UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

“TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL”

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

“HEMORRAGIAS UTERINAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA.”

AUTOR

Md. Roberto Macías Díaz

TUTORA

Mgs. Dra. María Luisa Acuña Cumba.

Noviembre – 2016

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacior de Ciencia y Tecnol

SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: "HEMORRAGIAS UTERINAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA."	
AUTOR/ES: Md Roberto Daniel Macías Díaz	TUTOR: Dra. María Luisa Acuña Cumba. Msc REVISOR: Dra. Cumánda de Jesús Carlier Muñoz Msc
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Maestría en Emergencias medicas	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGS: 58
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD	
PALABRAS CLAVE: Hemorragias uterinas del primer trimestre del embarazo, Propuesta de un protocolos de atención terapéutica	

RESUMEN: **Antecedentes.-**El sangrado durante el primer trimestre del embarazo es una de las principales causas de consulta en los servicios de emergencia, que afecta a un 15-25% de todos los embarazos. **Objetivos.** - Se planteó como objetivo general determinar las causas de hemorragias uterinas en el primer trimestre de embarazo a pacientes que acuden al área de emergencias del Hospital Materno Infantil Marianas de Jesús en el periodo comprendido de enero a julio del 2016, para esto se consideró valorar el grado de la hemorragia mediante una adecuada historia clínica y solicitando los exámenes de laboratorio pertinentes, confirmar la edad gestacional por medio de ecografía y determinar si el origen de la hemorragia es fisiológico o provocado. **Metodología.** - Se realizó un trabajo cuantitativo, en el periodo comprendido entre enero a julio de 2016, la investigación fue documental, observacional no experimental, retrospectiva de corte transversal en la que se tomaron los datos del sistema de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) de un total de 215 pacientes, y que al aplicar una fórmula de tamaño muestran fueron incluidas 100 pacientes. **Resultados.** - Se observó que el 87,6% de las causas de hemorragia uterina fue el aborto (amenaza de aborto), seguido del 5,7% embarazo ectópico, y el 3,6% Enfermedad trofoblástica gestacional y un 3,1% de masas anexiales, donde el 85% presentaron complicaciones. **Conclusión.** – En el presente estudio la mayoría de los sangrados en el primer trimestre del embarazo son causados por abortos, de los cuales el 5% fue provocado, según muestras de fármacos encontrados, y el 95 % fueron de causas accidentales ,en su mayoría en adolescentes la cual pone en duda si es verídico el relato de la paciente.

No. DE REGISTRO:	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL:		
ADJUNTO PDF:	x☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0994305915/ 4610566	E-mail: drroberthm7@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Roberto Macías Díaz, del Programa de Maestría/Especialidad de Emergencias Médicas, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas. CERTIFICO: que el trabajo de titulación especial titulado "Hemorragias uterinas durante el primer trimestre del embarazo. Propuesta de un protocolo de atención terapéutica.", en opción al grado académico de Magíster en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

Dra. Ma. Teresa Acosta S. Msc.

TUTOR

Guayaquil, 07 de Noviembre del 2016

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada con mucho cariño y amor a mi madre Blanca Díaz y a mi esposa Jamilka Reyes quienes siempre creyeron en mí y estuvieron en todo momento con sus palabas de apoyo impulsándome para no desistir y que cumpla con mi meta propuesta.

A mis hijos que son la fuente de inspiración y motivación, quienes me dan la fortaleza para esforzarme cada vez más y así lograr un mejor futuro.

Roberto

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la fortaleza, perseverancia, la dedicación la salud y la inteligencia necesaria para seguir luchando cada día para conseguir mis metas fijadas y no permitir que desfallezca en los momentos difíciles de mi formación como maestrante.

A mis familiares, amigos y maestros por el apoyo brindado en todo momento, y sus consejos que siempre estuvieron ahí guiándome en cada etapa de mi vida personal, así como en lo profesional

Roberto

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contexto de este trabajo de titulación especial, corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL"

Firma

Md Roberto Macías Díaz.

0913036539

ABREVIATURAS

RPM = Ruptura prematura de membrana

FIGO = Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

OMS = Organización Mundial de la Salud

βhCG = Gonadotropina coriónica humana

RDACAA = Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias

IMC = Índice de masa corporal

ITS = Infecciones de Transmisión Sexual

ETG = Enfermedad trofoblástica gestacional

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR .....**¡Error! Marcador no definido.**

DEDICATORIA iv

AGRADECIMIENTO v

DECLARACIÓN EXPRESA .....**¡Error! Marcador no definido.**

ÍNDICE viii

ÍNDICE DE TABLAS x

ÍNDICE DE GRÁFICOS xi

RESUMEN xii

ABSTRACT xiii

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 4

MARCO TEÓRICO.....4

1.1 Teorías generales.....4

1.1 Teorías sustantivas 6

1.3 Referentes empíricos 12

CAPÍTULO II 14

MARCO METODOLÓGICO.....14

2.1 Metodología 14

2.2 Métodos teóricos y empíricos 14

2.3 Premisa de la investigación 15

2.4 Universo y muestra.....15

2.5 Operacionalizacion de variables.....18

2.6 Gestión de datos.....18

2.7 Criterios éticos de la investigación.....18

CAPÍTULO 3.....19

RESULTADOS.....19

3.1 Antecedentes de la población.....19

3.2 Estudio de campo.....19

CAPÍTULO 4.....27

DISCUSIÓN.....28

4.1 Contrastación empírica.....28

4.2 Limitaciones.....29

4.3 Líneas de investigación.....29

CAPÍTULO V.....30

PROPUESTA.....30

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....40

Conclusiones.....40

Recomendaciones.....41

Referencias bibliográficas.....42

Anexos.....45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 20

Tabla 2 Residencia de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 21

Tabla 3 Control prenatal previo de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 21

Tabla 4 Antecedentes personales de hemorragia uterina previa 22

Tabla 5 Antecedentes familiares de hemorragia uterina previa 22

Tabla 6 Patologías asociadas de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre... 23

Tabla 7 Infecciones de las vías urinarias de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 23

Tabla 8 Diagnóstico de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 24

Tabla 9 Tipo de aborto de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 24

Tabla 10 Edad gestacional de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 25

Tabla 11 Aborto provocado o accidental 25

Tabla 12 Complicaciones de las pacientes de la muestra 26

Tabla 13 Tratamiento de las hemorragias uterinas del primer trimestre 26

Tabla 14 Paridad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Paridad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 50

Gráfico 2 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 50

Gráfico 3 Residencia de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 51

Gráfico 4 Control prenatal previo de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 51

Gráfico 5 Antecedentes personales de hemorragia uterina previa 52

Gráfico 6 Antecedentes familiares de hemorragia uterina previa 52

Gráfico 7 Patologías asociadas de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 53

Gráfico 8 Infecciones de las vías urinarias de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 53

Gráfico 9 Diagnóstico de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 54

Gráfico 10 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 54

Gráfico 11 Edad gestacional de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre ... 55

Gráfico 12 Aborto provocado o accidental 55

Gráfico 13 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre 56

Gráfico 14 Tratamiento de las hemorragias uterinas del primer trimestre 56

RESUMEN

Antecedentes. El sangrado durante el primer trimestre del embarazo es una de las principales causas de consulta en los servicios de emergencia, que afecta a un 15-25% de todos los embarazos. **Objetivos. -** Se planteó como objetivo general determinar las causas de hemorragias uterinas en el primer trimestre de embarazo a pacientes que acuden al área de emergencias del Hospital Materno Infantil Marianas de Jesús en el periodo comprendido de enero a julio del 2016, para esto se consideró valorar el grado de la hemorragia mediante una adecuada historia clínica y solicitando los exámenes de laboratorio pertinentes, confirmar la edad gestacional por medio de ecografía y determinar si el origen de la hemorragia es fisiológico o provocado. **Metodología**. - Se realizó un trabajo cuantitativo, en el periodo comprendido entre enero a julio de 2016, la investigación fue documental, observacional no experimental, retrospectiva de corte transversal en la que se tomaron los datos del sistema de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) de un total de 215 pacientes, y que al aplicar una fórmula de tamaño muestran fueron incluidas 100 pacientes. **Resultados. -** Se observó que el 87,6% de las causas de hemorragia uterina fue el aborto (amenaza de aborto), seguido del 5,7% embarazo ectópico, y el 3,6% Enfermedad trofoblástica gestacional y un 3,1% de masas anexiales, donde el 85% presentaron complicaciones. **Conclusión. –** En el presente estudio la mayoría de los sangrados en el primer trimestre del embarazo son causados por abortos, de los cuales el 5% fue provocado, según muestras de fármacos encontrados, y el 95 % fueron de causas accidentales ,en su mayoría en adolescentes la cual pone en duda si es verídico el relato de la paciente

Palabras clave. – Hemorragias uterinas del primer trimestre del embarazo, tratamiento, protocolos de emergencia

ABSTRACT

Background. Bleeding during the first trimester of pregnancy is one of the leading causes of consultation with emergency services, affecting 15-25% of all pregnancies. **Objectives**. - Was raised as a general objective to determine the causes of uterine bleeding in the first trimester to patients attending the emergency area of the Marianas Maternity Hospital of Jesus in the period from January to July 2016, for this was considered to assess the extent of bleeding by applying appropriate clinical and laboratory tests relevant to confirm the gestational age by ultrasound and determine whether the source of bleeding is physiological or induced history. **Methodology. -** A qualitative work in the period from January to June 2016 was performed, the research was documentary, observational not experimental, retrospective cross section in which the system data Daily Record Automated Consultations and outpatient care were taken (RDACAA) of a total of 215 patients, and applying a formula shown size they were included 100 patients. **Results. -** It was observed that 87.6% of the causes of uterine bleeding was abortion (threatened abortion), followed by 5.7% ectopic pregnancy, and gestational trophoblastic disease 3.6% and 3.1% mass adnexal, where 85% had complications. **Conclusion.** - 5% of abortions were caused, according to drug samples found, and treatment of choice in most patients was the obstetrical therapeutic curettage

Keywords. - Uterine bleeding in the first trimester of pregnancy, treatment, emergency protocols

INTRODUCCIÓN

El sangrado durante el primer trimestre del embarazo es una de las principales causas de consulta con los servicios de emergencia, que afecta a un 15-25% de todos los embarazos; la mitad de ellos terminan en aborto y otros parecen tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones como desprendimiento de la placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas (RPM), parto prematuro y bajo peso al nacer. Cuando se produce durante el primer trimestre, es decir, durante las primeras 12 semanas de gestación, se presentan como principales causas el aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica, así como amenaza de aborto. Puede haber otras causas, como lesiones en el nivel de la vagina o el cuello uterino que puede dar manifestaciones hemorrágicas, además de aumentar el cuadro de morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal. (Gevara, 2010)

Entre las **causas** de sangrado durante el primer trimestre del embarazo, se ponen en relieve el fracaso temprano del embarazo que comprende la amenaza de aborto, aborto completo, aborto incompleto, el embarazo ectópico y la muerte embrionaria anembriónico; También se describen embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional. Es necesario realizar una adecuada historia clínica y el examen físico adecuado en la mayoría de los pacientes son capaces de mostrar la causa de la hemorragia, ya que es vital para confirmar el origen genital y realizar completa Vaginoscopía examen físico para descartar otras causas de sangrado como cervicitis, vaginitis, trauma, cáncer cervical, pólipos.

Cuando la historia médica del hospital no es suficiente para lo que se necesita para realizar una ecografía transvaginal y cuantificación de ßhCG distinguir entre estas posibilidades de diagnóstico y valorar el pronóstico del embarazo. Debido a que el diagnóstico no es apropiado o porque los pacientes no acuden al hospital rápidamente los riesgos de aborto, como una de las principales complicaciones se incrementan; Otro

inconveniente es que debido a que se trata de una emergencia médica, la paciente debe ser tratado de forma rápida y en ocasiones debido al poco conocimiento de los protocolos tiene como **consecuencia** un aumento en el riesgo materno y que se relaciona directamente con la mortalidad materna y fetal.

Esta información planteada pone en manifiesto la formulación del **problema**, descrita en la siguiente pregunta: ¿Es necesario un protocolo de atención terapéutica para el manejo de Hemorragias uterinas anormales durante el primer trimestre del embarazo que incida en la reducción de los riesgos materno – fetales en el Hospital materno infantil "Mariana de Jesús" de la ciudad de Guayaquil?

Como se lo ha indicado anteriormente el embarazo y todo lo que se relaciona con gestación es de suma importancia en la sociedad, esto es, posiblemente, debido a que cerca de un 15 a un 30% de los embarazos se complican por un sangrado vaginal durante el primer trimestre, cifra que cada año aumenta, además de la prevalencia de los abortos a pesar de que en la actualidad es posible diagnosticar un embarazo muy temprano todo esto conlleva la **justificación** de este trabajo que parte por la importancia de evitar que ocurran patologías que pongan en peligro la vida del feto y la madre puesto que, por ejemplo, la metrorragia del primer trimestre puede ser normal, es decir, como respuesta de patrones fisiológicos implicados en el mecanismo de implantación del óvulo en el útero, donde actuarán factores hemostático local, factores de los tejidos ; factores sistémicos y del citotrofoblasto de las mujeres que juegan diferentes papeles en el curso del embarazo y allí radica la importancia de un protocolo de atención terapéutica que reduzca los riesgos.

El **objeto** de la investigación lo forman las hemorragias del primer trimestre del embarazo, que se considera como la pérdida sanguínea por los genitales que ocurre en el curso de las primeras doce semanas de gestación, la misma que incluye el aborto, el

embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional. El **campo** de la investigación lo componen las hemorragias uterinas en el primer trimestre del embrazo como un contexto amplio y general.

Objetivo general: Determinar las causas de hemorragias uterinas en el primer trimestre de embarazo a pacientes que acuden al área de emergencias del Hospital Materno Infantil Marianas de Jesús en el periodo comprendido de enero a julio del 2016.

Objetivos específicos:

Valorar el grado de la hemorragia mediante una adecuada historia clínica y solicitando los exámenes de laboratorio pertinentes,

Confirmar la edad gestacional por medio de ecografía y

Determinar si el origen de la hemorragia es fisiológico o provocado.

