CIVIL

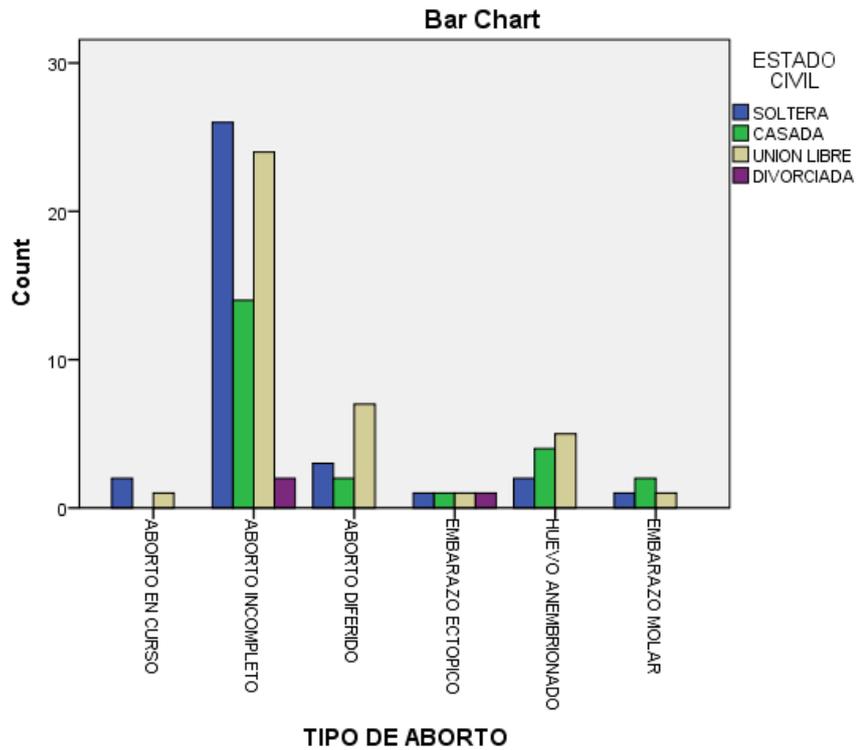
Crosstab

			ESTADO CIVIL				Total
			SOLTERA	CASADA	UNION LIBRE	DIVORCIADA	
TIPO DE ABORTO	ABORTO EN CURSO	Count	2	0	1	0	3
		% within ESTADO CIVIL	5,7%	0,0%	2,6%	0,0%	3,0%
	ABORTO INCOMPLETO	Count	26	14	24	2	66
		% within ESTADO CIVIL	74,3%	60,9%	61,5%	66,7%	66,0%
	ABORTO DIFERIDO	Count	3	2	7	0	12
		% within ESTADO CIVIL	8,6%	8,7%	17,9%	0,0%	12,0%
	EMBARAZO ECTOPICO	Count	1	1	1	1	4
		% within ESTADO CIVIL	2,9%	4,3%	2,6%	33,3%	4,0%
	HUEVO ANEMBRIIONADO	Count	2	4	5	0	11
		% within ESTADO CIVIL	5,7%	17,4%	12,8%	0,0%	11,0%
	EMBARAZO MOLAR	Count	1	2	1	0	4
		% within ESTADO CIVIL	2,9%	8,7%	2,6%	0,0%	4,0%
Total		Count	35	23	39	3	100
		% within ESTADO CIVIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,969 ^a	15	,454
Likelihood Ratio	12,122	15	,670
Linear-by-Linear Association	1,006	1	,316
N of Valid Cases	100		

a. 21 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.



El Gráfico No. 9, muestra la relación del tipo de aborto y estado civil, siendo el aborto incompleto un 74,3% en las pacientes solteras correspondiendo a 26 mujeres, un 60,9% en las pacientes casadas correspondiendo 14 mujeres y un 61,5% en las pacientes con unión libre correspondiendo a 24 mujeres. Entonces no tiene significancia estadística porque no es $>0,05$.