La **novedad científica** radica en la importancia de disminuir los riesgos maternos y fetales que se ven involucrados con las hemorragias en el primer trimestre debido a que estas representan un porcentaje alto (15%) y requieren de un tratamiento terapéutico óptimo por complicaciones posteriores, que se encuentre debidamente establecido, para lo cual se pretende implementar un protocolo de emergencia.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Teorías generales

Hemorragias uterinas

El sangrado del tracto genital puede representar un proceso fisiológico (menstruación normal) o significa la manifestación de un proceso patológico de etiología diversa. El sangrado uterino anormal conlleva duración del ciclo, la duración o la intensidad de la menstruación, así como la presencia de sangrado entre menstruaciones normales o no relacionadas con lo antes expuesto, o antes de la menarquia y después de la menopausia. El sangrado uterino anormal puede clasificarse en función de su etiología, orgánica y funcional (disfuncional). La menorragia también tiene esta posibilidad de doble etiología, aunque las causas funcionales son más frecuentes. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2015)

La menorragia conceptualmente significa sangrado menstrual excesivo. Recordemos que el sangrado menstrual normal es de 30 a 40 ml / ciclo y el 90% de las mujeres tienen un sangrado menstrual menos de 80 ml (1-4). Por lo tanto, por lo general la menorragia sangrado menstrual como características cíclicas cuya intensidad excede de 80 ml / ciclo definidos. Sin embargo, esta definición no es utilizable en la práctica, no se puede utilizar de forma retrospectiva y aplicación prospectiva es engorrosa, lo que requiere la recogida y cuantificación de todas las pérdidas del ciclo menstrual. (American Society for Reproductive Medicine, 2013)

A menudo se utiliza un criterio subjetivo, la definición de la menorragia como la percepción por parte del paciente que es el sangrado menstrual excesivo durante varios ciclos consecutivos. Sin embargo, la evaluación subjetiva de la hemorragia menstrual es inexacta. Por lo tanto, se ha informado de que sólo el 49% de los pacientes recibieron consulta por la menorragia tenía una pérdida igual o superior a 80 ml pérdidas. (Herrero, 2013; Grajales, 2016)

Hemorragias uterinas durante el embarazo

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, ya que se ha establecido con claridad, lo que constituye la pérdida excesiva de sangre. De acuerdo con el momento en que se produce la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia antes del parto y la hemorragia postparto. Esta pérdida de volumen de sangre a una velocidad mayor de 150 ml / min (en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede ocurrir durante el estado o puerperal grávido, que supera los 500 ml, después del parto o 1.000 ml post-cesárea. En la actualidad se define como hemorragia postparto a la pérdida de sangre de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos. (Asturizaga, 2014)

El sangrado antes o después del parto es una de las más importantes emergencias obstétricas y la causa principal de ingreso en las unidades de cuidados intensivos de pacientes embarazadas y las mujeres después del parto recientes.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en la promoción prevención de la morbilidad materna y fetal y la mortalidad secundaria a hemorragia pre y post parto. Estos organismos han desarrollado líneas de acción, protocolos de estudio de los factores de riesgo y el consentimiento informado, todos ellos considerando la medicina basada en la evidencia y las opiniones de los expertos. El acceso a métodos diagnósticos, personal médico capacitado, y

las condiciones nutricionales terapéuticas la salud de la población y el acceso a los centros de salud calificados varían dependiendo de cada país. (Ovalle, 2012)

Según la OMS esta patología ocupó el primer lugar de mortalidad materna en el mundo, que representan el 25% del total de las muertes maternas, independientemente del nivel de desarrollo del ingreso per cápita de cada país. Mientras que el 99% de estas muertes ocurrieron en los países en desarrollo, es importante hacer hincapié en la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud y la existencia actualmente herramientas disponibles para evitar o minimizar su ocurrencia. (Morillas, 2014)

La mortalidad de esta patología varía en tasas de 30% a 50% con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, por lo que se establecieron la meta de reducir la mortalidad en un 75% a través de medidas de prevención y la hemorragia postparto materna y un tratamiento apropiado. (Solari, 2014)

1.1 Teorías sustantivas

El. Aborto:

El sangrado durante el primer trimestre del embarazo es una de las principales causas de los servicios de consultoría emergencia, que afecta a un 15-25% de todos los embarazos; la mitad de ellos terminan en aborto y otros parecen tener aumento del riesgo de desarrollar complicaciones tales como placenta previa, ruptura prematura de membranas (RPM), parto prematuro y bajo peso al nacer. Entre las causas de sangrado durante el primer trimestre embarazo, el embarazo precoz aspectos más destacados de fallo se comprende la amenaza de aborto, aborto completo, aborto incompleto y el embarazo anembrionario; También se describe el embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional. (Hernandez, 2013)

Antecedentes médicos y gran parte del examen físico de los pacientes no muestran la causa del sangrado; es importante confirmar el origen genital y realizar un examen físico completo con Vaginoscopia de 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 βHCG permiten distinguir entre estas posibilidades diagnósticas y evaluar el pronóstico de la gestación. (Álvarez, 2014; Villamonte, 2012)

El aborto espontáneo se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un producto de peso inferior de 500 grs. El 65% de los abortos se producen antes de las 16 semanas. Hay muchos factores de riesgo de aborto, entre los que se citan las endocrinas como la diabetes mal controlada, genéticos que dan cuenta de la mitad de los abortos espontáneos, inmunológicos como el síndrome y el lupus antifosfolípido, infecciones como la sífilis y el toxoplasma, exposiciones ocupacionales químicos, anormalidades uterinas, entre otros. La mayoría de los abortos se producen en el primer trimestre espontánea y completamente, sin intervención. El espectro clínico es amplio y el aborto puede ocurrir con algunas de las siguientes formas clínicas. (Morillas, 2014; Collado, 2016)

La amenaza de aborto: se caracteriza por un escaso sangrado asociado con el dolor y el examen físico de un cuello cerrado. La ecografía confirmó el embarazo intrauterino y la actividad cardíaca es evidente. Algunos criterios ecográficos se consideran mal pronóstico como gestacional crecimiento saco menos de 1 mm / día, bajo ubicación de este, su forma irregular, ausencia de doble halo, también si hay una diferencia en la extensión de la bolsa y LCC ≤ 5 mm, este hallazgo representa un riesgo 80% de pérdida fetal. Una reacción decidual <2 mm también se considera un mal pronóstico, así como menos de 100 embarazos de 6 semanas y menos de 120 embarazos de entre 6 y 7 semanas embrionaria. (Neira, 2012)

La demostración de la actividad cardiaca no asegura la viabilidad fetal, pero su presencia reduce significativamente el riesgo de una futura pérdida del embarazo. Uno posibles resultados en el cuadro clínico de una amenaza de aborto, es el sangrado subcoriónica, lo cual es un reflejo de la hemorragia como resultado de un desprendimiento marginal con la separación del corion del endometrio. Se produce en 18 a 20% de los pacientes con hemorragia en el primer trimestre. En la ecografía que pueda ser visto hiperecoico o imagen hipoecoica en función de la evolución en el tiempo de sangrado. La mayoría se producen al final del primer trimestre y su pronóstico generalmente es bueno si el latido del corazón es positivo. Hemorragia uterina parece tener un peor pronóstico. (Lete, 2015)

La pérdida del embarazo cuando hay una amenaza de aborto es del 2% en las mujeres menores de 35 años y el 16% mayor de 35 años. Si hay sangrado subcoriónica, el riesgo es del 9%. El tratamiento expectante es y debe ser un buen consejo para los padres. (Sanz, 2015)

En el aborto en curso e inminente la paciente ya tiene un dolor intenso y un sangrado abundante con presencia de coágulos. El cuello del útero comienza a dilatarse y las membranas están intactas. Se dice que el aborto es el sangrado en curso cuando la pérdida de líquidos está asociada. (Ortega, 2012)

Aborto Incompleto: los restos ovulares no han sido expulsados completamente de la cavidad uterina, por lo que el útero es suave, amplio, el cuello se dilata y la hemorragia es profusa y persistente.

Aborto completo: 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 normal, de nuevo cerrando el cuello del útero. Aunque el tratamiento estándar de la pérdida del embarazo temprano con cuello alto ha sido quirúrgico, este método no está disponible para

todos los pacientes, ya que requiere enfoque especializado. Por lo tanto, en los últimos años se ha planteado el tratamiento médico con misoprostol, que ha demostrado ser eficaz y seguro. La dosis de misoprostol se usa en la mayoría de los estudios se informó de 400 a 600 ug; Si la extirpación completa no se alcanza en el día 3, se puede repetir la dosis. Si no hay expulsión completa en días 8, la gestión quirúrgica se debe realizar con la dilatación y legrado. (Castro, 2013)

También ha demostrado que el misoprostol por vía vaginal es más eficaz y más seguro que la ruta oral, que también tiene más efectos gastrointestinales. Existe una revisión sistemática de manejo quirúrgico vs expectante, en el que se incluyeron cinco estudios que incluyeron 689 pacientes. Los autores concluyeron que el tratamiento expectante lleva más riesgo de aborto incompleto, que requiere más tratamiento quirúrgico, pero a su vez, el tratamiento quirúrgico se asoció con un mayor riesgo de infección. Dada la falta de superioridad de uno al otro, las mujeres deben desempeñar un papel clave en la decisión de tratamiento. Hay 2 opciones para el manejo quirúrgico: la aspiración vacum y legrado. Ambos fueron comparados en una revisión sistemática en la que se encuentran dos estudios con 550 pacientes. Aspiración Vacum se asoció con una menor pérdida de sangre, menos dolor durante el procedimiento y más corta duración del procedimiento, en comparación con la cureta de metal. (Tello, 2013)

Embarazo ectópico es aquel que se implanta fuera de la cavidad uterina y es responsable del 6% de las muertes maternas en los Estados Unidos y la principal causa de muerte en las mujeres embarazadas en el primer trimestre. Se representa el 2% de todos los embarazos y el 97% de ellos se producen en la trompa de Falopio; dentro de este, el 70% se encuentra en la ampolla, el 12% de la fimbria, 11% en el istmo, el 2,4% son de Cornualles. Otros sitios son ovario con 3,2%, 1,3% y el peritoneo cuello del útero menos de 1%. Los

factores de riesgo para el embarazo ectópico son todas las condiciones que obstruyen o alteraciones en el transporte tubárico del óvulo fecundado. (Crochet, 2016)

Entre los más importantes son la historia de embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica es la principal causa de daño en las trompas, la historia de la cirugía tubárica, el uso actual de los dispositivos intrauterinos, endometriosis, entre otros. La presentación clínica es la tríada clásica de dolor, sangrado y amenorrea. Sin embargo, sólo se produce en el 45% de los casos, lo que puede dar lugar a retrasos en el diagnóstico. La sospecha clínica es la clave más importante para el diagnóstico precoz, que puede reducir la morbilidad y la mortalidad y la preservación de la fertilidad. (Flores, 2012)

El dolor abdominal es el síntoma más común, ocurre en el 98% de los pacientes y puede ser el único síntoma. El paciente también puede presentar taquicardia, hipotensión ortostática o simplemente sensibilidad a movilizar el cuello uterino o se siente anexos. Como diagnósticos diferenciales positivo, es la amenaza de aborto, muerte embrionaria, la rotura del cuerpo lúteo o algunas infecciones. (Molina, 2015)

Enfermedad trofoblástica gestacional es el sangrado en el primer trimestre de embarazo y es una de las manifestaciones más comunes de la enfermedad, esto debe ser considerado como un diagnóstico diferencial en estos pacientes. Otros signos clínicos incluyen excesivo tamaño del útero para la edad gestacional, la ausencia de actividad cardiaca fetal, tecaluteínicos quistes, hiperémesis gravídica y la preeclampsia antes de la semana 24. Incluye diferentes entidades cuya característica común anormal proliferación del trofoblasto con la producción excesiva de ßhCG. (Aller, 2012)

La mola hidatiforme, se produce en 1 de cada 1000-2000 embarazos, puede ser parcial o completa. El topo completa es el más común y el resultado de la fertilización de un huevo con núcleo inactivo, lo que significa que todos los cromosomas son paternales. La ecografía

se observa en presencia de material ecogénico intrauterina amorfa mezclada en el primer trimestre (tormenta de nieve) y la ausencia de embrión. Sin embargo, sólo un poco más de la mitad tiene la apariencia típica, el resto se puede manifestar como un embarazo anembriónico, aborto incompleto o endometrio heterogéneo. (Vásquez, 2014)

Los hallazgos ecográficos añadido a la elevación de ßhCG para la edad gestacional son muy sugestivos de embarazo molar, pero el diagnóstico definitivo es por la patología.

La mola parcial se produce cuando un óvulo es fertilizado normal por dos espermatozoides. El aspecto ecográfico es el de una placenta grande con áreas quísticas y un feto con malformaciones múltiples y retraso del crecimiento intrauterino. Entre el 18 y el 29% de las molas completas y 1 a 11% de las molas parciales a desarrollar la enfermedad trofoblástica persistente. El tratamiento es la evacuación uterina y el método de elección es la aspiración. La histerectomía puede ser una opción en pacientes con paridad satisfecha. Después de un seguimiento estricto del tratamiento que se requiere ßhCG.

El tumor trofoblástico gestacional incluye mola invasora, coriocarcinoma y el tumor trofoblástico sitio placentario. La mola invasiva, penetra profundamente en el miometrio, a veces incluso superior a ella y penetrar en el peritoneo y parametrio. Son localmente tumores invasivos, pero rara vez metastatizan, al contrario de lo que ocurre con coriocarcinoma normalmente presenta distancia de siembra. La mitad de estos tumores provienen de un embarazo molar, 25% de aborto y el 25% de un embarazo aparentemente normal. Se observa ultrasonido en presencia de una masa uterina y, a veces el miometrio y la invasión parametrial. Dentro de la evaluación diagnóstica en pacientes con sangrado durante el primer trimestre, se puede producir algunas dificultades diagnósticas, un ejemplo es los pacientes ßhCG con niveles por debajo de 1500 mUI / ml con los hallazgos ecográficos no

concluyentes; en este caso, si el paciente está estable, control ecográfico se realiza en una semana para evaluar la presencia de saco o embrión.

Ambos tienen un crecimiento de aproximadamente 1 mm por día. En este caso ßhCG evaluaciones de serie también pueden ser útiles. Cuando los valores ßhCG no aumentan normalmente y no muestran el embarazo por ecografía, realice un legrado o aspiración puede ser útil. Si el material obtenido evidencia de vellosidad coriónica, embarazo ectópico se descarta. Cuando hay una alta sospecha de embarazo ectópico no se logra y confirmado por ecografía, se puede utilizar la laparoscopia o la gestión con metotrexato. Dada su alta incidencia, entonces se requiere un profundo conocimiento de la materia que permite el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado lo que se reduce la morbilidad y la mortalidad materna.

1.3 Referentes empíricos

Existen algunos trabajos relacionados con esta temática, entre los que se aprecian el de Yépez (2013) donde se revisaron las principales hemorragias uterinas del tercer trimestre, por lo que concluyó que, entre los factores de riesgo de esta patología, se observaron la anemia, la hipertensión arterial y los hábitos tóxicos nocivos, como el consumo de drogas. (Yépez, 2013).

En Riobamba, Caraguay presentó un trabajo en el que se analizó el embarazo ectópico en el Hospital Regional de Riobamba, el cual concluyó que entre las complicaciones las más frecuente fue el shock hemorrágico y el tratamiento de elección fue el quirúrgico. (Caraguay, 2012)

Morales en Cuenca también analizó el embarazo ectópico, donde indicó que los principales síntomas son las hemorragias uterinas y el dolor pélvico y en su mayoría fueron

resueltos por medio quirúrgico. A pesar de las complicaciones todos los pacientes se mantuvieron estables. (Morales, 2014)

Un trabajo de Sumba en Guayaquil, analizó las hemorragias uterinas del primer trimestre del embarazo, concluyó al final de su trabajo que uno de los factores de riesgo fue el antecedente de aborto, entre el 19% y que aumenta hasta el 35% con el segundo aborto por lo que recomienda un diagnóstico apropiado y tratamiento que disminuya la morbilidad y mortalidad. (Sumba, 2012).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología

Se trata de un trabajo de tipo cuantitativo porque se analizara la relación entre el sangrado del primer trimestre del embarazo y el estado socio-económico y cultural en las pacientes que ingresaron al Hospital materno infantil “Mariana de Jesús” en el periodo comprendido entre enero a julio de 2016, las que presentaron hemorragias uterinas durante el primer trimestre del embarazo

2.2 Métodos teóricos y empíricos

La investigación es de carácter documental, observacional no experimental, retrospectiva de corte transversal, donde se ha utilizado también el método deductivo para poder establecer las características de las pacientes para luego establecer generalizaciones en las conclusiones mediante el método analítico y la información proviene del sistema de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) utilizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Este instrumento ha sido validado por los profesionales de la salud pertinentes del área.

Se pudo también realizar una encuesta donde se consideraron aspectos que han permitido establecer el protocolo terapéutico para el manejo de las hemorragias uterinas del primer trimestre del embarazo y así poder disminuir la morbilidad materna y fetal en el servicio de urgencias de la Maternidad.

2.3 Premisa de la investigación

Las hemorragias uterinas del primer trimestre del embarazo, son frecuentes en el servicio de urgencias del Hospital Especializado Mariana de Jesús, lo que ocasiona aumento en la morbilidad materno - fetal.

2.4 Universo y muestra

El universo de la investigación lo constituyeron las pacientes con hemorragias que fueron atendidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús durante el primer semestre del 2016, que en total fueron 1433 pacientes.

La muestra en este trabajo de investigación lo constituyeron las pacientes que presentaron hemorragia uterina durante el primer trimestre del embarazo que en total fueron 215 pacientes. El tamaño muestral se consideró siguiendo la siguiente fórmula:

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

Dónde:

n = El tamaño de la muestra

N = Tamaño del universo, en este caso será de 342

Z = Nivel de confianza, para este medio se ha establecido el 95% (Z=1,96)

e = Es el margen de error máximo admitido (5%)

p = Proporción esperada (15% - 0,15)

Luego de aplicada ésta fórmula, se definió una muestra de 100 pacientes, la técnica de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se consideraron además criterios de inclusión y exclusión los siguientes:

Criterios de inclusión

- Mayores de 16 años y menores de 45 años.
- Con información completa de la patología.
- Que hayan acudido durante el primer trimestre del embarazo.

Criterios de exclusión

- Mayores de 45 años y menores de 16 años.
- Que no tengan la información completa.
- Que acudan al hospital después del primer trimestre del embarazo.

Categorías

Se consideraron como categorías de la investigación hemorragias uterinas en el primer trimestre del embarazo, que abarcan diferentes patologías, que se han clasificado y tabulado, la segunda categoría ha sido el protocolo de atención de emergencia, considerando que actualmente no existe una normativa para atender este tipo de pacientes.

Dimensiones

Las dimensiones que correspondieron a la primera variable han sido las características maternas (Edad, peso, talla, IMC), las características ginecológicas (edad gestacional, gestas, partos, cesáreas, abortos, antecedentes personales, antecedentes familiares, patologías, asociadas, ITS, también se consideró el Diagnóstico (aborto, embarazo ectópico, enfermedad

trofoblástica gestacional) y sus características, además del tratamiento (expectante, médico y quirúrgico)

Instrumentos

Los instrumentos de la investigación fueron los datos obtenidos de las bases de datos que se recolectaron en una hoja de cálculo electrónica, dispuesta precisamente para esta investigación.

Unidad de análisis

Esta unidad de análisis la conformaron las pacientes embarazadas atendidas en Hospital materno infantil “Mariana de Jesús” en el periodo comprendido entre enero a junio de 2016 que tuvieron hemorragia uterina en el primer trimestre del embarazo, que en total fueron 215 pacientes, de las que se tomaron 100 de las carpetas. (Anexo 3).

2.5 Operacionalizacion de variables (ANEXO 1)

2.6 Gestión de datos

La información ha sido recolectada en una base de datos de Microsoft Excel 2013, donde se ha tabulado y presentado los resultados en tablas y gráficos estadísticos que permitan mejorar la comprensión de los mismos; para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS ® 21, considerando valores de significancia estadísticas el 95% de confianza ($p<0,05$)

2.7 Criterios éticos de la investigación

Considerando un buen tratamiento de la información, esta ha sido recolectada de fuentes fiables tales como Pubmed, Scielo entre otros sitios con indexación, además mediante normas de ética en ningún momento del trabajo se ha presentado el nombre de los pacientes ni algún indicio que pueda revelar su información personal.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 Antecedentes de la población

El Hospital Especializado Mariana de Jesús ubicado en el Sur Oeste de la ciudad de Guayaquil, es un hospital emblemático de la ciudad, debido a que en él son atendidos partes de alrededor de 8000 mujeres de toda la ciudad, de otras partes de la provincia e incluso de otras ciudades, el hospital tiene como Misión proporcionar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la atención especializada a través de su cartera de servicios, cumplir con la responsabilidad de la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, salud integral, la educación y la investigación, de acuerdo con las políticas del Ministerio de Salud Pública y redes dentro del marco de la justicia y la equidad social

La **visión** de la institución indica que va a ser reconocido por el público como un hospital de acceso, lo que proporciona una atención de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de la población menor de principios fundamentales de la salud pública y la bioética, la tecnología y el uso de los recursos públicos de manera eficiente y transparente.

Las mujeres que son atendidas en el hospital provienen de diferentes sectores de la ciudad, especialmente el suburbio de Guayaquil, son de diferentes estratos económicos con una mayor presencia de personas con bajos recursos.

3.2 Estudio de campo

Se Obtiene datos de la base del rdacca que da un total de 1433 mujeres que presentaron hemorragias uterinas; 215 pacientes durante el 1er trimestre del embarazo y de las cuales se toma una muestra aleatoria de 100 pacientes para el estudio y se evaluaron los

resultados mediante el análisis de las historias clínicas y se determinaron los cuadros estadísticos descriptivos por Excel.

Objetivo 1.- Valorar el grado de la hemorragia mediante una adecuada historia clínica y solicitando los exámenes de laboratorio pertinentes.

En la tabla 1 se observó que el 46,6% de las pacientes fueron menores a 20 años el 25,9% entre 21 – 30 años, además de que el 19,2% entre 31 - 40 años y solo el 8,3% más de 40 años, lo que determina la edad más frecuente en la que ocurren este tipo de hemorragia.

Tabla 1 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 20	47	47%
21 - 30	26	26%
31 - 40	19	19%
Más de 40	8	8%
Total	100	100%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

Se consideró también la procedencia de las pacientes, donde la mayoría resultaron ser de área urbana y urbano marginal, (19,2% y 50,8% respectivamente), sin embargo, un porcentaje alto del 30,1 fueron del área rural (Fuera de la ciudad de Guayaquil); a pesar de que el hospital se encuentra en el área urbana.

Tabla 2 Residencia de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	19	19%
Urbano marginal	51	51%
Rural	30	30%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

Con respecto a las características de las pacientes se observó en el gráfico 1 que el 60,6% de las pacientes de la muestra fueron multigesta, mientras que el 39,4% fueron primigesta. Además, el 40,9% de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre del embarazo se realizaron un control prenatal previo a la aparición de la hemorragia. (Tabla 3)

Tabla 3 Control prenatal previo de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Control prenatal previo	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	40%
No	60	60%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

En la tabla 4 se indica que el 11,4% de las pacientes de la muestra tuvieron antecedentes personales de hemorragia uterina en partos previos, lo que ha determinado la importancia de que estas pacientes sean controladas y evaluadas periódicamente, donde el

médico especialista pueda establecer un diagnóstico acertado y un tratamiento que pueda permitirle a la paciente terminar con el embarazo.

Tabla 4 Antecedentes personales de hemorragia uterina previa

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	11%
No	89	88%
Total	100	100%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

En la tabla 5 se pudo apreciar que el 6,7% de las pacientes indicó tener antecedentes familiares de hemorragias uterinas del primer trimestre de embarazo, mientras que el 93,3% no presentaron tales antecedentes.

Tabla 5 Antecedentes familiares de hemorragia uterina previa

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	7%
No	93	93%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

El 6,7% de las pacientes presentaron hipertensión arterial y un 5,2% diabetes mellitus tipo 2, sin embargo, el 88,1% de las pacientes no reportó tener ninguna patología adyacente, como se apreció en la tabla 6

Tabla 6 Patologías asociadas de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Patologías asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	7	7%
Diabetes mellitus	5	5%
Sin patologías asociadas	88	88%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

Las infecciones de las vías urinarias representaron el 23,8% de las pacientes de la muestra, mientras que el 76,2% no presentaron esta patología, ya que como se indicó con anterioridad algunas de ellas tuvieron un control previo (Tabla 7)

Tabla 7 Infecciones de las vías urinarias de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Infecciones de las vías urinarias	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	24%
No	76	76%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

En la tabla 8. El 87,6% de las causas de hemorragia uterina fue el aborto (amenaza de aborto), seguido del 5,7% embarazo ectópico, y el 3,6% Enfermedad trofoblástica gestacional y un 3,1% de masas anexiales.

Tabla 8 Diagnóstico de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	87	87%
Embarazo ectópico	6	6%
Enfermedad trofoblástica gestacional (Embarazo molar)	4	4%
Masas anexiales	3	3%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

En la tabla 9 se pudo apreciar que el 56,9% de los abortos fueron incompletos, el 35,3% se presentaron en curso y un 7,8% existió la necesidad de aborto séptico

Tabla 9 Tipo de aborto de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Tipo de Aborto	Frecuencia	Porcentaje
Incompleto	50	56,9%
En curso	31	35,3%
Aborto séptico	7	7,8%
Total	87	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

Objetivo 2.- Confirmar la edad gestacional por medio de ecografía.

El 23,8% de las pacientes tuvieron entre 4 – 6 semanas de gestación, mientras que el 44,0% entre 7 y 10 semanas y más de 10 semanas el 32,1% de las pacientes de la muestra, como se aprecia en la tabla 10

Tabla 10 Edad gestacional de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Edad Gestacional (Semanas)	Frecuencia	Porcentaje
4 - 6	24	24%
7 - 10	44	44%
Más de 10	32	32%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

Objetivo 3.- Determinar si el origen de la hemorragia es fisiológico o provocado.

El aborto en el 95% de los casos tuvo una causa natural, mientras que en el 5% de los casos fue provocado, ya que se encontraron rastros del fármaco que utilizaron, como se pudo apreciar en la tabla 11

Tabla 11 Aborto provocado o accidental

Causa del Aborto	Frecuencia	Porcentaje
Provocado	4	5%
Accidental	83	95%
Total	87	100,00%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

En la tabla 12 se pudo apreciar que el 85% de las pacientes de la muestra presentaron complicaciones, mientras que el 15% no presentaron.

Tabla 12 Complicaciones de las pacientes de la muestra

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	164	85,0%
No	29	15,0%
Total	193	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

El 85% de las pacientes de la muestra presentaron complicaciones, mientras que el 15% no presentaron. (Tabla 13)

Tabla 13 Tratamiento de las hemorragias uterinas del primer trimestre

Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
Misoprostol	20	15,0%
Legrado terapéutico	80	85,0%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

Tabla 14 Paridad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	39	39%
Multigesta	61	61%
Total	100	100,0%

Fuente: Hospital
Elaborado por: El autor

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

4.1 Contrastación empírica

Se observó que el 46,6% de las pacientes fueron menores a 20 años el 25,9% entre 21 – 30 años, además de que el 19,2% entre 31 - 40 años y solo el 8,3% más de 40 años.

La mayoría de las pacientes son del área urbana y urbano marginal, (19,2% y 50,8% respectivamente), sin embargo un porcentaje alto del 30,1 fueron del área rural (Fuera de la ciudad de Guayaquil)

El 60,6% de las pacientes de la muestra fueron multigesta, mientras que el 39,4% fueron primigesta.

El 40,9% de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre del embarazo se realizaron un control prenatal previo a la aparición de la hemorragia.

El 23,8% de las pacientes tuvieron entre 4 – 6 semanas de gestación, mientras que el 44,0% entre 7 y 10 semanas y más de 10 semanas el 32,1% de las pacientes de la muestra.

El 11,4% de las pacientes de la muestra tuvieron antecedentes personales de hemorragia uterina en partos previos.

El 6,7% de las pacientes indicó tener antecedentes familiares de hemorragias uterinas del primer trimestre de embarazo, mientras que el 93,3% no presentaron tales antecedentes.

El 6,7% de las pacientes presentaron hipertensión arterial y un 5,2% diabetes mellitus tipo 2, sin embargo el 88,1% de las pacientes no reportó tener ninguna patología adyacente.

El 23,8% de las pacientes presentaron Infecciones de las Vías Urinarias, mientras que el 76,2% no presentaron esta patología.

El 87,6% de las causas de hemorragia uterina fue el aborto (amenaza de aborto), seguido del 5,7% embarazo ectópico, y el 3,6% Enfermedad trofoblástica gestacional y un 3,1% de masas anexiales.