4.10 GRÁFICO 10: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

TIPO DE ABORTO * NIVEL DE INSTRUCCIÓN

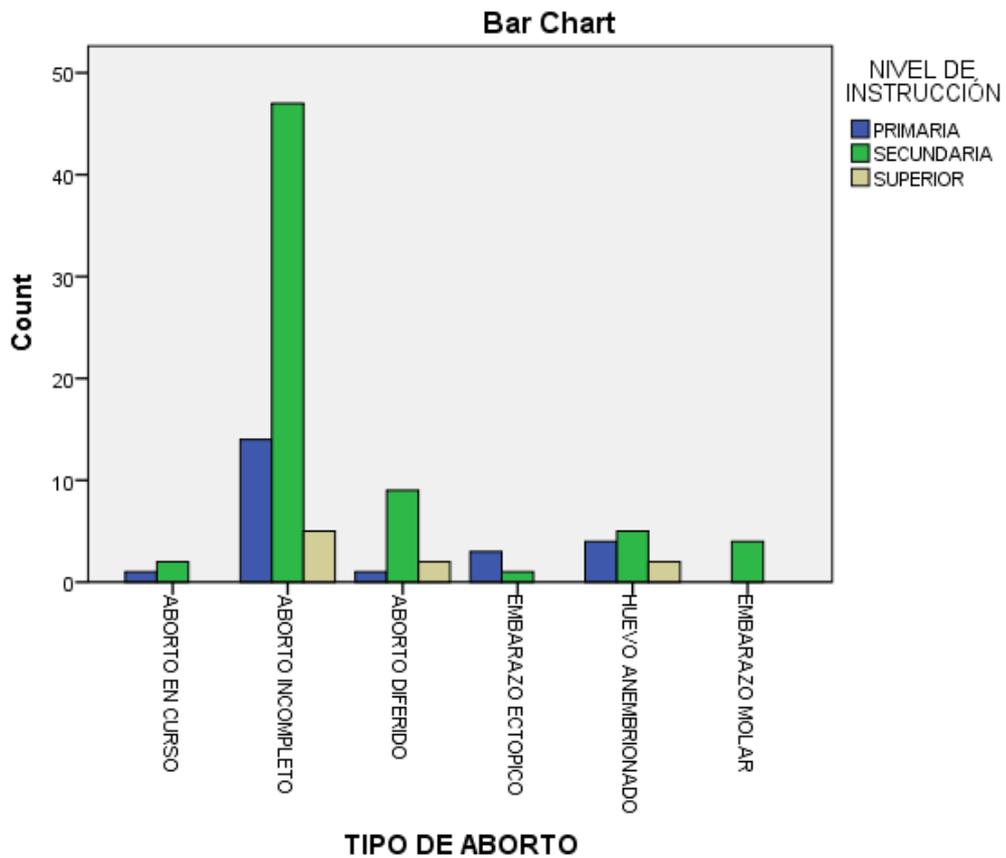
Crosstab

			NIVEL DE INSTRUCCIÓN			Total
			PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
TIPO DE ABORTO	ABORTO EN CURSO	Count	1	2	0	3
		% within NIVEL DE INSTRUCCIÓN	4,3%	2,9%	0,0%	3,0%
	ABORTO INCOMPLETO	Count	14	47	5	66
		% within NIVEL DE INSTRUCCIÓN	60,9%	69,1%	55,6%	66,0%
	ABORTO DIFERIDO	Count	1	9	2	12
		% within NIVEL DE INSTRUCCIÓN	4,3%	13,2%	22,2%	12,0%
	EMBARAZO ECTOPICO	Count	3	1	0	4
% within NIVEL DE INSTRUCCIÓN		13,0%	1,5%	0,0%	4,0%	
HUEVO ANEMBRIÓNADO	Count	4	5	2	11	
	% within NIVEL DE INSTRUCCIÓN	17,4%	7,4%	22,2%	11,0%	
EMBARAZO MOLAR	Count	0	4	0	4	
	% within NIVEL DE INSTRUCCIÓN	0,0%	5,9%	0,0%	4,0%	
Total		Count	23	68	9	100
		% within NIVEL DE INSTRUCCIÓN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,483 ^a	10	,198
Likelihood Ratio	13,836	10	,181
Linear-by-Linear Association	,013	1	,910
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (72,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.



El Gráfico No. 10, muestra la relación del tipo de aborto y nivel de instrucción, siendo el aborto incompleto y nivel de instrucción secundaria un 69,1% .