El 56,9% de los abortos fueron incompletos, el 35,3% se presentaron en curso y un 7,8% existió la necesidad de aborto séptico

El 85% de las pacientes de la muestra presentaron complicaciones, mientras que el 15% no presentaron.

4.2 Limitaciones

Entre las limitaciones de la investigación se pueden enumerar:

- Dificultad para conseguir los datos de las historias clínicas.
- En el registro médico no estaban todos los campos necesarios para recoger la información.
- Escasos estudios que se relacionen con la problemática planteada

4.3 Líneas de investigación

Las líneas de investigación que surgen a partir de este trabajo son:

- Factores de riesgo asociados a aborto espontáneo
- Hemorragias uterinas en el segundo y tercer trimestre del embarazo
- Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 relacionadas con hemorragias uterinas
- Infecciones de las vías urinarias y su relación con las hemorragias uterinas

CAPÍTULO V

PROPUESTA

Tema

Protocolo de atención de emergencia para las pacientes que ingresen con hemorragia uterina durante el primer trimestre de embarazo.

Introducción

Este documento pretende ser una forma accesible y práctica para hacer frente a situaciones de emergencia y obstétrica herramienta más frecuente de emergencia. Es la principal causa de mortalidad materna, en la inteligencia de que el correcto diagnóstico y manejo de estos puede prevenir la muerte de la mujer embarazada.

La tasa de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y el cuidado de la salud de una población y la mayoría de ellos se producen en los países en desarrollo (99%). La falta de educación, alimentación, atención médica adecuada y el apoyo social están fuertemente asociados con la mortalidad materna es un indicador de la desigualdad entre ricos y pobres. Del mismo modo, la mortalidad materna, las desigualdades de género de datos, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la salud.

Esta situación demuestra la posibilidad de prevenir la muerte materna y la importancia de las acciones extra sectoriales para mejorar las condiciones de vida y dentro de los sectores para asegurar la calidad y el acceso a servicios de salud a toda la población. La muerte materna es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida.

En este documento se puso en consideración los protocolos, guías clínicas y las normas de las mujeres de administración de atención en la prestación de sangrado en el primer trimestre del embarazo. Está dirigido a profesionales de la salud implicados en la acción de emergencia.

Objetivo de la propuesta

Implementar n método diagnóstico de la valoración del estado general de la paciente a su llegada al área de emergencia, dentro dl protocolo de atención terapéutico que debe ser conocido por el personal medio y paramédico al encontrarse frente a pacientes con hemorragias en el primer trimestre de embarazo

Objetivos Específicos

Esta guía tiene como objetivos

- Evaluar al personal médico sobre su conocimiento acerca de la atención a las pacientes que presentan hemorragias en el primer trimestre del embarazo
- Normatizar los protocolos y las formas de manejo de las pacientes que ingresan por esta patología
- Establecer los principios subyacentes de la atención y manejo terapéutico de emergencia a las pacientes que ingresan con hemorragias durante el primer trimestre del embarazo.
- Proporcionar una herramienta dirigida a profesionales de la salud y a los médicos en formación.
- Promocionar y evaluar periódicamente el uso de esta herramienta

Misión

Establecer un mejor manejo de la hemorragia del primer trimestre del embarazo, mediante el uso de protocolos y algoritmos que permitan mejorar el diagnóstico y por ende el tratamiento que se les da a las pacientes, con el fin de reducir la morbi – mortalidad de las pacientes embarazadas que asisten al hospital.

Visión

Ser un referente a nivel nacional del manejo de pacientes con hemorragias del primer trimestre del embarazo considerando un personal altamente capacitado en la resolución de esta emergencia hospitalaria, a la vez que los médicos jóvenes o en entrenamiento adquieren la habilidad de manejo de estas pacientes.

Desarrollo del contenido

La estrategia de esta herramienta consistirá en dar capacitación al personal de salud sobre la necesidad e importancia de aplicar un método diagnóstico de valoración y tratamiento terapéutico, para mejorar la calidad de servicio en el servicio de emergencia, considerándola de fácil aplicación, mediante coordinación y autorización de los directivos de salud de dicha entidad.

Factibilidad

El presente protocolo terapéutico es factible poder ser aplicado debido a que no representa un costo económico adicional y por lo tanto puede implementarse en el área de emergencia.

Justificación.

Este protocolo de atención terapéutica se apoya en los compromisos que como profesionales de salud hemos adquirido y siendo parte del sistema nacional de salud , es nuestra obligación ética y moral velar por el control y prevención de complicaciones en las pacientes que presenten dicha patología, para disminuir riesgos de morbimortalidad

Alcance de esta guía

Los protocolos son muestras de apoyo por lo que debe ser lo suficientemente fuerte como para responder a las circunstancias y restricciones en situaciones específicas en las que se están aplicando, por lo que este documento se convierta en una herramienta de evaluación para el manejo de esta enfermedad, garantizando al mismo tiempo que se deben tomar todas las medidas necesarias para garantizar o mejorar la calidad de las medidas de servicio.

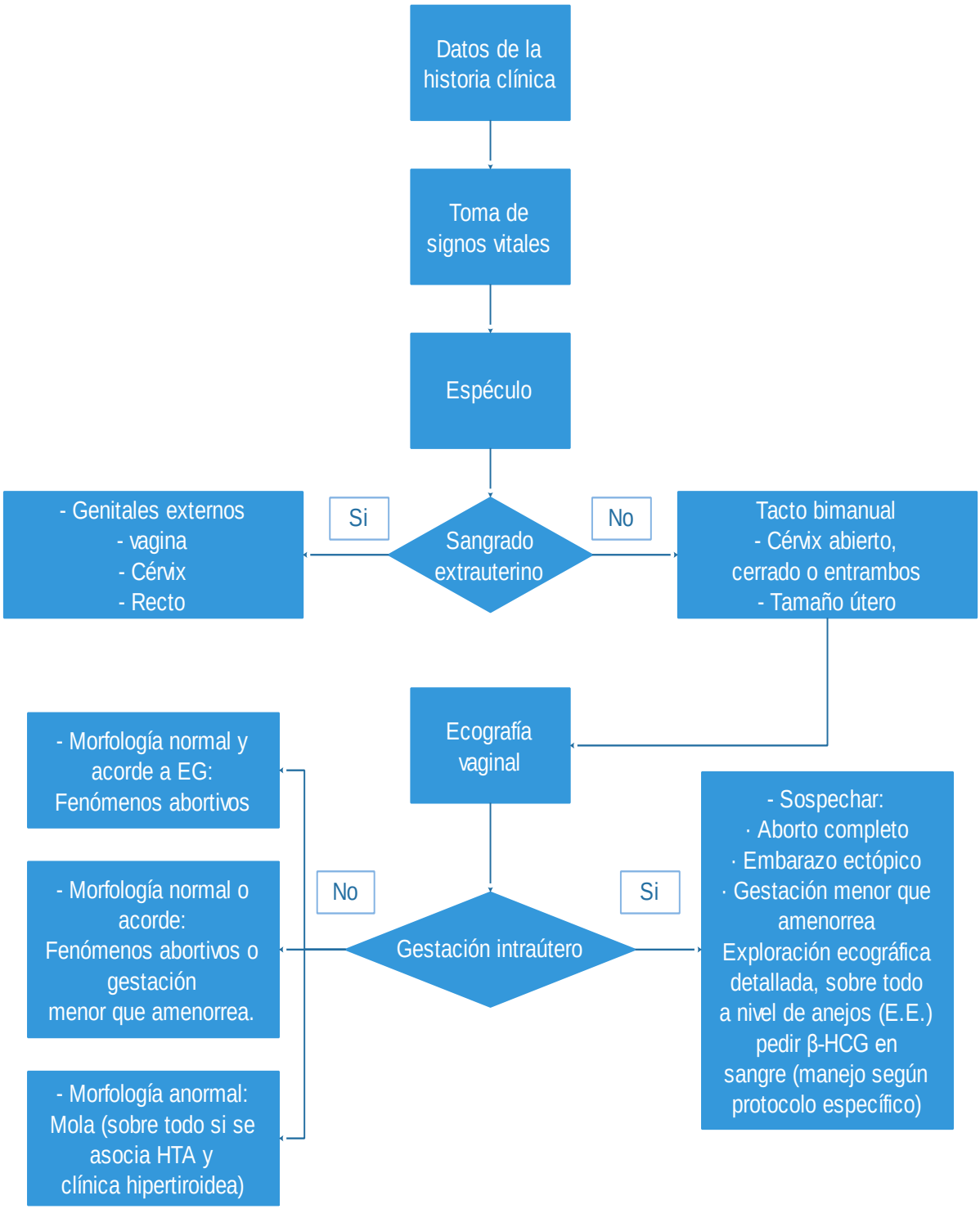
Protocolos de atención por patología

Metrorragia del primer trimestre del embarazo

Presentación:

Es la pérdida hemática por genitales durante las primeras 12 semanas de gestación. Por definición, una metrorragia del primer trimestre es una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario. Sangrado genital en mayor o menor cuantía, asociado o no a dolor abdominal.

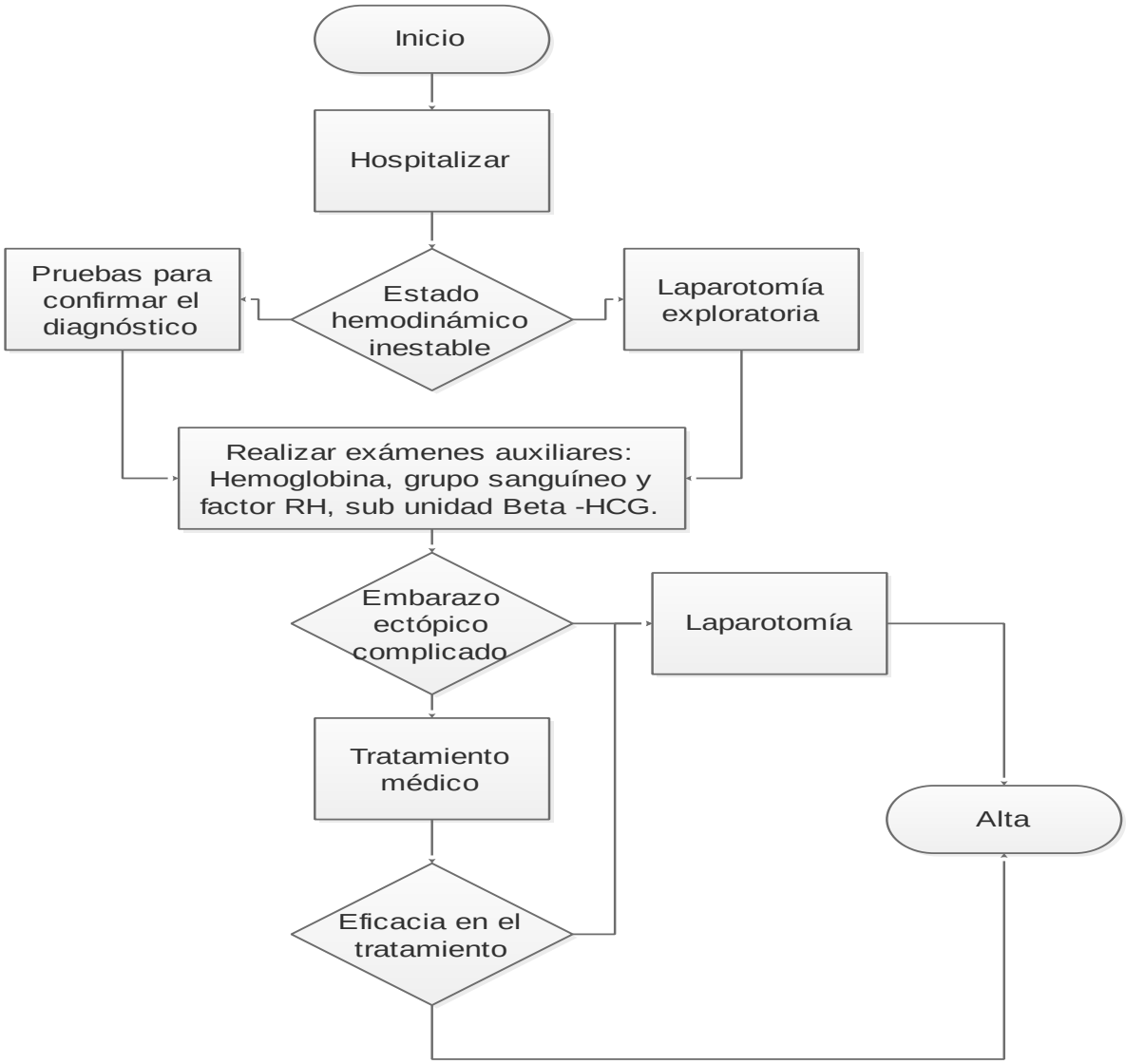
Manejo


Datos de la historia clínica
Toma de signos vitales
Espéculo
Sangrado extrauterino
Si
- Genitales externos
- vagina
- Cérvix
- Recto
No
Tacto bimanual
- Cérvix abierto, cerrado o entrambos
- Tamaño útero
Ecografía vaginal
Gestación intraútero
No
- Morfología normal y acorde a EG: Fenómenos abortivos
- Morfología normal o acorde: Fenómenos abortivos o gestación menor que amenorrea.
- Morfología anormal: Mola (sobre todo si se asocia HTA y clínica hipertiroidea)
Si
- Sospechar:
· Aborto completo
· Embarazo ectópico
· Gestación menor que amenorrea
Exploración ecográfica detallada, sobre todo a nivel de anejos (E.E.) pedir β-HCG en sangre (manejo según protocolo específico)

Embarazo ectópico.

Se define como la implantación de embarazo fuera de la cavidad endometrial, Se produce en aproximadamente el 1% de los embarazos. Contribuye con la mortalidad maternal 10 a 15% en los países desarrollados cuando se asocia a romper tubárica. Existen factores de riesgo para el embarazo ectópico, pero más de la mitad ocurren en mujeres sin factores de riesgo conocidos

Manejo



Enfermedad trofoblástica gestacional

Presentación

- La amenorrea con síntomas de toxemia: hiperémesis, preeclampsia temprana,

Hipertiroidismo.

- Sangrado vaginal escaso, discontinuo, persistente con posible expulsión

Vesícula.

- Hallazgo ecográfico.