4.11 GRÁFICO 11: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y NUMERO DE GESTACIONES.

TIPO DE ABORTO * NUMERO DE GESTACIONES

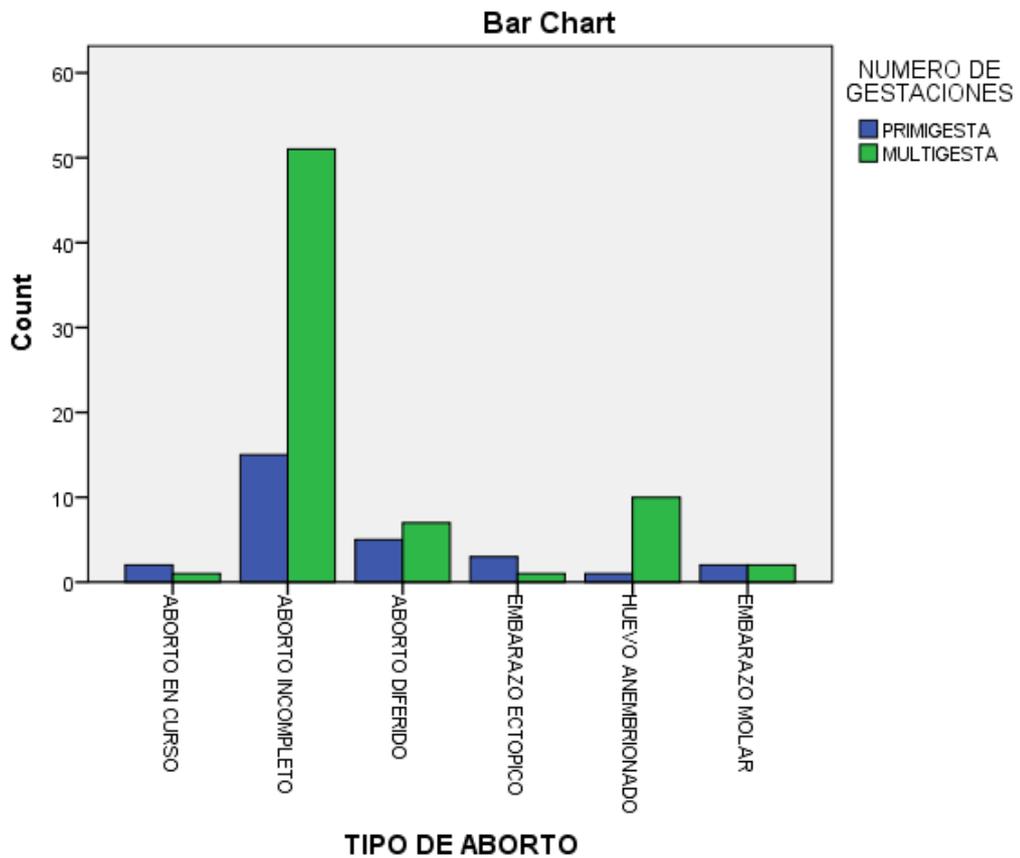
Crosstab

			NUMERO DE GESTACIONES		Total
			PRIMIGESTA	MULTIGESTA	
TIPO DE ABORTO	ABORTO EN CURSO	Count % within NUMERO DE GESTACIONES	2 7,1%	1 1,4%	3 3,0%
	ABORTO INCOMPLETO	Count % within NUMERO DE GESTACIONES	15 53,6%	51 70,8%	66 66,0%
	ABORTO DIFERIDO	Count % within NUMERO DE GESTACIONES	5 17,9%	7 9,7%	12 12,0%
	EMBARAZO ECTOPICO	Count % within NUMERO DE GESTACIONES	3 10,7%	1 1,4%	4 4,0%
	HUEVO ANEMBRIONADO	Count % within NUMERO DE GESTACIONES	1 3,6%	10 13,9%	11 11,0%
	EMBARAZO MOLAR	Count % within NUMERO DE GESTACIONES	2 7,1%	2 2,8%	4 4,0%
	Total	Count % within NUMERO DE GESTACIONES	28 100,0%	72 100,0%	100 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,541 ^a	5	,042
Likelihood Ratio	10,978	5	,052
Linear-by-Linear Association	,075	1	,784
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,84.



El Gráfico No. 11, muestra la relación del tipo de aborto y número de gestaciones, siendo las multigestas 70,8% (51/100) correspondiendo al aborto incompleto.

4.12 GRÁFICO 12: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y EDAD GESTACIONAL.

TIPO DE ABORTO * EDAD GESTACIONAL

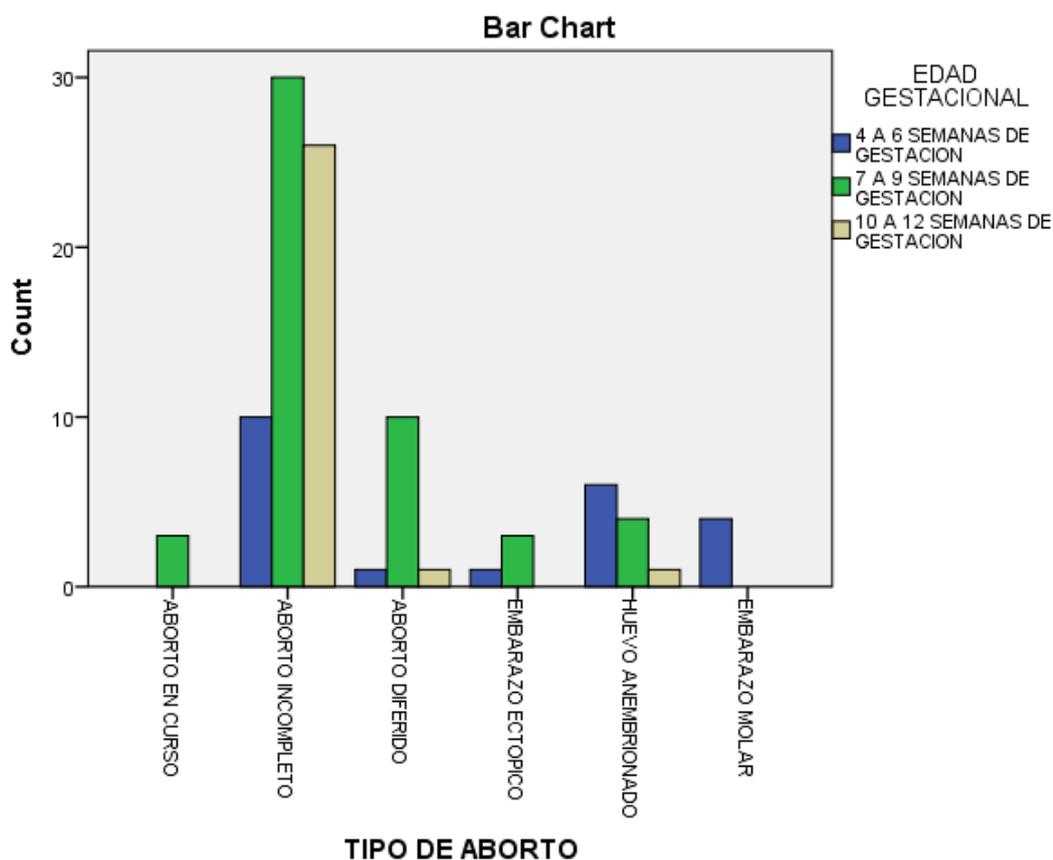
Crosstab

			EDAD GESTACIONAL			Total
			4 A 6 SEMANAS DE GESTACION	7 A 9 SEMANAS DE GESTACION	10 A 12 SEMANAS DE GESTACION	
TIPO DE ABORTO	ABORTO EN CURSO	Count	0	3	0	3
		% within EDAD GESTACIONAL	0,0%	6,0%	0,0%	3,0%
	ABORTO INCOMPLETO	Count	10	30	26	66
		% within EDAD GESTACIONAL	45,5%	60,0%	92,9%	66,0%
	ABORTO DIFERIDO	Count	1	10	1	12
		% within EDAD GESTACIONAL	4,5%	20,0%	3,6%	12,0%
	EMBARAZO ECTOPICO	Count	1	3	0	4
	% within EDAD GESTACIONAL	4,5%	6,0%	0,0%	4,0%	
HUEVO ANEMBRIIONADO	Count	6	4	1	11	
	% within EDAD GESTACIONAL	27,3%	8,0%	3,6%	11,0%	
EMBARAZO MOLAR	Count	4	0	0	4	
	% within EDAD GESTACIONAL	18,2%	0,0%	0,0%	4,0%	
Total	Count	22	50	28	100	
	% within EDAD GESTACIONAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,011 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	35,486	10	,000
Linear-by-Linear Association	18,109	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (72,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,66.



El Gráfico N° 12: muestra que el aborto incompleto en la semana 10 a 12 de gestación hubieron 92,9% correspondiendo a 26 mujeres, en la semana 7 a 9 de gestación hubieron 60% correspondiendo a 30 mujeres y en la semana 4 a 6 de gestación hubieron 45,5% correspondiendo a 10 mujeres. Concluyendo que si tiene significancia estadística.