Manejo

Clasificación del riesgo

ETG MOLAR BAJO	RIESGO ALTO	RIESGO
β-HCG sérica	< 100.000 UI/ml	>100.000
Volumen uterino	≤ que amenorrea	> que amenorrea
Quistes ováricos	< 6 cm diámetro	> 6 cm
Factores asociados	< 40 años	- 40 años - ETG previa

Tratamiento: Histerectomía total

Aborto espontáneo

Presentación

Es la expulsión de un feto de menos de 500 g o cualquier otro producto de embarazo no viable antes de las 22 semanas, teniendo en cuenta el aborto temprano antes de las 12 semanas y tardía a partir de entonces. La incidencia de aborto espontáneo es de 10 - 20%. 85% ocurre antes de las 12 semanas y el 60% son subclínicas. El riesgo de aborto también aumenta con la edad materna y de acuerdo con el número de abortos anteriores. Podemos distinguir diferentes formas clínicas de la amenaza de aborto al aborto completo. En los casos de aborto séptico (síntomas como fiebre, escalofríos, malestar general, leucocitosis con desviación izquierda, etc.)

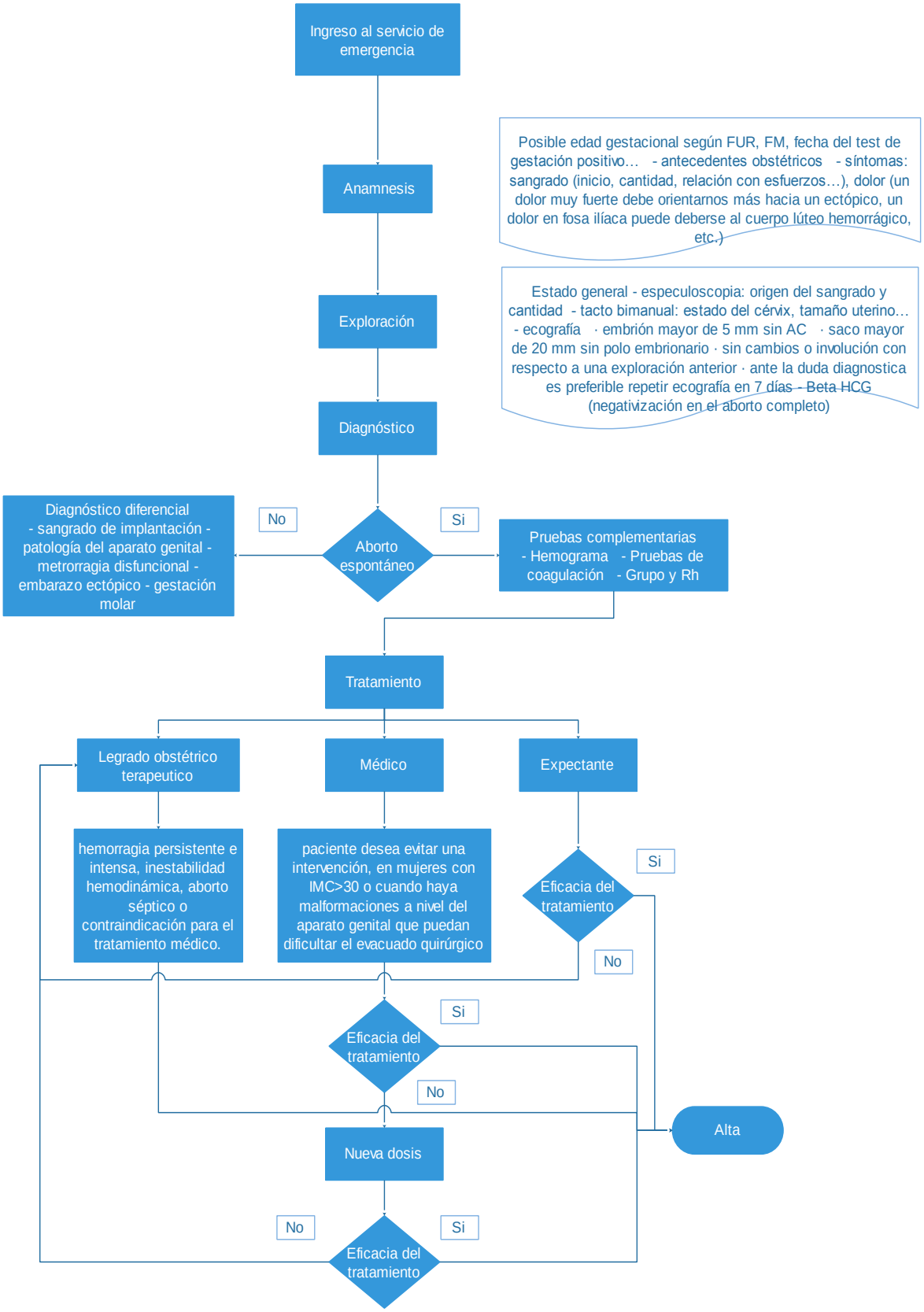
Manejo en emergencia

- Legrado obstétrico: esta posibilidad se debe ofrecer al paciente y se recomienda en casos de hemorragia persistente y severa, inestabilidad hemodinámica, aborto séptico o contraindicación para recibir tratamiento médico. La maduración cervical con 400 mcg de misoprostol intravaginal será de 3 horas antes de la cirugía y ser sistemática en pacientes menores de 18 años gestaciones de más de 10 semanas. Si no hay contraindicación para la maduración con el misoprostol se puede utilizar dilatadores osmóticos o mecánicos (tales como tallos de Hegar). Según estudios recientes la mejor técnica es la aspiración cuando la gestación es de más de 7 semanas.

- El tratamiento médico es la mejor opción cuando el paciente desea evitar la intervención en las mujeres con un IMC> 30 o cuando se tiene malformaciones del tracto genital nivel que podrían obstaculizar la evacuación quirúrgica. Insuficiencia suprarrenal Hb <10 Alergia a las prostaglandinas embarazo ectópico embarazo DIU severa de asma porfirias glaucoma congénito: Se pueden utilizar 800 mcg de misoprostol que se puede repetir después de 24 horas, si es necesario, o 200 mcg cada 4 horas a 800 son contraindicaciones para el tratamiento con misoprostol trastornos de la coagulación Etc.

Tras la administración clínica se presenta con dolor cólico y sangrado que por lo general dura unos nueve días y puede extenderse hasta 45. Mientras que la condición general del paciente es buena sangrado prolongado no es indicación de tratamiento quirúrgico a menos que el paciente lo solicite. Si el tratamiento médico ha fracasado o tenían complicaciones (signos de infección, anemia con deterioro progresivo, etc.) puede poner una nueva dosis de 800 mcg y esperar otros 7 días o proceder al tratamiento quirúrgico. La eficacia del tratamiento con misoprostol es del 80-90% en gestaciones de menos de 13 semanas.

- El tratamiento expectante: la literatura sugiere que el tratamiento expectante tipos de eficacia de 25-80% dependiendo del tipo de aborto y la edad gestacional, siendo el 80-94% de aborto incompleto. Mientras que una revisión Cochrane en 2006 encontró que aumentaba el riesgo de sangrado y la necesidad de la extirpación quirúrgica.


Ingreso al servicio de emergencia
Anamnesis
Posible edad gestacional según FUR, FM, fecha del test de gestación positivo… - antecedentes obstétricos - síntomas: sangrado (inicio, cantidad, relación con esfuerzos…), dolor (un dolor muy fuerte debe orientarnos más hacia un ectópico, un dolor en fosa ilíaca puede deberse al cuerpo lúteo hemorrágico, etc.)
Exploración
Estado general - especuloscopia: origen del sangrado y cantidad - tacto bimanual: estado del cérvix, tamaño uterino… - ecografía · embrión mayor de 5 mm sin AC · saco mayor de 20 mm sin polo embrionario · sin cambios o involución con respecto a una exploración anterior · ante la duda diagnostica es preferible repetir ecografía en 7 días - Beta HCG (negativización en el aborto completo)
Diagnóstico
Aborto espontáneo
No
Diagnóstico diferencial - sangrado de implantación - patología del aparato genital - metrorragia disfuncional - embarazo ectópico - gestación molar
Si
Pruebas complementarias - Hemograma - Pruebas de coagulación - Grupo y Rh
Tratamiento
Legrado obstétrico terapeutico
Médico
Expectante
hemorragia persistente e intensa, inestabilidad hemodinámica, aborto séptico o contraindicación para el tratamiento médico.
paciente desea evitar una intervención, en mujeres con IMC>30 o cuando haya malformaciones a nivel del aparato genital que puedan dificultar el evacuado quirúrgico
Eficacia del tratamiento
Si
No
Eficacia del tratamiento
Si
No
Alta
Nueva dosis
No
Si
Eficacia del tratamiento

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En base a los resultados se concluye que:

- El perfil clínico de las pacientes indica que el grupo etario más prevalente fue entre aquellas menores a 20 años, del área urbana, en su mayoría multigesta, se pudo apreciar que un porcentaje alto tuvo antecedentes de hemorragia uterina en partos previos.
- La edad gestacional fue confirmada por ecografía, donde el mayor porcentaje fue ubicado para aquellas de 7 – 10 semanas, que fue donde se presentó el mayor riesgo de que se presente esta patología.
- Las principales patologías adyacentes que se encontraron fueron diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, aunque en un porcentaje muy reducido.
- La principal causa de hemorragia uterina durante el primer trimestre del embarazo fue el aborto (en sus diferencias presentaciones), mientras que las otras presentaciones clínicas como el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica no tuvieron porcentajes tan representativos.
- El 5% de los abortos fue provocado, según muestras de fármacos encontrados, y el tratamiento por elección en la mayoría de las pacientes fue el legrado obstétrico terapéutico.

Recomendaciones

Considerando las conclusiones se recomienda:

- Que el hospital pueda desarrollar un programa de prevención de hemorragias del primer trimestre del embarazo, a través de campañas de información a las mujeres embarazadas que acuden a la maternidad para que puedan acudir rápidamente al hospital en caso de que tengan esta presentación clínica.
- Que los resultados de este trabajo sean socializados con los profesionales de la salud para que puedan establecer lineamientos sobre la problemática y definir un plan de trabajo.
- Que el hospital pueda aplicar los protocolos de emergencia en hemorragias uterinas del primer trimestre o definir otros similares.

Referencias bibliográficas

Aller, J. (2012). *Obsetetricia moderna.* McGraw Hill Interamericana.

Álvarez, C. (2014). Hemorragias del primer trimestre. *XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*.

American Society for Reproductive Medicine. (2013). *Sangrado Uterino Anormal*. Obtenido de https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20AUB%20spanish%20corrected%20blueline%203-5-13.pdf

Asturizaga, P. (2014). Hemorragia obstétrica. *Rev. Méd. La Paz*, 57 - 68.

Caraguay, J. (2012). *Embarazo ectopico en el servicio de ginecologia y obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.* Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Castro, S. (2013). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas* . Managua: Ministerio de Salud.

Collado, M. (2016). Metrorragia en el primer trimestre del embarazo. *Revista Electrónica de PortalesMedicos*, 1-9.

Crochet, J. (2016). ¿Tiene esta mujer un embarazo ectópico? *JAMA*, 1722-1729.

Flores, M. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, junio – setiembre 2012.* Tarapoto: Universidad Nacional del San Martín.

Gevara, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Rev Per Ginecol Obstet*, 10-17.

Grajales, C. (2016). Hemorragia uterina anormal. *Revista médica de Costa Rica y Centro América*, 617 - 621.

Hernandez, C. (2013). *Hemorragia obstétrica.* México D.F.: Gobierno del Estado de México.

Herrero, S. (2013). *Hemorragias uterinas funcionales. Concepto. Hemorragias ovulatorias y anovulatorias*. Obtenido de http://www2.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/5-Hemorragias_uterinas_funcionales_Concepto_Hemorragias_ovulatorias_y_anovulatorias.pdf

Lete, I. (2015). Aborto farmacolo´gico en el primer trimestre de la gestación. *Prog Obstet Ginecol.*, 426 - 434.

Molina, R. (2015). *Hemorragias en el primer trimestre del embarazo en el centro de salud nestor gambeta.* Ica: Universidad Privada de Ica.

Morales, C. (2014). *Características Clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciuidad de Cuenca* . Cuenca: Universidad de Cuenca.

Morillas, F. (2014). Actualización del protocolo del tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Rev Esp. Anestesiol. Readm*, 2 - 9.

Neira, J. (2012). Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista de ciencias médicas*, 12.

Ortega, A. (2012). Amenaza de aborto: actuación en atención primaria. *Terapeutica en APS*, 281-91.

Ovalle, L. (2012). *Guía para la atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y del post - parto y sus complicaciones.* Guatemala: Ministerio de Salud Pública.

Sanz, D. (2015). *Hemorragias ginecológicas en urgencias.* Obtenido de http://www.dep15.san.gva.es/cas/hospital/sesclin/hemorragia%20ginecologica.pdf

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2015). *Menorragia*. Obtenido de http://www.sego.es/Content/pdf/menorragia.pdf

Solari, A. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Med. Cln. Condes*, 993-1003.

Sumba, L. (2012). *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.* Portoviejo: Universidad de Guayaquil.

Tello, E. (2013). *Determinación de progesterona en mujeres que presentan aborto o amenaza de aborto en el primer trimestre de embarazo.* Cuenca: Universidad de Cuenca.

Vásquez, J. (2014). *Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico ginecológica (Matrona).* Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.

Villamonte, W. (2012). Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 484.

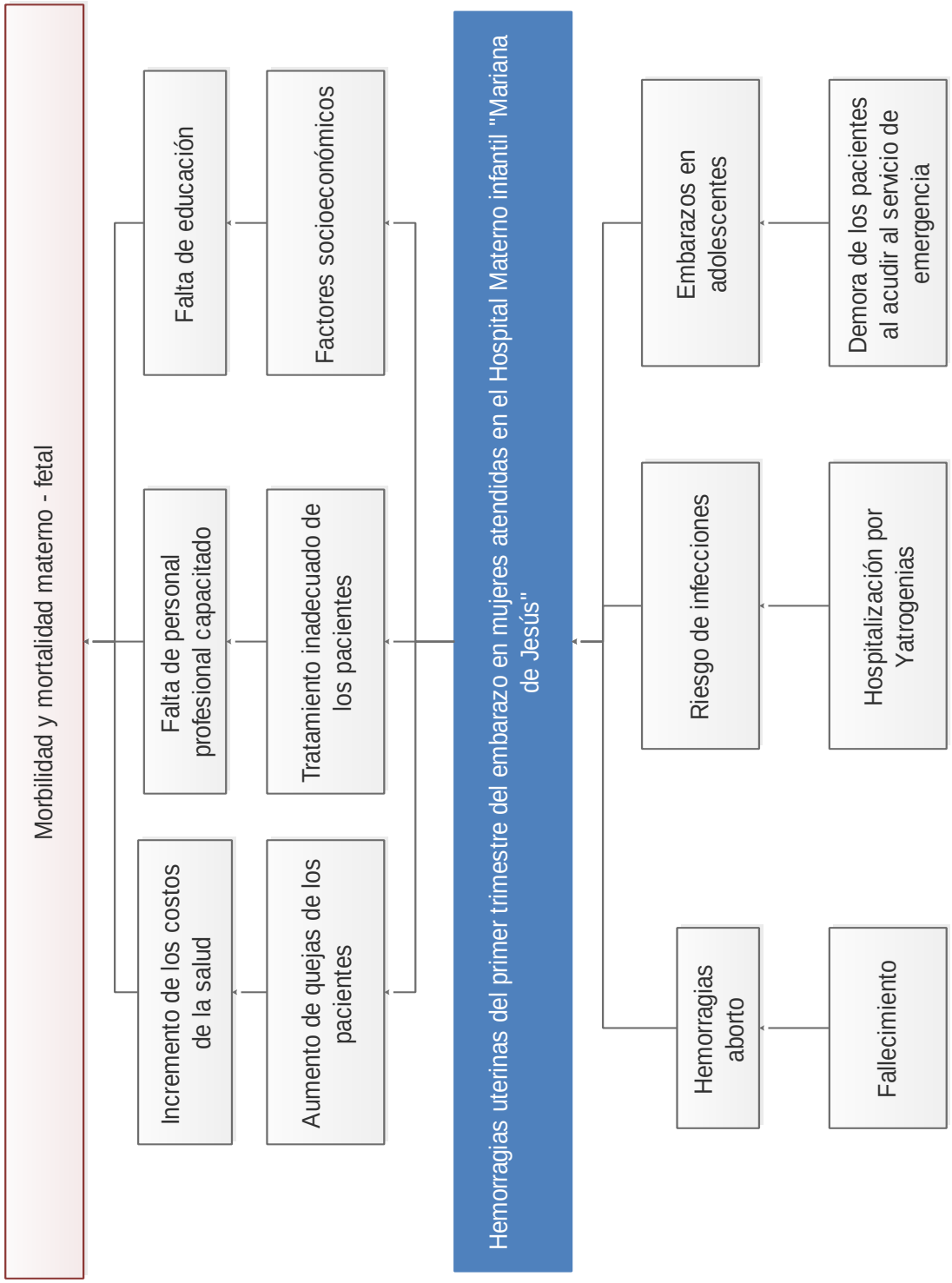
Yépez, R. (2013). *Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, Hospital Ginecoobstetrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero 2013.* Guayaquil: Universidad de Guayaquil.

Anexos

Operacionalizacion de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	VERIFICADOR
Hemorragia en el 1er trimestre de embarazo	Emergencia materna que consiste en la pérdida de sangre durante el primer trimestre del embarazo	Cuantitativa	Presencia de hemorragia en las pacientes	Laboratorio clínico
VARIABLE DEPENDIENTE	**DEFINICIÓN**	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**INDICADOR**	**VERIFICADOR**
Causas de las hemorragias	Etiología de la hemorragia del primer trimestre del embarazo	Cualitativo	Provocado o accidental	Historia clínica Relato de la paciente y familiares, Signos vitales, examen físico de la paciente
VARIABLE INTERVINIENTE	**DEFINICIÓN**	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**INDICADOR**	**VERIFICADOR**
Edad	Tiempo cronológico desde el nacimiento	Cuantitativa	Menor a 20 21 – 30 31 – 40 Más de 40	Historia clínica
Nivel de Instrucción	Educación básica	Cualitativa	Primaria Secundario Superior	Historia Clínica
Tipo de hemorragia	Patología asociada a la hemorragia del primer trimestre del embarazo	Cualitativa	- Aborto - Embarazo ectópico - Enfermedad trofoblástica gestacional	Historia Clínica
Complicaciones	Patologías procedentes del manejo.	Cualitativa	SI NO	Historia Clínica
Tratamiento	Tipo de tratamiento prescrito a las pacientes	Cualitativa	- Misoprostol - Legrado terapéutico	Historia Clínica

***Anexo 2**. Árbol de problemas*



Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

UNIDAD DE POSGRADO INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

"HEMORRAGIAS UTERINAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA"

Hoja de recolección de datos

Datos generales

HC: Fecha de ingreso:

A. Características maternas

- Edad: …… (Años)
- Peso: ……. (Kg)
- Talla: ……. (m)
- IMC: …….. (kg/m2)

B. Características ginecológicas

- Edad gestacional: …… (Semanas)
- Gestas: ……..
- Partos:……
- Cesáreas: …….
- Abortos: ……
- Antecedentes personales de hemorragia uterina: …….
- Antecedentes familiares: ……..
- Patologías asociadas: DM2 [] Hipertensión arterial [] Otras []…….
- ITS: ……

C. Exámenes de laboratorio y complementarios

- Hb:…….
- Hto:
- Ecografía transvaginal:…….

- Vaginoscopía:…….
- BHCG:…….

D. Diagnóstico

- Aborto []
- Embarazo ectópico []
- Enfermedad trofoblástica gestacional []
- Otra [] Especifique: …….

E. Tratamiento

- Expectante: ……
- Médico: ……
- Quirúrgico: ……..

F. Complicaciones

Si [] No [] Cuáles: ……..

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

UNIDAD DE POSGRADO INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

"HEMORRAGIAS UTERINAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA"

Entrevista a los médicos

1. Identifique a su criterio las causas más frecuentes de hemorragias uterinas durante el primer trimestre del embarazo

2. Indique los factores de riesgo relacionados con esta patología

3. Defina las principales complicaciones en hemorragias uterinas

4. Establezca criterios de diagnóstico

5. Establezca el tratamiento en hemorragias uterinas del primer trimestre del embarazo (Protocolo de manejo)

Anexo 5: Tablas y gráficos

Gráfico 1 Paridad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

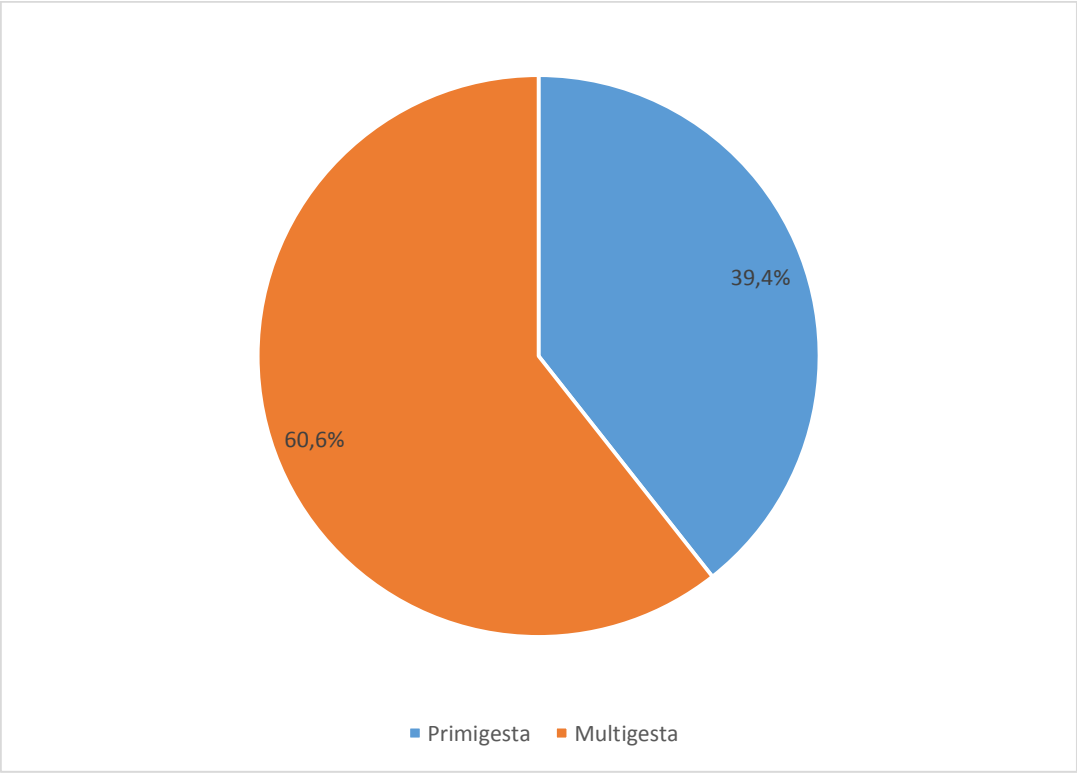


Gráfico 2 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

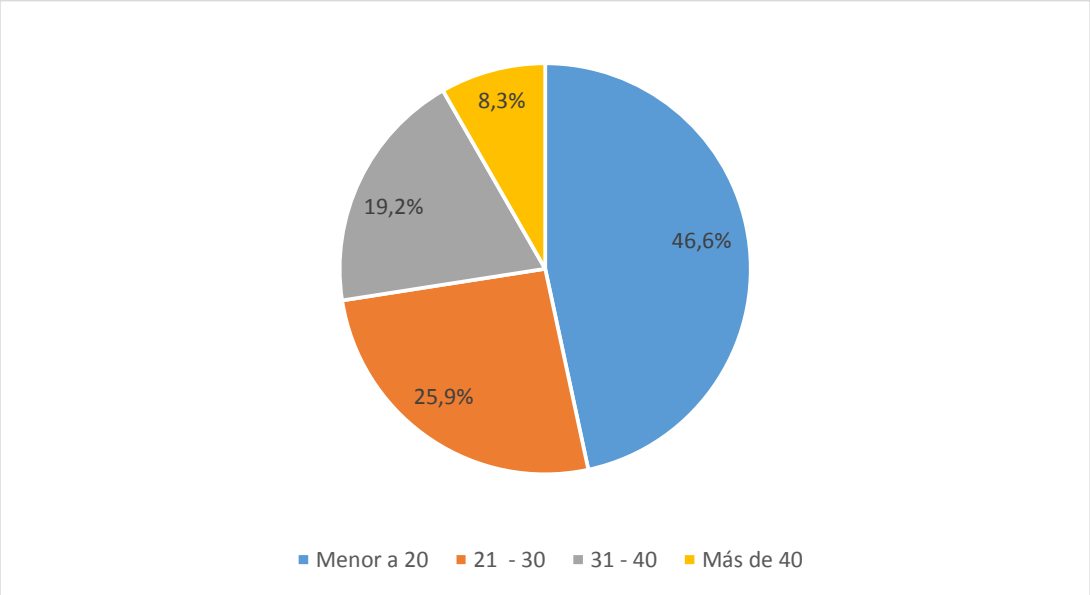


Gráfico 3 Residencia de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

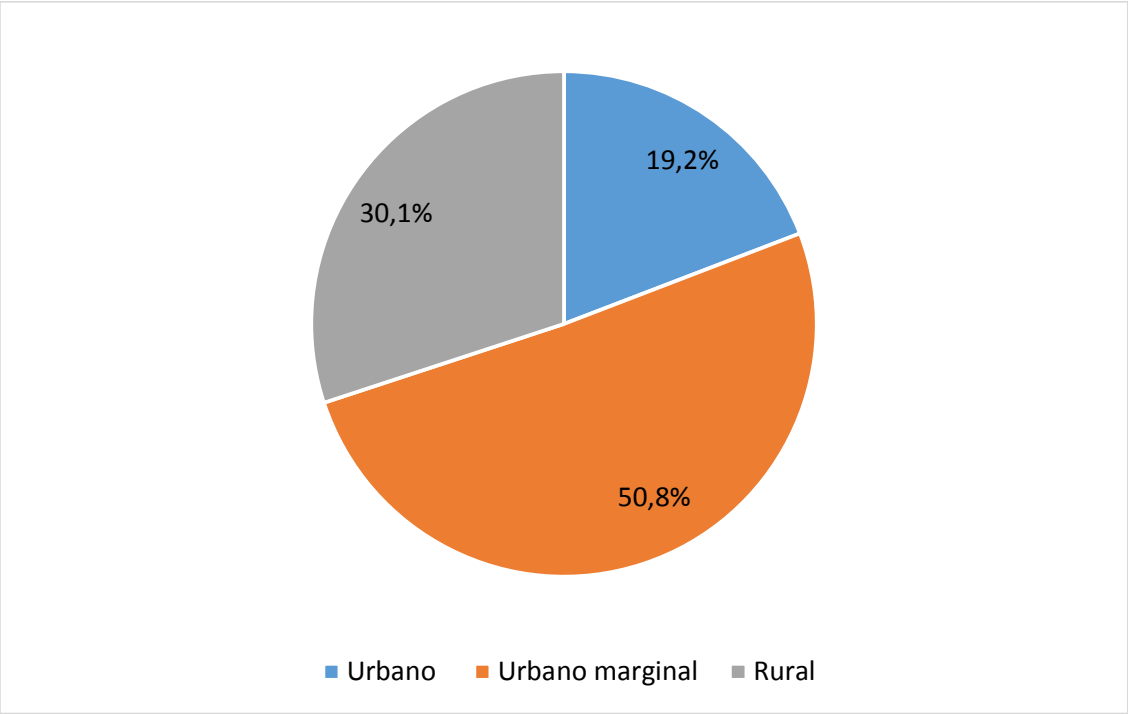


Gráfico 4 Control prenatal previo de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