4.13 GRÁFICO 13: HEMORRAGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: RELACION ENTRE TIPO DE ABORTO Y CONTROL PRENATAL.

TIPO DE ABORTO * CONTROL PRENATAL

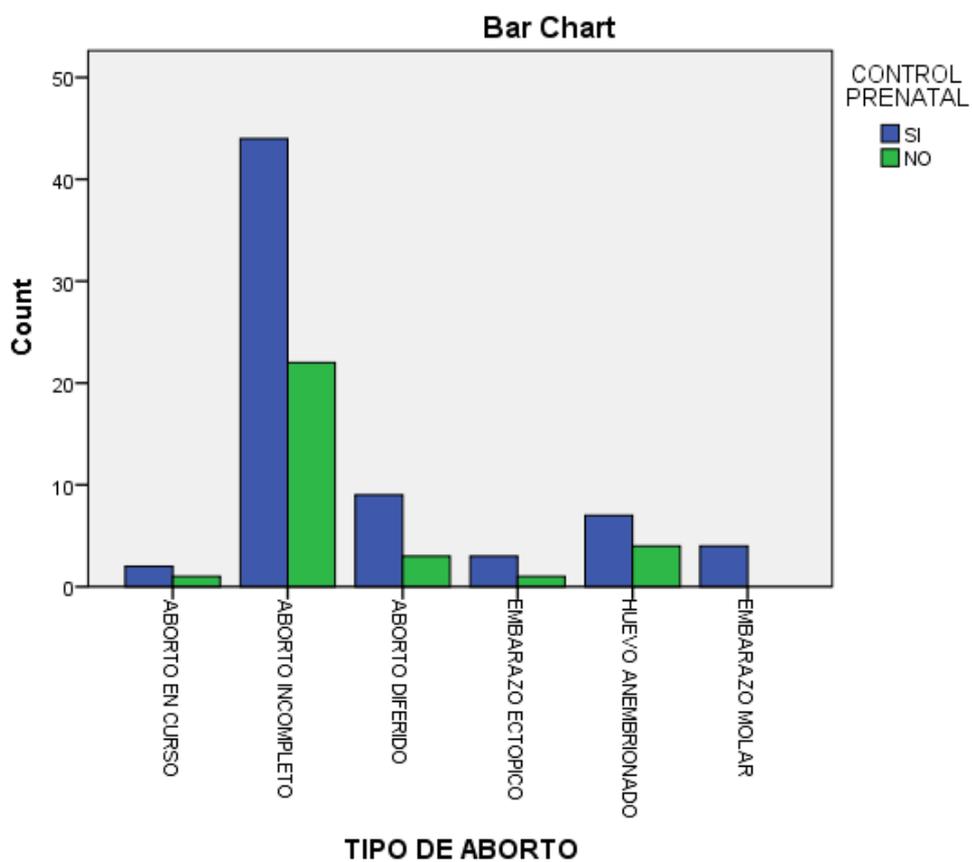
Crosstab

			CONTROL PRENATAL		Total
			SI	NO	
TIPO DE ABORTO	ABORTO EN CURSO	Count % within CONTROL PRENATAL	2 2,9%	1 3,2%	3 3,0%
	ABORTO INCOMPLETO	Count % within CONTROL PRENATAL	44 63,8%	22 71,0%	66 66,0%
	ABORTO DIFERIDO	Count % within CONTROL PRENATAL	9 13,0%	3 9,7%	12 12,0%
	EMBARAZO ECTOPICO	Count % within CONTROL PRENATAL	3 4,3%	1 3,2%	4 4,0%
	HUEVO ANEMBRIONADO	Count % within CONTROL PRENATAL	7 10,1%	4 12,9%	11 11,0%
	EMBARAZO MOLAR	Count % within CONTROL PRENATAL	4 5,8%	0 0,0%	4 4,0%
	Total	Count % within CONTROL PRENATAL	69 100,0%	31 100,0%	100 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,390 ^a	5	,793
Likelihood Ratio	3,566	5	,613
Linear-by-Linear Association	,612	1	,434
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,93.



El Gráfico N° 13: Muestra que no tuvieron control prenatal un 71,0% correspondiendo a 22 mujeres, y si tuvieron control prenatal un 63,8% correspondiendo a 44 mujeres.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- 1) La edad más frecuente que presentaron hemorragia durante el primer trimestre de embarazo, fue de 28 años, siendo la media 28,81, la mediana de 28 y la moda de 25.
- 2) El estado civil de las pacientes que presentaron hemorragias durante el primer trimestre de embarazo fue un 39% correspondiendo a estado civil unión libre.
- 3) El nivel de instrucción de las pacientes que presentaron hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, es del 68% correspondiendo al nivel de instrucción secundaria.
- 4) La hemorragia durante el primer trimestre de embarazo aparece 72% en multigestas y el 28% en primigestas.
- 5) La mayoría de las pacientes si se realizaron controles prenatales, siendo un 69%, y el 31% no se realizaron control prenatal.
- 6) La edad gestacional en que ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo fue el 50% que corresponde 7 a 9 semanas de gestación.
- 7) El tipos de aborto más frecuente donde ocurrieron las hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, es el 66% aborto incompleto, el 12% aborto diferido, el 11% huevo anembrionado, el 4% embarazo ectópico, el 4% embarazo molar y el 3% aborto en curso.
- 8) Todas las pacientes provenían de zona urbana.
- 9) la relación del tipo de aborto y estado civil, corresponde al aborto incompleto un 74,3% en las pacientes solteras correspondiendo a 26 mujeres.
- 10) la relación del tipo de aborto y nivel de instrucción corresponde al aborto incompleto 69,1% cuyo nivel de instrucción es secundaria.
- 11) la relación del tipo de aborto y número de gestaciones, corresponde a las multigestas con aborto incompleto 70,8%.

12) La relación del tipo de aborto y la edad gestacional, corresponde al aborto incompleto en la semana 10 a 12 de gestación de 92,9%, en la semana 7 a 9 de gestación de 60% y en la semana 4 a 6 de gestación del 45,5%.

13) La relación del tipo de aborto y control prenatal, muestra que no tuvieron control prenatal un 71,0% y si tuvieron control prenatal un 63,8% de las mujeres.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda la opción de incentivar a las mujeres que acudan a la consulta preconcepcional ya que tiene como objetivo fundamental preparar a la futura madre para concebir un hijo en las mejores condiciones de salud, esto se obtiene realizando una correcta anamnesis y estrategias a la futura gestante, la meta de la consulta preconcepcional es enseñar a la madre las mejores condiciones básicas para la planificación de su embarazo, a pesar de ello hay un porcentaje de malformaciones y anomalías que pueden presentarse.
- 2) Se recomienda charlas educativas de alimentación y cuidado del embarazo, dirigido principalmente a los niveles de atención primario y secundario del sistema de salud, para no agravar el estado prioritario de la paciente y evitar futuras complicaciones.
- 3) Orientar sobre las necesidades anticonceptivas identificando las metas reproductivas de las usuarias incluyendo la necesidad de la doble protección (método anticonceptivo más profiláctico para protección de ETS), además se debe informar a la paciente acerca de los métodos anticonceptivos es decir explicándole dónde y cómo obtenerlos y entregando el método anticonceptivo antes del alta médica.
- 4) En caso de sangrado se deberán evitar las relaciones sexuales hasta que se conozcan las causas, no usar tampones ni aplicar duchas vaginales, es importante observar las características del sangrado: duración del sangrado, si éste es leve o abundante, de esta manera el médico podrá diagnosticar a tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Sharami, S. H., Faraji Darkhaneh, R., Zahiri, Z., Milani, F., Asgharnia, M., Shakiba, M., & Didar, Z. (2013). The relationship between vaginal bleeding in the first and second trimester of pregnancy and preterm labor. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 11(5), 385–390.
- (2) Lykke, J. A., Dideriksen, K. L., Lidegaard, O., & Langhoff-Roos, J. (2010). First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 115(5), 935-944. doi:10.1097/AOG.0b013e3181da8d38.
- (3) Kouk, L. J., Neo, G. H., Malhotra, R., Allen, J. C., Beh, S. T., Tan, T. C., & Ostbye, T. (2013). A prospective study of risk factors for first trimester miscarriage in Asian women with threatened miscarriage. *Singapore Med J*, 54(8), 425-431.
- (4) Hill LM, Guzick D, Fries J, et al. fetal loss rate after ultrasonically documented cardiac activity between 6 and 14 weeks menstrual age. *J Clin Ultrasound* 1991;19:221-223.
- (5) Cabrera Tona, A. E. (2012). *Bibmed*. Obtenido de Factores de riesgo relacionado al embarazo ectópico. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto - Estado Lara: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWQ220DV4C322008.pdf>
- (6) Parashi, S., Moukhah, S., & Ashrafi, M. (2014). Main Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Case-Control Study in A Sample of Iranian Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(2), 147–154.
- (7) SANCHEZ CARRANZA, A. (2015). *dspace.unapiquitos.edu.pe/*. Obtenido de FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO MOLAR EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENTRE ENERO 2010 – DICIEMBRE 2014: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/524/1/TESIS%20concluido%20ALFREDO%202%20.pdf>