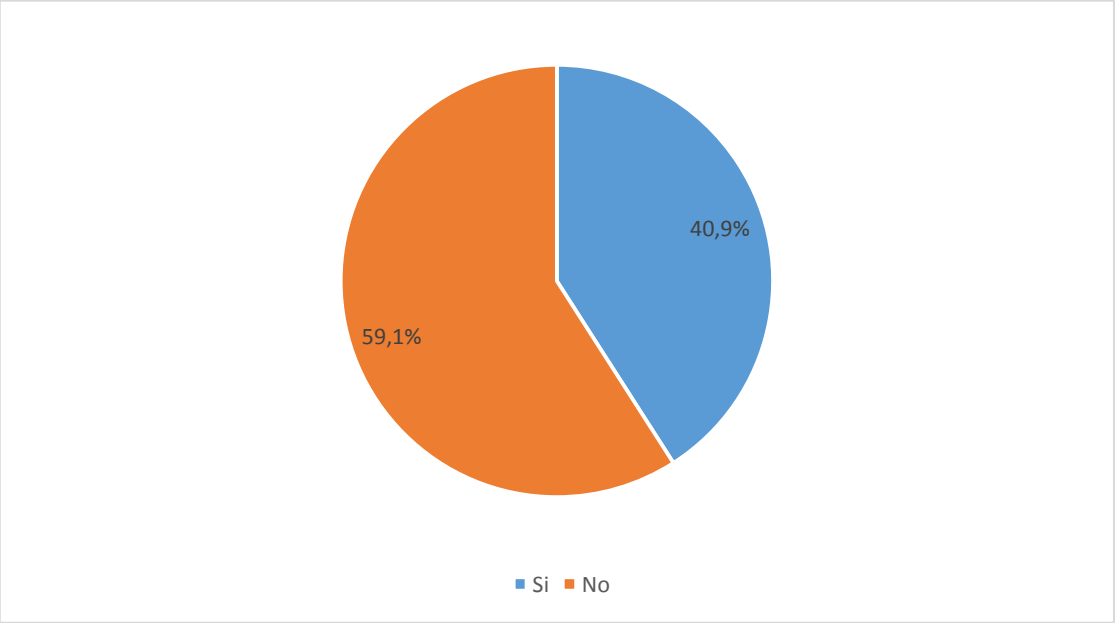


Gráfico 5 Antecedentes personales de hemorragia uterina previa

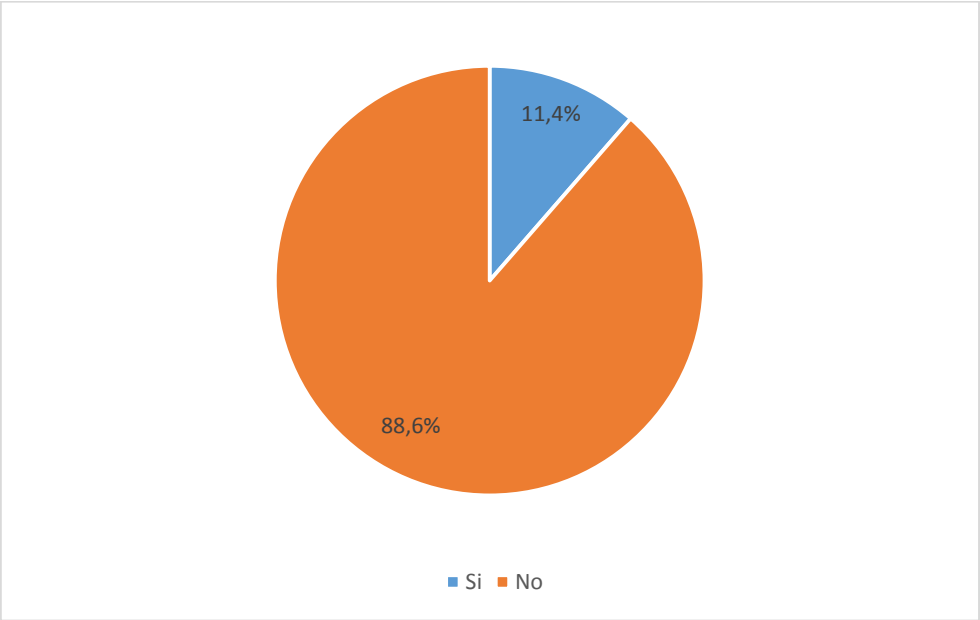


Gráfico 6 Antecedentes familiares de hemorragia uterina previa

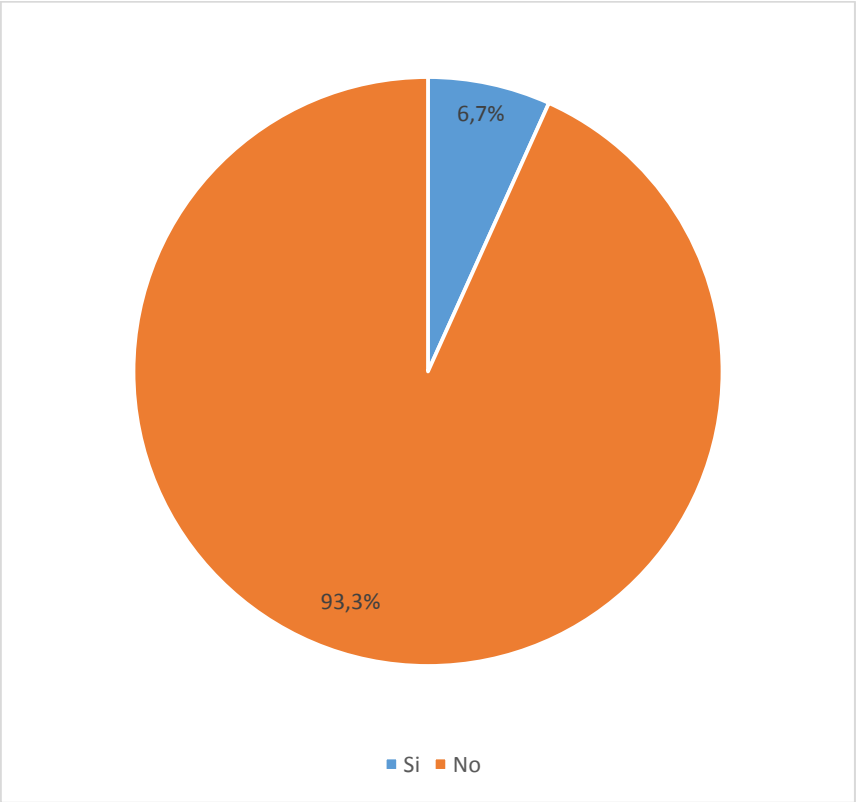


Gráfico 7 Patologías asociadas de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

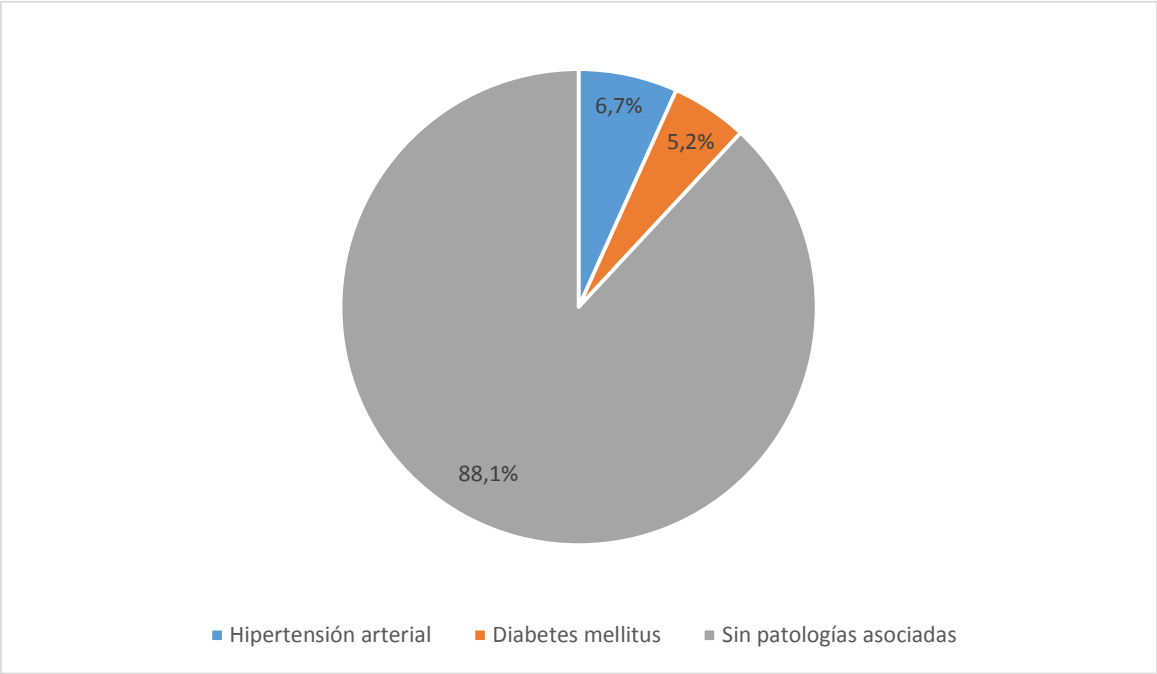


Gráfico 8 Infecciones de las vías urinarias de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

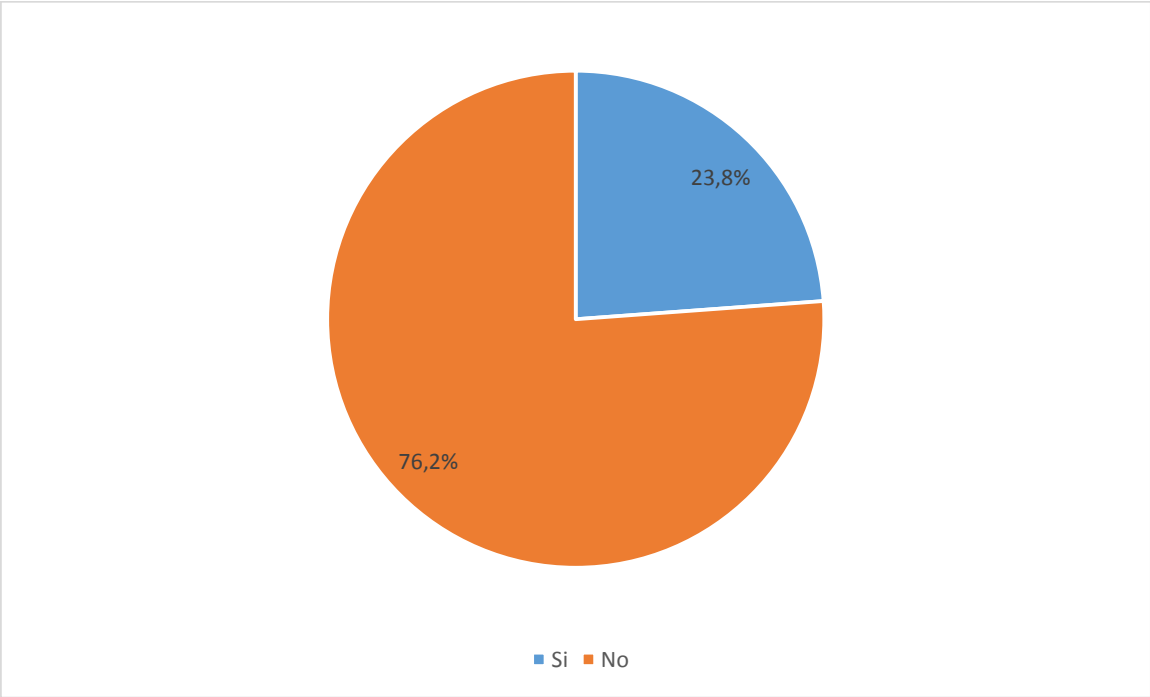


Gráfico 9 Diagnóstico de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

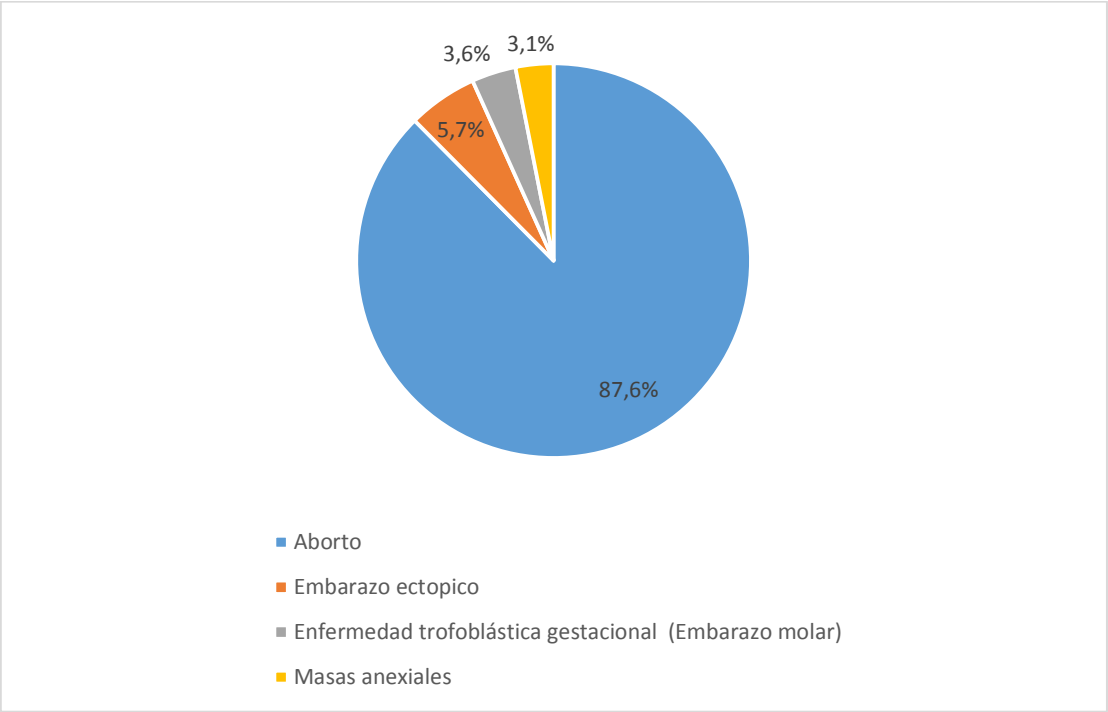


Gráfico 10 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

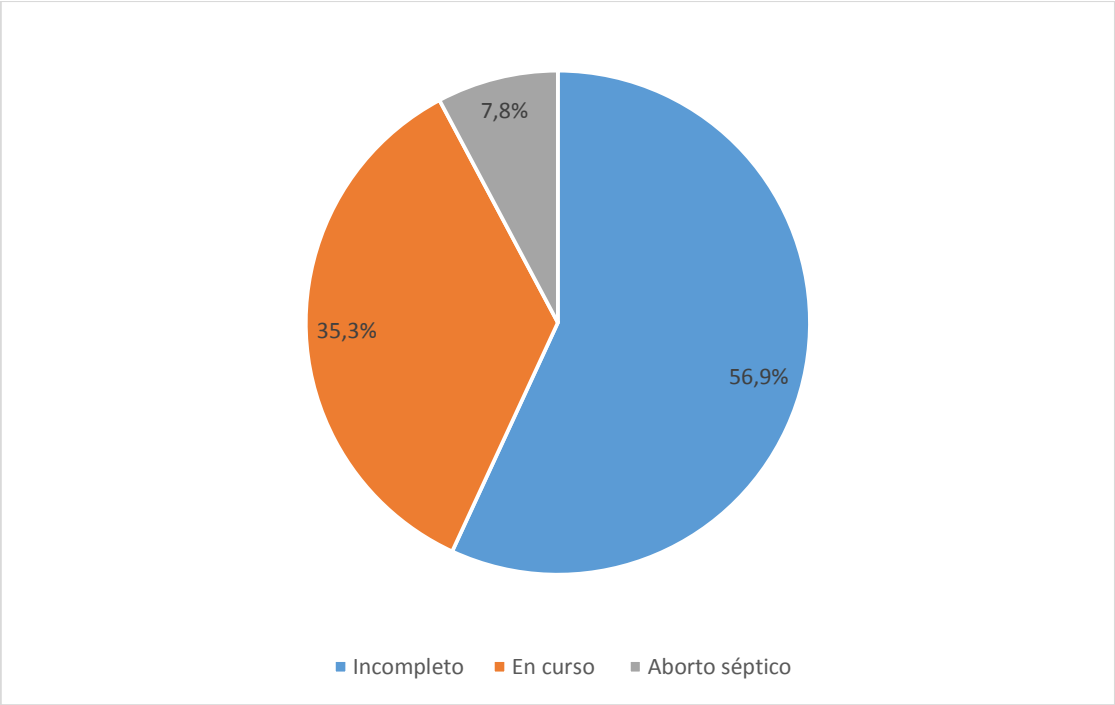


Gráfico 11 Edad gestacional de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