- (8) Druet Tutiven , W. (2011). *“Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar.Hospital Nacional De Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2008- 2010.* Obtenido de Tesis Presentada Como Requisito Para Optar Por La Especialidad en Ginecología y Obstetricia: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2219/1/Tesis.pdf>
- (9) Ecuador, M. d. (Diciembre de 2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente.* Obtenido de Guía de Práctica Clínica (GPC): http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
- (10) Chamy P, Verónica, Cardemil M, Felipe, Betancour M, Pablo, Ríos S, Matías, & Leighton V, Luis. (2009). RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(6), 331-338. Recuperado en 09 de febrero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262009000600003.
- (11) Berek, J. S. (2008). aborto precoz y embarazo ectópico. En *Ginecología de Novak* (págs. 617-646). España: Lippincott Williams & Wilkins.
- (12) SUMBA JADAN, L. E. (2012). <http://repositorio.ug.edu.ec/>. Obtenido de PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, PROPUESTA DE MANEJO TERAPÉUTICO.DESDE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1813/2/RESUMEN%20SUMBA%20J.pdf>
- (13) Álvarez Mesa, C. (2013). Hemorragias del primer trimestre. <https://aprendeonline.udea.edu.co>, 143-152.
- (14) Rafael Tineo, I. B. (s.f.). *publicaciones obstetricia moderna.* Obtenido de Fertilab: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_18.pdf

- (15) Bellón del Amo, M., Costales Badillo, C. A., & Gutiérrez Alaguero, A. (2001). Enfermedad trofoblástica gestacional. *Toko-Ginecología Práctica*, 60(652), 147-154. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-toko-ginecologia-practica-133-articulo-enfermedad-trofoblastica-gestacional-10022829>
- (16) GOMEZ GUTIERREZ-SOLANA, I. y. (2009). *Hemorragia en la gestación*. Obtenido de Anales del Sistema Sanitario de Navarra: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200009&script=sci_arttext
- (17) Hasan, R., Baird, D. D., Herring, A. H., Olshan, A. F., Jonsson Funk, M. L., & Hartmann, K. E. (2009). Association Between First-Trimester Vaginal Bleeding and Miscarriage. *Obstetrics and Gynecology*, 114(4), 860–867. <http://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b79796>
- (18) Hasan, R., Baird, D. D., Herring, A. H., Olshan, A. F., Jonsson Funk, M. L., & Hartmann, K. E. (2010). Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy. *Annals of Epidemiology*, 20(7), 524–531. <http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.02.006>
- (19) Salud, O. M. (2015). Prevención del aborto peligroso. *Centro de prensa*, 1-5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
- (20) Guevara, E. (2010). Hemorragia de la primera mitad del embarazo. *Revista Peruana Ginecología Obstericia*, 56: 10-17.
- (21) Obstetricia, M. C. (8va edición). *Hemorragia del primer trimestre*. Grupo Cto editorial.
- (22) Zee J, Sammel MD, Chung K, et al. predicción de embarazo ectópico en las mujeres con un embarazo de lugar desconocido: son necesarios datos más allá de las 48 h. *Reprod Hum* 2014; 29: 441.
- (23) Romero ST, G. K. (2015). La diferenciación de las anomalías genéticas en la pérdida del embarazo temprano. Obtenido de

<http://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation/abstract/43>

(24) Hasan R, Baird DD, arenques AH, et al. Patrones y predictores de sangrado vaginal en el primer trimestre del embarazo. *Ann Epidemiol* 2013; 20: 524.

(25) Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, et al. Los criterios de diagnóstico para el embarazo no viable temprano en el primer trimestre. *N Engl J Med* 2013; 369: 1443

(26) Togas Tulandi, M. M. (2015). El embarazo ectópico: manifestaciones clínicas y diagnóstico.

(27) pública, m. d. (2013). COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL. 95-99.