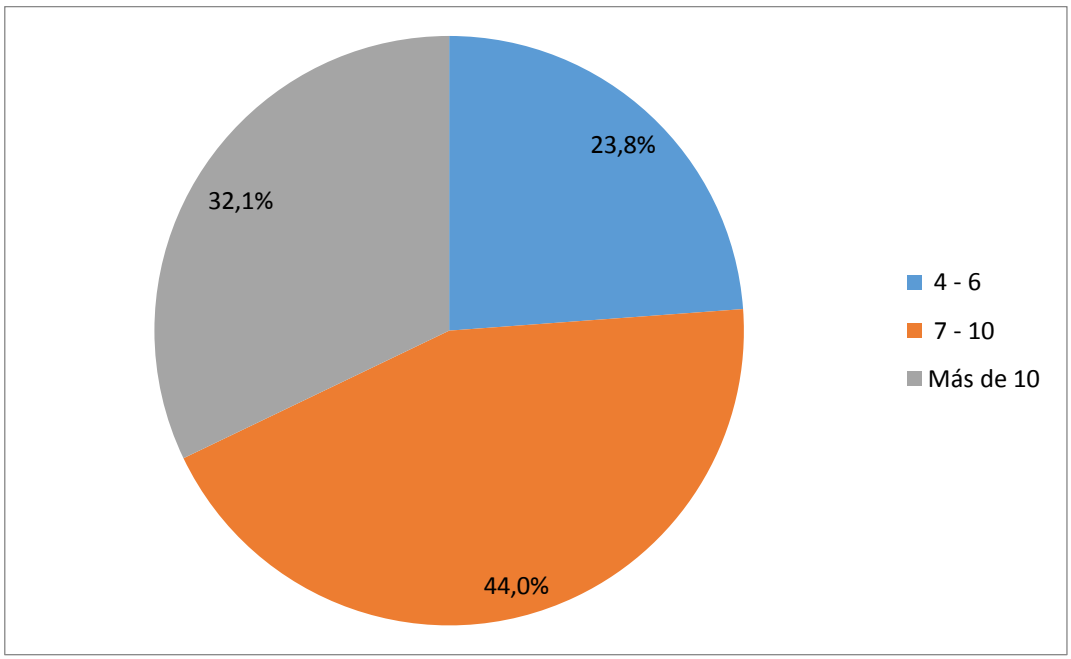


Gráfico 12 Aborto provocado o accidental

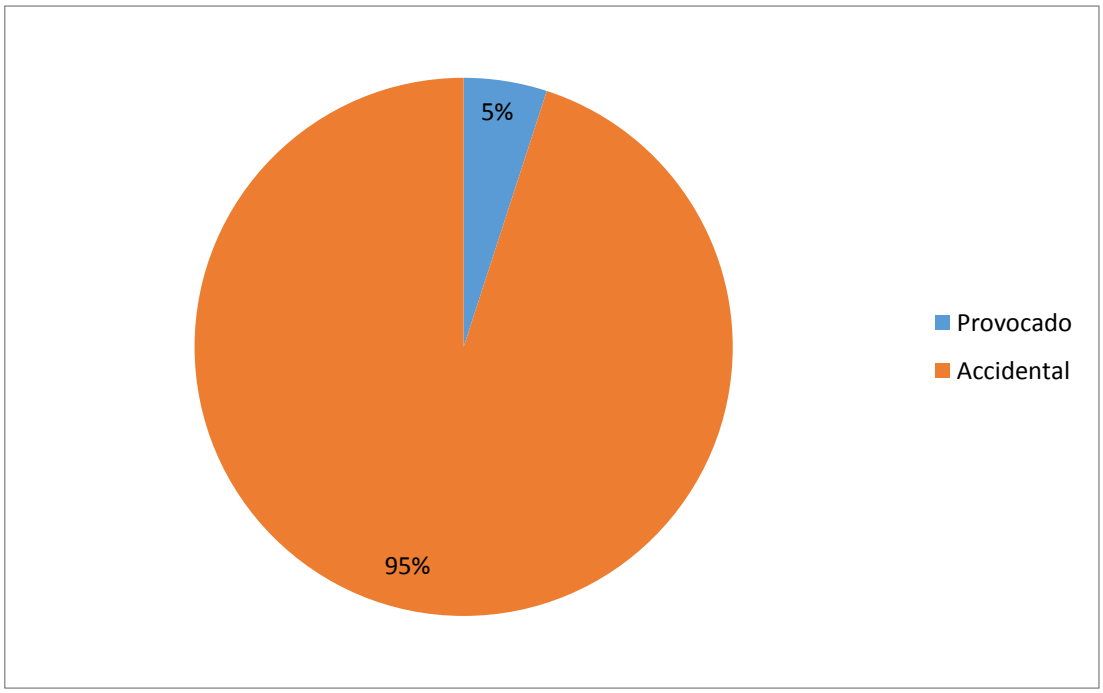


Gráfico 13 Edad de las pacientes con hemorragia uterina del primer trimestre

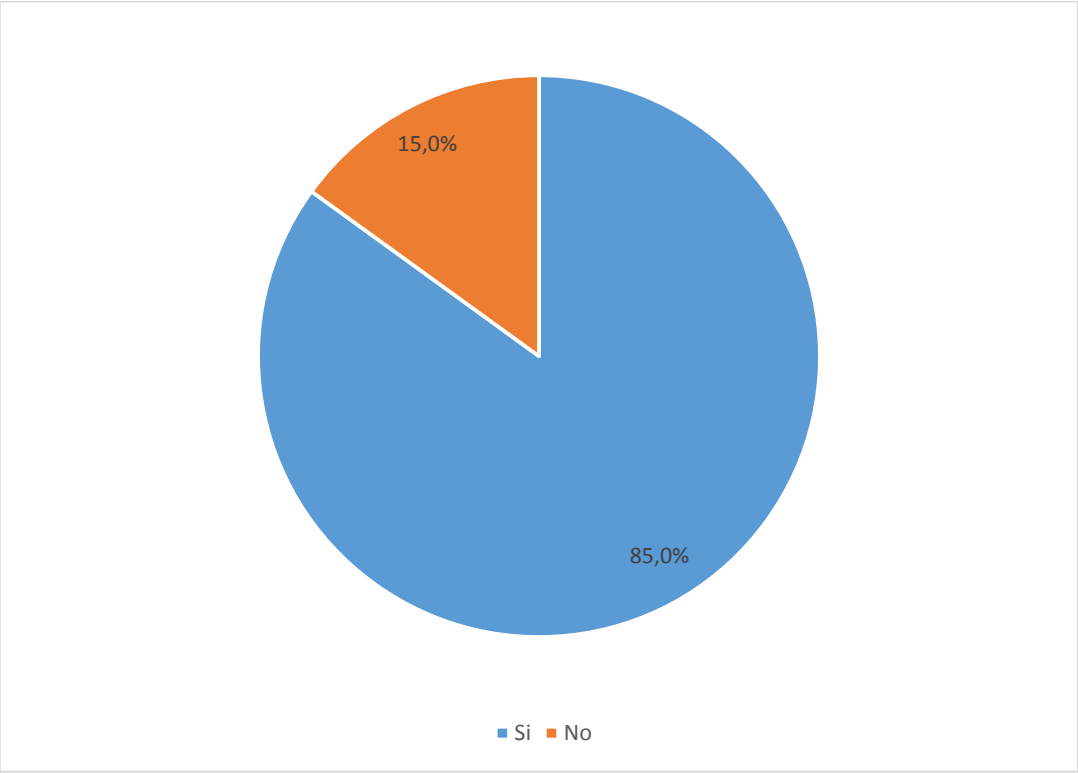
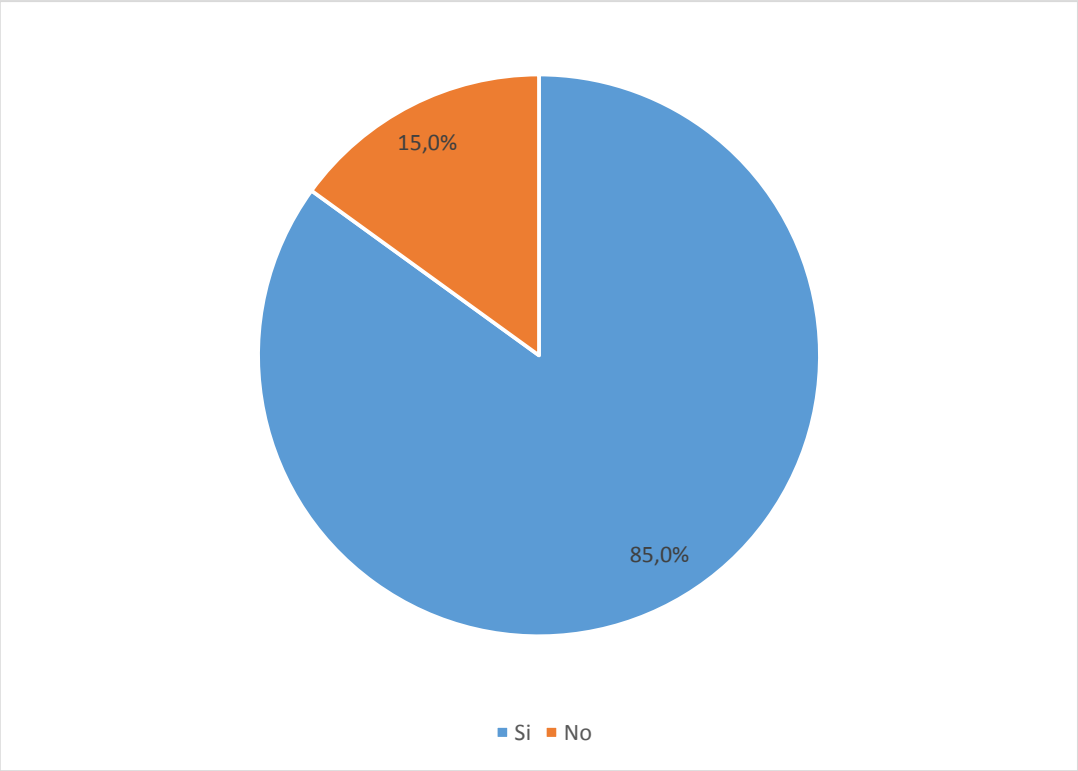


Gráfico 14 Tratamiento de las hemorragias uterinas del primer trimestre



URKUND

Documento	Md. Roberto Macias Duarte.docx (D23114001)
Presentado	2016-11-07 16:13 (-05:00)
Presentado por	jacqueline velasteguí (jacqueline_velasteguí@hotmail.com)
Recibido	jacqueline_velasteguí.ug@analysis.urkund.com
Mensaje	Mostrar el mensaje completo

3% de esta aprox. 23 paginas de documentos largos se componen de texto presente en 4 fuentes.

la que se tomaron los datos del sistema de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) de un total de 215 pacientes, y que al aplicar una formula de tamaño muestran fueron incluidas 100 pacientes. Resultados. - Se observó que el 87,6% de las causas de hemorragia uterina fue el aborto (amenaza de aborto), seguido del 5,7% embarazo ectopico, y el 3,6% Enfermedad trofoblástica gestacional y un 3,1% de masas anexiales, donde el 85% presentaron complicaciones. Conclusión. - En el presente estudio la mayoria de los sangrados en el primer trimestre del embarazo son causados por abortos, de los cuales el 5% fue provocado, segun muestras de farmacos encontrados, y el 95 % fueron de causas accidentales ,en su mayoria en adolescentes la cual pone en duda si es veridico el relato de la paciente N° DE

TUTOR RESPONSABLE

Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal 8 - Salud
Hospital Especializado Mariana de Jesús
Unidad de Administración de Talento Humano

CERTIFICACIÓN

La suscrita Coordinadora de la Unidad de Administración de Talentos Humanos del Hospital Mariana de Jesús, a petición de parte interesada, ***CERTIFICA QUE:***

El ***DR. ROBERTO DANIEL MACIAS DIAZ****, con C.I. # 0913036539, fue autorizado por el Director de esta Unidad Hospitalaria, en el período comprendido de Enero a Julio del presente año, para realizar la recopilación de los Datos Estadísticos para su Trabajo de Investigación "Hemorragias Uterinas durante el Primer Trimestre de Embarazo. Propuesta de un Protocolo de Atención Terapéutica".*

Es de indicar que al profesional en mención se le proporcionó las facilidades en la obtención de la información para la culminación de su trabajo de investigación.

La información que antecede, guarda estricta relación con la registrada en los archivos de la institución, a los cuales me remito en caso de ser necesario.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, por tal razón autorizo al ***DR. ROBERTO DANIEL MACIAS DIAZ****, para hacer uso de dicha certificación, para lo que estime conveniente.*

Guayaquil, 13 de Diciembre de 2016

Atentamente,

Psc. Ind. Martha Edith Añazco Romero
COORDINADORA UATH´S
HOSPITAL MARIANA DE JESUS

COORDINACION ZONAL 8 - SALUD
HOSPITAL MARIANA DE JESUS
GUAYAQUIL - ECUADOR